

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
- ★ Dónde obtener más información



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. Algunas personas con 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, por ejemplo, a través del Medicare Original, un plan Medicare Advantage u otro plan de seguro de salud Medicare. 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 5 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 2 contiene información básica sobre quién paga primero si es un beneficiario de Medicare y tiene otro seguro o cobertura de salud. Ver páginas 5–8.
- La sección 3 le brinda detalles sobre cómo funciona Medicare con otros seguros. En esta sección, encontrará información importante sobre cómo trabaja Medicare con un tipo específico de seguro o de cobertura. Ver páginas 9–28.
- La sección 4 incluye la definición de términos importantes. Ver páginas 29–30.
- Use el índice de la sección 5 para buscar un tema en específico. Ver páginas 31–32.

Tabla de Contenido

Sección 1: El programa de Medicare 1–4

¿Qué es Medicare?	1
La Parte A de Medicare	1
La Parte B de Medicare	2
La Parte C de Medicare	2
La Parte D de Medicare	2
Planes de salud de Medicare	3–4

Sección 2: Información Básica 5–8

Un resumen: Quién paga primero	5–6
Información general sobre Medicare y otros seguros o cobertura ...	7–8

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

Sección 4: Palabras Que Debe Saber 29–30

Definición de las palabras en color rojo

Sección 5: Índice 31–32

Lista alfabética de los temas en esta guía.



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

Sección 1: El Programa de Medicare



¿Qué es Medicare?

Medicare es un seguro de salud para las personas de 65 años o más, personas menores de 65 años con ciertas incapacidades y 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)
- La **Parte B** (Seguro Médico)
- La Parte C (combina su cobertura de la Parte A y la Parte B)
- La Parte D (cobertura de medicamentos recetados)

La Parte A de Medicare

La Parte A de Medicare 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.

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.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 29–30.

Sección 1: El Programa de Medicare

La Parte B de Medicare

Medicare Parte B ayuda a pagar por los servicios del médico, el cuidado para paciente ambulatorio y otros servicios médicos que no cubre la Parte A, cuando sean necesarios por razones médicas. La Parte B es opcional. Usted tiene que inscribirse en la Parte B y pagar una prima mensual. Su Prima mensual depende de sus ingresos (ver tabla). La Parte B también cubre algunos servicios preventivos.

Prima Mensual de la Parte B (Seguro Médico)

Si su Ingreso es (en 2008)		Usted Paga
Declaración de Impuestos Individual	Declaración de Impuestos Conjunta	
\$82,000 o menos	\$164,000 o menos	\$96.40*
\$82,001-\$102,000	\$164,001-\$204,000	\$122.20*
\$102,001-\$153,000	\$204,001-\$306,000	\$160.90*
\$153,001-\$205,000	\$306,001-\$410,000	\$199.70*
Más de \$205,000	Más de \$410,000	\$238.40*

*Usted también paga un deducible de Medicare Parte B (\$135 en 2008) cada año antes de que Medicare empiece a pagar su parte. La cantidad de la Prima y el deducible de Medicare pueden cambiar cada año en enero.

La Parte C de Medicare

Los Planes Medicare Advantage (Parte C) es otra manera de obtener sus beneficios de Medicare. Combina la cobertura de la Parte A, Parte B, y, a veces, la Parte D (recetas médicas). Los Planes Medicare Advantage son administrados por compañías de seguros privadas aprobadas por Medicare. Estos planes deben cubrir los servicios médicos que son necesarios. Sin embargo, los planes pueden cobrar diferentes copagos, coseguro o deducibles para estos servicios.

La Parte D de Medicare

La cobertura de recetas médicas de Medicare (Parte D) está disponible para todos las personas con Medicare. Las compañías privadas aprobadas por Medicare ofrecen esta cobertura. Si usted tiene el Medicare Original, puede escoger un plan de recetas médicas de Medicare y pagar una prima mensual. Vea la página 4 para conseguir más información sobre la cobertura Medicare de medicamentostas. Los costos varían por plan.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 29–30.

Sección 1: El Programa de Medicare

A continuación y en la página 4 es un resumen corto sobre las opciones de planes de salud de Medicare. Personas con Medicare pueden hacer cambios a su cobertura desde el 15 de noviembre hasta el 31 de diciembre de cada año.

Medicare Original—Es un plan de pago por servicio y es administrado por el gobierno federal. Usted puede ir a cualquier médico o proveedor que este inscrito en Medicare y acepte nuevos pacientes de Medicare. No se requieren referidos.

El **Medicare Original** cubre la mayoría de los servicios de atención médica y suministros, pero no cubre la mayoría de los medicamentos recetados. Sólo cubre ciertos medicamentos (como algunos medicamentos contra el cáncer). Si no tiene cobertura de medicamentos de otra fuente (de su empleador, veteranos (VA), etc.) quizás quiera inscribirse en un **plan de recetas médicas de Medicare** para ayudarle a pagar sus medicamentos recetados. Además, es posible que desee comprar cobertura adicional, como una **póliza Medigap** (Seguro Suplementario a Medicare). Puede elegir uno o ambos de estos tipos de cobertura adicional.

Planes Medicare Advantage (como un HMO o PPO)—Los Planes Medicare Advantage son opciones de planes de salud (como un HMO o PPO) aprobados por Medicare pero ofrecidos por compañías privadas. Son parte de Medicare y a veces se les conoce como la “Parte C” o “Planes MA”. Medicare paga a estos planes privados, una cantidad mensual por su atención médica. Los Planes Medicare Advantage deben cumplir las normas de Medicare. Estos planes no son un seguro suplementario.

Los Planes Medicare Advantage incluyen:

- Planes de Organización de Proveedor Preferido (PPO)
- Planes de Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO)
- Planes Privados de Pago por Servicio (PFFS)
- Planes para Necesidades Especiales
- Planes Medicare de Cuenta de Ahorros Médicos (MSA)

Hay otro tipo de planes de salud que proveen cobertura que no son parte de Medicare Advantage; sin embargo, pertenecen al programa de Medicare. Tales como, Planes de Costo de Medicare, Programas piloto y Programas de Cuidado Total de Salud para Ancianos (PACE).

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 29–30.

Sección 1: El Programa de Medicare

Cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare (Parte D)— La cobertura de recetas médicas (Parte D) está disponible para todas las personas con Medicare. Esta cobertura puede ayudar a reducir los precios de medicamentos recetados y ayudar a proteger contra el aumento de los costos en el futuro. Le ofrece más acceso a los medicamentos que usted usa para prevenir las complicaciones de las enfermedades y mantenerse bien.

Hay dos maneras de obtener la cobertura de medicamentos recetados:

- 1) Inscribirse en un **Plan de Medicamentos Recetados de Medicare** que añade la cobertura de medicinas al Medicare Original, algunos Planes de Costo de Medicare, algunos Planes Privados de Pago por Servicio de Medicare y Planes de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare.
- 2) Inscribirse en un plan de salud de Medicare que incluye cobertura de medicamentos recetados como parte del plan. Usted obtiene toda la cobertura de Medicare a través de estos planes, incluyendo medicamentos recetados.

En general, a ambos tipos de planes se les llama planes Medicare de recetas médicas.

Si no se inscribe en un plan de recetas médicas de Medicare cuando es elegible por primera vez, la próxima oportunidad es el 15 de noviembre hasta el 31 de diciembre de cada año. Si decide hacerlo más tarde, puede que tenga que pagar una penalidad a menos que tenga otros tipos de cobertura de medicamentos recetados.

Importante: Si tiene cobertura de medicamentos de su empleador o sindicato, llame a su administrador de beneficios antes de hacer cualquier cambio o de inscribirse en cualquier otro plan. Además, si usted tiene otro seguro que paga por sus medicamentos y se inscribe en un plan de medicinas de Medicare, usted debe dejarle saber sobre su otra cobertura.

Para obtener más información sobre los planes de medicamentos de Medicare, consiga una copia gratuita de “Su Guía sobre la Cobertura de Medicare para Recetas Médicas” visitando www.medicare.gov por Internet. En la sección “Herramientas de Búsqueda”, seleccione “Buscar una Publicación de Medicare”, o llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 29–30.

Sección 2: Información Básica



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

Si usted tiene Medicare y otros seguros de salud o cobertura de servicios de salud, cada tipo de cobertura se llama “pagador.” Cuando hay más de un pagador, hay reglas de “coordinación de beneficios” que deciden quién paga primero. El “pagador primario” paga lo que debe sobre sus cuentas y luego lo envía al “pagador secundario”. En algunos casos, puede haber un tercero pagador. Si Medicare paga primero depende de una serie de cosas, incluidos los enumerados en la tabla de abajo. Sin embargo, esta tabla no cubre todas las situaciones.

Asegúrese de decirle a su médico y otros **proveedores** si tiene otra cobertura además de Medicare. Esto les ayudará a enviar sus facturas al pagador correcto y evitar retrasos. Si tiene preguntas sobre quién paga primero o si cambia su seguro, llame al **Contratista de Coordinación de Beneficios Medicare** (COBC) al 1-800-999-1118. Los usuarios de TTY deben llamar a 1-800-318-8782.

Si usted	Situación	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

* Si su empleador participa en un plan que está patrocinado por dos o más empleadores, las reglas son un poco diferentes.

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	15
	Después de 30 meses	Medicare	Plan de salud grupal	15
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	26–28
	Después de 30 meses	Medicare	COBRA	15
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 la reclamación del accidente	Medicare	16–18
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 la reclamación	Generalmente no se aplica. Sin embargo, Medicare podría hacer un pago condicional.	18–22
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.	22–24
		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.	24–25
		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	25–26
Tiene 65 años o más O está incapacitado y cubierto por Medicare y COBRA	Derecho a Medicare	Medicare	COBRA	26–28

Sección 2: Información Básica

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 las **reclamaciones** son pagadas 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 grande (más de 20 personas). 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 tendrá que llamar al **Contratista de Coordinación de Beneficios Medicare** al 1-800-999-1118 e informarle sobre el/los cambio(s). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-318-8782. Proveerle 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. Avisarle a su médico y otros **proveedores** sobre el cambio en su seguro médico.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 29–30.

Sección 2: Información Básica

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. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-318-8782.

¿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.

3 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	12–14
Medicare y el seguro médico grupal para incapacitados	14–15
Medicare y el seguro médico grupal para personas con ESRD	15
Medicare y seguro sin parte culpable o seguro de responsabilidad	16–18
Medicare y el seguro de compensación al trabajador	18–22
Medicare y los beneficios de veteranos	22–24
Medicare y TRICARE	24–25
Medicare y el programa federal de Enfermedad Pulmonar Minera	25–26
Medicare y COBRA	26–28

Sección 3: Medicare y Otros Seguros o Cobertura Médica

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**, inscribirse en un **plan de recetas médicas 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”. También puede llamar al **Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud**. Llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para conseguir el número.

¿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 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.

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

Generalmente, su seguro médico grupal paga primero 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.
- El empleador tiene 20 o más empleados y el seguro del empleador cubre cualquiera 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.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 29–30.



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.

Sección 3: Medicare y Otros Seguros o Cobertura Médica

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. Pero, si su empleador se junta con otros empleadores u organizaciones de empleadores (como los sindicatos) para ofrecer un plan de salud grupal (**empleadores múltiples**), y si cualquiera de estos empleadores tiene 20 o más empleados, Medicare generalmente será el pagador secundario. Sin embargo, el plan podría solicitar una excepción. Por lo tanto, si su empleador tiene menos de 20 empleados, usted tendrá que preguntarle si Medicare es el pagador secundario o primario.

Si mi plan de salud grupal es un Plan de Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) o de una Organización de Proveedor Preferido (PPO) que paga antes que Medicare, ¿quién paga si decido visitar un médico que no pertenece a la red del plan?

Si se atiende con un profesional de la salud que no pertenece a la red del plan, tal vez ni su plan ni Medicare pague por dicho servicio. Llame al plan de su empleador antes de atenderse con un médico fuera de la red y pregunte si pagarán por el servicio.

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.

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

Medicare es su pagador primario a menos que tenga cobertura de empleador por el empleo de su cónyuge, y el empleador tiene por lo menos 20 empleados.

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 (ver página 12), 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.

Las palabras
en color rojo
están
definidas en
las páginas
29–30.

Sección 3: Medicare y Otros Seguros o Cobertura Médica

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?

Esto dependerá de los términos de su plan específico. El seguro médico de su empleador o sindicato ó el de su cónyuge tal vez no provea ninguna cobertura después de que se jubile. Si el plan médico grupal sigue disponible después de jubilarse, el mismo quizás tenga diferentes reglas, y puede que no funcione con Medicare.

Primero, averigüe si puede continuar con la cobertura de su empleador después de jubilarse. Tenga en cuenta que los empleadores no están obligados a ofrecer cobertura a los jubilados, y además pueden cambiar los beneficios o **primas**, o incluso cancelar la cobertura.

Segundo, Sepa que ocurre a su cobertura de jubilado cuando es elegible para Medicare. Por ejemplo, la cobertura de jubilados no pagará sus gastos médicos durante cualquier período en el que era elegible para Medicare pero usted decidió no inscribirse en él. Cuando es elegible para Medicare, es posible que tenga que inscribirse en la **Parte A** y **Parte B de Medicare** para obtener todos los beneficios de su cobertura de jubilados.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 29–30.

Sección 3: Medicare y Otros Seguros o Cobertura Médica

Medicare y el seguro médico grupal (continuación)

Dado que Medicare es el pagador primario después de que usted se jubila, la cobertura médica de jubilado por lo general será similar a la que tendría con una **póliza Medigap** (Seguro suplementario a Medicare). El seguro médico para jubilados no es una póliza Medigap. Sin embargo, tal y como las pólizas Medigap, ofrece beneficios que no cubre Medicare, como el pago del **coseguro** y **deducibles**, y algunas veces beneficios adicionales como días adicionales en el hospital.

Averigüe sobre los beneficios y precios de su cobertura de jubilado y si incluye la cobertura para su cónyuge. La cobertura de jubilado ofrecida por su empleador o sindicato podría tener un límite para la cantidad que paga. Tal vez sólo ofrezca cobertura contra pérdidas (stop loss) que comienza a pagar los gastos de su bolsillo solamente cuando hayan llegado a una cantidad máxima.

Es aconsejable que compare su cobertura de jubilado con las pólizas Medigap disponibles. Recuerde que el mejor momento para comprar una póliza Medigap es durante el período abierto de inscripción de 6 meses, que es cuando puede adquirir cualquier póliza Medigap que se ofrezca en su estado aun si tiene problemas de salud. Este período comienza automáticamente el mes en que cumple 65 años y se ha inscrito en la Parte B de Medicare. Una vez que el período termina, no se lo volverán a otorgar. Además, recuerde que usted y su cónyuge tendrán que comprar cada uno su propia póliza Medigap y que sólo podrá adquirirla cuando es elegible para Medicare.

Entérese cómo afectará su cobertura de jubilado a la cobertura médica que tienen usted y su cónyuge. 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 para preguntarle cómo paga el plan si usted tiene Medicare. También debería comunicarse con el **Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP)** para que le aconsejen si le conviene comprar una póliza Medigap.

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

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 29–30.

Sección 3: Medicare y Otros Seguros o Cobertura Médica

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 **plan de salud grupal** (seguro médico de jubilado) será el pagador secundario.

¿Qué ocurre si tengo un seguro médico de jubilado y mi empleador se declara en bancarrota o cierra la compañía?

Si su empleador se declara en bancarrota o cierra la compañía, es posible que usted pueda estar protegido por los reglamentos federales de COBRA si hay otra compañía dentro de la misma corporación que siga ofreciéndoles un seguro médico grupal a sus empleados. Si lo hubiera, el plan debe ofrecer los beneficios de COBRA (continuación de cobertura) a través del plan (vea las páginas 26–27). Si la continuación de la cobertura de COBRA no está disponible, puede tener el derecho a comprar una **póliza Medigap**, incluso si ya no está en su período de inscripción abierta.

Medicare y el seguro médico grupal para incapacitados (No por ESRD)

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.
- 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.

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.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 29–30.

Sección 3: Medicare y Otros Seguros o Cobertura Médica

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 del **plan 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.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 29–30.

Sección 3: Medicare y Otros Seguros o Cobertura Médica

Medicare y un seguro sin parte culpable o de responsabilidad

¿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 **reclamaciones** sobre negligencia, conducta inapropiada o falta de acción que pudiera resultar en daño a una persona o propiedad.

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

Si tiene una reclamación de seguro para sus gastos médicos, usted o su abogado debe notificar a Medicare lo antes posible.

¿Quién paga primero si tengo una reclamación del 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

Ejemplo

Nancy tiene 69 años. Viaja como pasajera en el automóvil que conduce su nieta y tienen un accidente. La nieta de Nancy tiene la cobertura de protección contra lesiones y pagos médicos (Med Pay) como parte de su seguro de automóvil. Mientras se encuentra en la sala de emergencia del hospital, le preguntan a Nancy sobre el seguro de accidente. Nancy les dice que su nieta tiene la cobertura de Med Pay. Dado que este seguro paga independientemente de quién tenga la culpa, se considera como un seguro sin parte culpable. El hospital le envía al seguro sin parte culpable la factura por los servicios que recibió en la sala de emergencia y sólo le facturará a Medicare si alguno de los servicios cubiertos por Medicare no es pagado por el seguro de responsabilidad.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 29–30.



Sección 3: Medicare y Otros Seguros o Cobertura Médica

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?

Tal como se ha explicado anteriormente, el seguro sin parte culpable o de responsabilidad debe pagar primero.

Nota: Pagar “primero” significa que debe pagar el total de la factura hasta el límite de la cobertura. No siempre significa que el pagador primario paga antes que el otro seguro (en tiempo). Si a los médicos o **proveedores** les informan que usted tiene un **reclamación** para el seguro sin parte culpable o de responsabilidad, deben tratar de obtener el pago por sus servicios de dicho seguro antes de enviarle la factura a Medicare. Sin embargo, esto puede demorar. Si la compañía de seguro no paga pronto (generalmente en 120 días), su proveedor de servicios de salud quizá le envíe la factura a Medicare. En ese caso Medicare podría hacer un pago condicional y luego recuperar ese dinero cuando el pagador primario haya pagado la factura.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 29–30.

¿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.

Sección 3: Medicare y Otros Seguros o Cobertura Médica

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

¿Cómo recupera Medicare el dinero del pago condicional?

Si Medicare hace un pago condicional, usted o su representante deben comunicarse con el **Contratista de Coordinación de Beneficios de Medicare** (COBC) llamando al 1-800-999-1118. Los usuarios de TTY deben llamar la 1-800-318-8782. El COBC le avisará a la compañía de recaudación para que trabaje en su caso. La **compañía recaudadora** es el contratista encargado de que se le reembolsen a Medicare los pagos condicionales que ha hecho.

La compañía de recaudación usará la información que usted o su abogado le han dado al COBC para recopilar información sobre cualquier **pago condicional** de Medicare relacionado con el acuerdo, sentencia o adjudicación pendiente. Una vez que se haya llegado a un acuerdo, sentencia judicial o adjudicación final, usted o su abogado deben llamar a la compañía recaudadora. La compañía averiguará cuál es la cantidad que se le ha otorgado (si la hubiera) y enviará una carta solicitando el pago

¿Quién paga si el seguro sin parte culpable o el seguro de responsabilidad no paga, o se determina que no es responsable por el pago de los servicios médicos?

En este caso, Medicare pagará como si fuese el único pagador. Sin embargo, sólo pagará por los servicios cubiertos por Medicare. Usted será responsable de pagar la parte de la factura que le corresponde (como el **coseguro, copago o deducible**) y por 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.

Medicare y el seguro de compensación al trabajador

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

El **seguro de accidente** 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. Para saber si está cubierto, preguntarle al empleador o representante estatal.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 29–30.

Sección 3: Medicare y Otros Seguros o Cobertura Médica

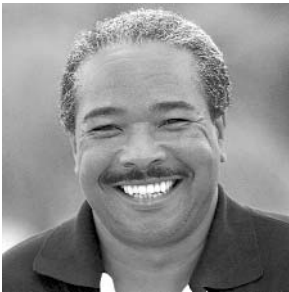
Medicare y un seguro sin parte culpable o de responsabilidad (continuación)

Tengo Medicare y he presentado una **reclamación** por accidente de trabajo. ¿Quién paga primero?

Si usted tiene Medicare y se accidenta en su lugar de trabajo, el seguro de compensación al trabajador pagará primero por los 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 reclamación 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. Sin embargo, si dicho seguro le deniega el pago porque aún deben evaluar su reclamación, entonces Medicare hará un pago condicional.

Si cree que ha tenido una enfermedad o accidente en el trabajo, dígaselo a su empleador y envíe una reclamación al **seguro de compensación al trabajador.**

Usted o su abogado debe llamar al **Contratista de Coordinación de Beneficios Medicare** (COBC) al 1-800-999-1118 en cuanto presente su reclamo. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-318-8782.



Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 29–30.

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.

¿Cómo recupera Medicare el dinero del pago condicional?

Si Medicare hace un pago condicional, usted o su abogado deben comunicarse con el **Contratista de Coordinación de Beneficios** (COBC) llamando 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

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

¿Cómo recupera Medicare el dinero del pago condicional? (continuación)

El COBC le avisará a la **compañía de recaudación** para que trabaje en su caso. La compañía recaudadora es el contratista encargado de que se le reembolsen a Medicare los pagos condicionales que ha hecho. La compañía de recaudación usará la información que usted o su abogado le han proporcionado al COBC para recopilar información sobre cualquier pago condicional de Medicare relacionado con el acuerdo, sentencia o adjudicación pendiente. Una vez que se haya llegado a un acuerdo, sentencia judicial o adjudicación, usted o su abogado deben llamar a la compañía recaudadora. La compañía obtendrá la cantidad que se le ha otorgado (si la hubiera) y enviará una carta solicitando el pago.

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

Los acuerdos por reclamaciones presentadas al **seguro de compensación al trabajador** se tramitan de un modo diferente al del seguro sin parte culpable o de responsabilidad. Como parte del acuerdo con el seguro de compensación al trabajador, usted debe reembolsarle a Medicare cualquier pago que haya recibido de Medicare por los servicios relacionados con el accidente en el trabajo. Sin embargo, el acuerdo al que llega con el seguro puede otorgarle cierta cantidad de fondos que usted debe separar para gastos médicos futuros o medicamentos que estén relacionados con el accidente en el trabajo. Si usted tiene Medicare, estos fondos deben depositarse en un Workers' Compensation Medicare Set-aside Arrangements (WCMSAs) que puede crear el abogado del seguro de compensación al trabajado. El propósito del WCMSA es el de asegurarse que estos fondos sean utilizados para los gastos médicos que en otro caso estarían cubiertos por Medicare.

En otras palabras, el seguro de compensación al trabajador paga antes que Medicare incluso después de haber llegado a un acuerdo. Si desea llegar a un acuerdo con el seguro de compensación al trabajador, usted o su abogado deben comunicarse con la compañía recaudadora. Si el acuerdo propuesto incluye fondos para gastos médicos futuros, usted o su abogado deben enviar el WCMSA al **contratista de coordinación de beneficios de Medicare** a la dirección siguiente:

CMS
c/o Coordination of Benefits Contractor
P.O. Box 33849
Detroit, MI 48232
Attention: WCMSA Proposal

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 29–30.

Sección 3: Medicare y Otros Seguros o Cobertura Médica

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 usted tiene WCMSA 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 (cantidad estipulada separada) 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 los servicios recibidos por accidente en el trabajo o por cualquier otro gasto médico que Medicare no cubra (por ejemplo, servicios dentales).

Además, Medicare no pagará por los gastos médicos relacionados con el accidente en el trabajo, hasta que no haya usado el dinero del WCMSA apropiadamente. Si no está seguro de los servicios que cubre Medicare, debe llamar a Medicare antes de empezar a gastar el dinero del WCMSA. Si desea más información llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

Nota: Las **reclamaciones** al seguro de compensación al trabajador se resuelven mediante acuerdo, sentencia o adjudicación. La información que hemos mencionado sobre los WCMSA es válida solamente para el acuerdo al que llega con el seguro.

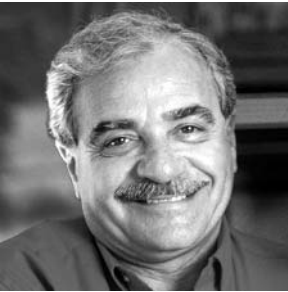
Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 29–30.

Sección 3: Medicare y Otros Seguros o Cobertura Médica

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, y usted le demuestra a Medicare que la **reclamación** le fue denegada, entonces Medicare sólo pagará por servicios y suministros cubiertos por Medicare.



Ejemplo

Miguel se lastimó en el trabajo. Envío 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.

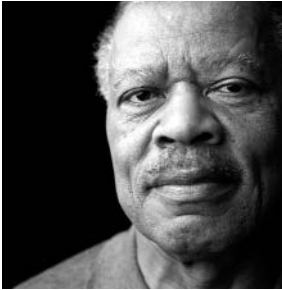
Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 29–30.

Sección 3: Medicare y Otros Seguros o Cobertura Médica

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 su sigla 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. Dichomédico 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 una **reclamación** 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 29–30.

Sección 3: Medicare y Otros Seguros o Cobertura Médica

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. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-800-829-4833.

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
- TRICARE for Life (TFL, por su sigla 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 su sigla 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.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 29–30.

Sección 3: Medicare y Otros Seguros o Cobertura Médica

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 1-888-363-5433, o visitar www.TRICARE.osd.mil.

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 8302
London, KY 40742-8302

¿Qué ocurre si el Programa Federal de Enfermedad Pulmonar Minera no paga la factura?

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.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 29–30.

Sección 3: Medicare y Otros Seguros o Cobertura Médica

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

¿A quién debo llamar si tengo preguntas?

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, COBRA sólo se aplica a los empleadores con 20 empleados o más. Sin embargo, algunas leyes estatales exigen que los empleadores con menos de 20 empleados les permitan conservar su cobertura médica grupal 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 o de su plan de salud grupal avisándole que termina su cobertura y que tiene derecho a la continuación de cobertura de COBRA por 18 meses y en algunos casos 36 meses. Si no recibe una notificación, y se entera de que su cobertura ha terminado o si se divorcia, deberá llamar al administrador de beneficios del empleador lo antes posible y preguntarle sobre su derecho a los beneficios de COBRA.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 29–30.

Sección 3: Medicare y Otros Seguros o Cobertura Médica

Medicare y COBRA (continuación)

Tengo Medicare y COBRA. ¿Quién paga primero?

En general, las normas descritas en las páginas 10–14 que apliquen a la cobertura que los **planes de salud de grupo** también rigen la continuación de cobertura de COBRA. Por ejemplo, si usted o su cónyuge están jubilados y tiene COBRA, Medicare paga primero.

Sin embargo, si tiene Medicare porque padece de ESRD (insuficiencia renal permanente), COBRA paga primero y Medicare es el pagador secundario hasta que la cobertura de COBRA se superponga a los 30 primeros meses de legibilidad a Medicare o de su derecho a Medicare por padecer de ESRD.

Esta publicación sólo le da una descripción breve de la cobertura de COBRA y sobre quién paga primero. La decisión sobre cuándo y si debe o no escoger la cobertura de COBRA puede ser muy complicada. Cuando usted pierde la cobertura de su empleador y tiene Medicare, tiene que estar al tanto de cuál es el período de elección de COBRA, cuál es el período de inscripción en la Parte B de Medicare y cuál es el período de inscripción abierta para Medigap. Tal vez cada uno de estos períodos tenga distintas fechas límite y cuando se decida por un tipo de cobertura (COBRA, la Parte B o Medigap) pierda el derecho para algunos de los otros dos tipos de cobertura.

¿A quién debo llamar si tengo preguntas sobre COBRA?

- Antes de escoger la cobertura de COBRA, le conviene comunicarse con el **Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP)** y averiguar sobre la Parte B de Medicare y las pólizas Medigap. Para obtener el número de teléfono llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- También puede obtener una copia gratuita de “Selección de una póliza Medigap: Una guía sobre seguro de salud para las personas con Medicare”, en www.medicare.gov. En “Herramientas de búsqueda” escoja “Buscar una publicación de Medicare”; o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.
- Para preguntas específicas sobre sus opciones de COBRA llame a su administrador de beneficios.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 29–30.

Sección 3: Medicare y Otros Seguros o Cobertura Médica

¿A quién debo llamar si tengo preguntas sobre COBRA? (continuación)

- Si tiene preguntas sobre Medicare y COBRA, llame al contratista de coordinación de beneficios de Medicare al 1-800-999-1118. Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deben llamar al 1-800-318-8782.
- Si usted tenía un seguro médico grupal de un empleador privado (en vez del gobierno), puede visitar el sitio Web del Departamento del Trabajo (Dol) www.dol.gov o llamar al 1-866-444-3272.
- Si su plan de salud grupal era de un empleador del gobierno o del estado, puede llamar al 1-877-267-2323 y presionar la extensión #61565.
- Si tenía un seguro médico del gobierno federal, puede visitar el sitio Web de la Oficina de Administración de Personal (OPM por su sigla en inglés) www.opm.gov.

Sección 4: Palabras Que Debe Saber

Contratista de Coordinación de Beneficios

Medicare—La compañía que actúa en nombre de Medicare para recoger y gestionar información sobre otros tipos de seguro o cobertura que una persona con Medicare puede tener, y determinar si la cobertura paga antes o después de Medicare.

Copago—Es la cantidad que paga por cada servicio médico que recibe, por ejemplo, una consulta al médico o un medicamento. Un copago, por lo general, es una cantidad fija que usted paga. Por ejemplo, podría ser de \$10 o \$20 por cada consulta médica o receta.

Compañía recaudadora—La compañía empresa que recauda en nombre de Medicare, los pagos condicionales que ha hecho Medicare y se determina que el otro pagador es el pagador primario.

Coseguro—La cantidad que tiene que pagar después de haber pagado cualquier deducible. El coseguro es generalmente un porcentaje (por ejemplo, el 20%).

Deducible—La cantidad que usted debe pagar por servicios de salud o medicamentos, antes de que Medicare, su plan para recetas médicas u otro seguro comience a pagar.

Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD por su sigla 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 Original—Es una cobertura de pago por servicio bajo el cual el gobierno le paga a sus proveedores de servicios de salud directamente por sus beneficios de Parte A y/o Parte B.

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.

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

Sección 4: Palabras Que Debe Saber

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 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.

Plan Medicare de Recetas Médicas (Parte D)—Un plan de medicamentos ofrecido por compañías aseguradoras y otras compañías privadas a los beneficiarios que obtienen sus beneficios de las Parte A y/o Parte B a través de Medicare; de algunos Planes Privados de Pago por Servicio que ofrecen esta cobertura, Planes de Costo de Medicare o los Planes de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare. Los Planes Medicare Advantage también pueden ofrecer cobertura de medicamentos pero deben seguir las mismas normas que los Planes Medicare para Recetas Médicas.

Póliza Medigap—Una póliza de Seguro Suplementaria a Medicare vendida por compañías de seguro privadas para llenar las faltas de cobertura 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 su sigla 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 médico, hospital, profesional de la salud ó centro médico.

Reclamación—Es una solicitud de pago por servicios y beneficios que usted somete a Medicare u otro seguro de salud cuando recibe artículos y servicios que están cubiertos.

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: Índice

Accidente	6, 16
Beneficios para veteranos	22–24
Cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare (Parte D)	2, 4
COBRA	6, 14, 26–27
Cobertura en un plan de salud grupal	10, 15
Condición preexistente.	2
Contratista de Coordinación de Beneficios Medicare	7, 8, 18–20, 26, 27
Copago	2, 18, 23
Coseguro	2, 13, 18
Cuestionario inicial de inscripción	7
Deducible.	2, 13, 18, 25
Departamento Estatal de Seguros	10, 27
Enfermedad pulmonar minera	6, 25, 26
Enfermedad Renal en Etapa Final	1, 6, 15, 24, 27
Incapacitado.	14, 15
Medicare Original	3
Medicare Parte A	1, 24
Medicare Parte B	1–2, 10, 24
Medicare Parte C	2, 3
Medigap.	10, 13, 14, 27
Pagador primario	5, 17
Pagador secundario	5, 10
Pago condicional	17–20
Plan de empleadores múltiples	11, 14
Plan de salud grupal.	5–6, 10–15, 26
Plan de salud grupal grande	5, 14
Planes Advantage (Parte C).	2, 3
Prima	1–2

Sección 5: Índice

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud	10, 27
Programa Federal de Enfermedad Pulmonar Minera	6, 25–26
Proveedor	7, 25
Reclamación	7, 16–23
Seguro de compensación al trabajador	6, 18–22
Seguro médico de jubilados	5, 10–13
Seguro médico grupal	5–6, 10–15, 26
Seguro de responsabilidad	6, 16–18
Seguro sin parte culpable	6, 16–18
TRICARE	6, 24–25
TRICARE for Life	24

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

La información en este folleto era correcta cuando fue publicado en www.medicare.gov. Para averiguar si la publicación está disponible en versión impresa, otros formatos o si la información fue actualizada, llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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 mayo 2008

Mi Salud.
Mi Medicare.

- 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.