Medicare y Usted
El conocimiento para tomar buenas decisiones

Las Pólizas y Protecciones de Medigap

Seguro Suplementario para personas con Medicare

Este manual explica...

- **Las pólizas Medigap y lo que cubren.**
- **Sus derechos a comprar una póliza Medigap cuando su cobertura de salud cambia.**
- **Dónde obtener más ayuda.**

Para averigüar cómo usar este manual, ver las páginas 1-2.

DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES · USA

HCFA
MEDICARE • MEDICAID
Health Care Financing Administration

Dónde Encontrar la Información que Busca

Introducción 1
Cómo usar este manual 1-2

Sección 1: Un vistazo rápido a Medicare
¿Qué es Medicare? 3
Sobre las dos partes de Medicare 3
Opciones de planes de salud Medicare 4

Sección 2: Las pólizas Medigap
¿Qué es una póliza Medigap y cómo funciona? 5
Las pólizas Medigap pagan por 6
Las pólizas Medigap no pagan por 6
Lo que usted debe considerar antes de comprar una póliza Medigap 6
Cuadro de beneficios de los planes Medigap 7
Las pólizas Medigap y las medicinas recetadas 8

Sección 3: Protecciones de Medigap
¿Qué son las protecciones de Medigap? 9
Sobre los 4 tipos de situaciones que implican protecciones de Medigap 10-27
Cuadro resumiendo las protecciones de Medigap 28-31

Sección 4: Dónde obtener más información
Dónde obtener información sobre pólizas Medigap en su estado 32
A quién llamar y sus números telefónicos 33-34

Sección 5: Definiciones de términos importantes
Se definen los términos en letra roja 35-36

Sección 6: Índice
Una lista alfabética de los temas usados en este manual 37

Introducción

Medicare no paga por todos sus servicios de salud. Hay "faltas" ("gaps" en íngles) en cobertura o costos que usted debe pagar en el Plan Original de Medicare. Las pólizas de seguro suplementario, o **pólizas Medigap, son vendidas por las empresas privadas de seguros** para ayudar a completar "las faltas" en cobertura del Plan Original de Medicare.

Este manual le dará información básica sobre las pólizas y protecciones de Medigap que usted tiene en ciertas situaciones. En el resto de este manual, las Pólizas de Seguro Suplementario de Medicare serán llamadas las pólizas Medigap.

Cómo usar este manual

Este manual tiene 6 secciones. Usted puede averigüar la sección que está leyendo, solamente busque la cabecera de cada página. **El índice en la página 37 de la Sección 6, puede ayudarlo a encontrar un tema específico en el manual**. Los términos en rojo se definen en las páginas 35-36 de la Sección 5.

Si usted tiene preguntas al leer este manual, por favor póngalas por escrito. Busque en las páginas 33-34 de la Sección 4 para averigüar a quién puede llamar para obtener ayuda con sus preguntas. **Usted no encontrará información sobre el costo de cualquier póliza Medigap en este manual**. Esto se debe al hecho que los costos serán diferentes, dependiendo de donde usted vive, y la cúal compañía de seguros le compre su póliza.

Sección 1: Un vistazo rápido a Medicare (páginas 3-4). Lea esta sección si usted no sabe mucho sobre Medicare. Tal vez tenga que referirse a ella al leer sobre las pólizas Medigap y cómo es que funcionan con Medicare.

Sección 2: Las pólizas Medigap (páginas 5-8) Lea esta sección primero si usted no sabe nada sobre las pólizas Medigap. Le dará un resumen de las pólizas Medigap, incluyendo cómo es que funcionan las pólizas Medigap.

Cómo usar este manual (continuación)

Sección 3: Las protecciones de Medigap (páginas 9-31).
Lea esta sección para averigüar sobre sus derechos a comprar una póliza Medigap en situaciones especiales. Si usted está en una situación en la cual su cobertura de salud ha cambiado, es posible que tenga ciertos derechos que usted no sabía.

Sección 4: Dónde obtener más información (páginas 32-34).
Lea esta sección para averigüar dónde obtener más información sobre las pólizas Medigap en su estado. Le dirá a quién debe llamar y le dará sus números telefónicos.

Sección 5: Definiciones de términos importantes (páginas 35-36).
Lea esta sección para averigüar el significado de las palabras en letra roja que se utilizan en este manual.

Sección 6: Índice (página 37).
Use esta sección si usted está buscando un tema en específico. Le dará la(s) página(s) donde aparece ese tema en el manual.

Para obtener información más detallada sobre las pólizas Medigap, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227, TTY/TDD: 1-877-486-2048 para personas con impedimento auditivo o de lenguaje oral) y pida su copia gratis de *La Guía sobre Seguros de Salud para Personas con Medicare* (*Guide to Health Insurance for People with Medicare*), o busque en www.medicare.gov en el Internet. Usted puede leer o imprimir una copia de *La Guía sobre Seguros de Salud para Personas con Medicare* y comparar las pólizas Medigap que se venden en su estado.

¿Qué es Medicare?

Medicare es un programa de seguro de salud para:

- Personas de 65 años de edad o más.
- Ciertas personas menores de los 65 años con impedimentos.
- Personas con Enfermedad Renal en Etapa Final (fallo permanente de los riñones que requiere diálisis o transplante renal).

¿Cuáles son las dos partes de Medicare?

Medicare tiene dos partes:

La Parte A (Seguro de Hospital) - La Parte A ayuda a pagar por cuidado en un hospital, en ciertos centros de enfermería especializada, en un hospicio, y por ciertos servicios de cuidado de salud en el hogar.

La mayoría de las personas no tienen que hacer un pago mensual (la prima) por la Parte A, ya que ellos (o sus cónyuges) pagaron sus impuestos de Medicare mientras estaban trabajando.

La Parte B (Seguro Médico) - La Parte B ayuda a pagar por médicos, cuidado ambulatorio de hospital, y ciertos otros servicios médicos no cubiertos por la Parte A, como los servicios de terapeutas físicos y ocupacionales, y ciertos servicios de cuidado de salud en el hogar.

Usted paga la prima mensual de la Parte B de $45.50 al mes en el 2000. Las tarifas pueden cambiar de año en año. En ciertos casos, esta cantidad puede ser más grande si usted no se inscribió a la Parte B cuando calificó para Medicare por primera vez.

Para obtener más información sobre la Parte A y Parte B de Medicare, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227, TTY/TDD: 1-877-486-2048 para personas con impedimento auditivo o de lenguaje oral) y pida un copia gratis de *Medicare y Usted* (*Medicare & You*).

Recuerde, los términos en rojo se definen en las páginas 35-36 de la Sección 5.

¿Cuáles son mis opciones de planes de salud Medicare?

Según donde usted vive, es posible que tenga tres opciones:

1. El Plan Original de Medicare (también conocido como el plan de pago-por-servicio),

2. Planes de salud administrados Medicare (como una organización para el mantenimiento de la salud-HMO, por su siglas en inglés), o

3. Planes Privados de Pago-por-Servicio (una nueva opción de cuidado de salud que estará disponible en ciertas partes del país en el 2000).

Nota: Las pólizas Medigap solamente ayudan a cubrir los costos por servicios de salud si usted tiene el Plan Original de Medicare.

Para obtener más información sobre sus opciones de planes de salud Medicare, llame gratis al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227, TTY/TDD: 1-877-486-2048 para personas con impedimento auditivo o de lenguaje oral).

¿Qué es una póliza Medigap y cómo funciona?

*Llame al Departamento de Seguros del Estado para obtener más información sobre las pólizas que se ofrecen en su estado. Usted también puede buscar esta información en el Internet en www.medicare.gov y haga click en "Medigap Compare" (Compare Medigap).

"La cosa con Medigap es que usted puede elegir la cobertura que quiera-sea mucha o poca. Cuando me hicieron cirugía de la rodilla, mi póliza Medigap (Plan F) pagó muchos de los costos que no pagó Medicare."

Gonzalo
Providence,
Rhode Island

Las pólizas Medigap son vendidas por empresas privadas de seguros para cubrir lo que no cubre (las "faltas de cobertura" o "gaps", en inglés) el Plan Original de Medicare. La portada de la póliza Medigap debe identificarla claramente como un "Seguro Suplementario de Medicare". En todos los estados (con la excepción de tres: Massachusetts, Minnesota, y Wisconsin)* hay 10 planes estandarizados de Medigap llamados de la "A" hasta la "J". Cada plan tiene un conjunto diferente de beneficios estándarizados.

Cuando usted compra una póliza Medigap, usted le paga una prima a la empresa privada de seguros. Siempre que usted pague su prima, las pólizas que se compraron antes de 1990 se reanudarán automáticamente cada año. Esto significa que su cobertura sigue vigente año tras año, siempre y cuando usted pague su prima. Usted siempre debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.

Medicare SELECT

Medicare SELECT es un tipo de póliza de seguro de Medigap. Si usted compra una póliza Medicare SELECT, usted está comprando uno de los 10 planes estandarizados de Medigap de la "A" hasta la "J". Con una póliza Medigap, usted necesita visitar a determinados hospitales y médicos para obtener todos los beneficios del seguro (excepto en casos de emergencia). Por esto, las pólizas Medicare SELECT por lo general tienen primas más bajas.

Si usted no usa un proveedor de Medicare SELECT para obtener servicios que no son de emergencia, tendrá que pagar lo que Medicare no paga. Medicare pagará su porción de los costos aprobados sin importar cual es el proveedor que usted escoja. Es posible que Medicare SELECT no esté disponible en su estado.

Para más información, llame su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP, por sus siglas en inglés (ver páginas 33-34).

¿Qué es lo que pagan las pólizas Medigap?

Cada póliza estandarizada de Medigap debe cubrir los beneficios básicos (ver cuadro en la página 7). Las pólizas Medigap pagan la mayoría, si no todas, de las cantidades del coseguro del Plan Original de Medicare. Estas pólizas también pueden cubrir los deducibles del Plan Original de Medicare. Algunas de las pólizas cubren beneficios adicionales para completar las "faltas de cobertura" ("gaps", en inglés) en su cobertura, como las medicinas recetadas (ver página 8).

Si usted vive en Massachusetts, Minnesota, o Wisconsin, llame al Departamento de Seguros del Estado (ver páginas 33-34) para obtener más información sobre las pólizas que se ofrecen en estos estados. Usted también puede buscar en el Internet en www.medicare.gov y haga click en "Medigap Compare" (Compare Medigap).

¿Qué no está cubierto por las pólizas Medigap?

Las pólizas Medigap no cubren:

- Cuidado a largo plazo
- Cuidado dental o de la vista
- Aparatos de asistencia auditiva
- Enfermería privada
- Medicinas recetadas ilimitadas

¿Cuáles son las cosas a considerar antes de comprar una póliza Medigap?

Antes de comprar una póliza Medigap, piense en lo siguiente:

- ¿Cuánto estoy gastando por mi cuidado de salud?
- ¿En qué estoy gastando mi dinero por mi cuidado de salud?
- ¿Cuáles son los beneficios de Medigap que necesito?
- Cuánto puedo pagar por mis primas?
- ¿Cuáles serán mis gastos por cuidado de salud en el futuro? Recuerde, es posible que usted necesitará más servicios de salud a medida de que envejece.

Recuerde, los términos en rojo se definen en las páginas 35-36 de la Sección 5.

Cuadro de los 10 planes estandarizados Medigap de la A hasta la J

Las pólizas Medigap (incluyendo Medicare SELECT) solamente pueden ser vendidas en la forma de 10 pólizas estandarizadas. Este cuadro le brinda una forma fácil y rápida de ver todos los planes Medigap y cúales beneficios se incluyen en cada plan.

Beneficios Básicos: Se incluyen en todos los planes.

- **Cuidado interno en un hospital**: Cubre el coseguro de la Parte A, y el costo de 365 días adicionales de cuidado en el hospital durante su vida después de que haya terminado su cobertura de Medicare.
- **Costos médicos**: Cubre el coseguro de la Parte B (por lo general el 20% de la cantidad aprobada de pago de Medicare).
- **Sangre**: Cubre las primeras 3 pintas de sangre cada año.

A	B	C	D	E	F*	G	H	I	J*
Beneficio Básico	Beneficio Básico	Beneficio Básico	Beneficio Básico	Beneficio Básico	Beneficio Básico	Beneficio Básico	Beneficio Básico	Beneficio Básico	Beneficio Básico
		Coseguro de enfermería especializada	Coseguro de enfermería especializada	Coseguro de enfermería especializada	Coseguro de enfermería especializada	Coseguro de enfermería especializada	Coseguro de enfermería especializada	Coseguro de enfermería especializada	Coseguro de enfermera especializada
	Deducible Parte A	Deducible Parte A	Deducible Parte A	Deducible Parte A	Deducible Parte A	Deducible Parte A	Deducible Parte A	Deducible Parte A	Deducible Parte A
		Deducible Parte B			Deducible Parte B				Deducible Parte B
					Exceso Parte B (100%)	Exceso Parte B (80%)		Exceso Parte B (100%)	Exceso Parte B (100%)
		Emergencia durante viaje al extranjero	Emergencia durante viaje al extranjero	Emergencia durante viaje al extranjero	Emergencia durante viaje al extranjero	Emergencia durante viaje al extranjero	Emergencia durante viaje al extranjero	Emergencia durante viaje al extranjero	Emergencia durante viaje al extranjero
			Recuperación en el hogar			Recuperación en el hogar		Recuperación en el hogar	Recuperación en el hogar
							Beneficio básico de medicinas recetadas (límite de $1,250)	Beneficio básico de medicinas recetadas (límite de $1,250)	Beneficio básico de medicinas recetadas (límite de $3,000)
				Cuidado Preventivo					Cuidado Preventivo

*Los planes F y J también tienen la opción de un alto deducible (ver página 8). Llame al Departamento de Seguros del Estado para obtener más información (ver páginas 33-34). **Nota**: Este cuadro no se aplica si usted vive en Massachusetts, Minnesota, o Wisconsin. Llame al Departamento de Seguros de su Estado (ver páginas 33-34) para más información sobre las pólizas que se ofrecen en esos estados. Usted también puede buscar en el Internet en www.medicare.gov y haga click en "Medigap Compare" (Compare Medigap).

¿Hay alguna póliza Medigap que pague por medicinas recetadas?

Sí. Los planes H e I ofrecen el beneficio "básico" de medicinas recetadas. El Plan J ofrece el beneficio "extendido" de medicinas recetadas (ver cuadro a continuación).

		Después de que usted haya pagado...	El plan pagará...
Planes H e I ▶	**Cobertura Básica de Medicinas Recetadas**	Deducible de $250 cada año	50% de los costos de medicinas recetadas hasta un máximo de **$1,250** por año.
Plan J ▶	**Cobertura Extendida de Medicinas Recetadas**	Deducible de $250 cada año	50% de los costos de medicinas recetadas hasta un máximo de **$3,000** por año.

¿Qué es la "opción de un alto deducible" y cómo puede afectar mis costos?

Las empresas de seguros pueden ofrecer la "opción de un alto deducible" en los Planes F y J. Si usted escoge esta opción, usted debe pagar un deducible de $1,530 para el año 2000 antes de que el plan pague cualquier cosa. Esto representa un aumento para todo plan con alto deducible que haya sido comprado antes del año 2000. Esta cantidad puede subir cada año.

Las pólizas con un alto deducible a menudo cuestan menos, pero si usted se enferma, los gastos directos de su bolsillo serán más altos y es posible que usted no pueda cambiar de planes.

Además del deducible de $1,530 que debe pagar por la opción de alto deducible en los planes F y J, usted debe pagar los deducibles por:

- Medicinas recetadas ($250 por año para el Plan J), y
- Emergencias durante viajes al extranjero ($250 por año para los Planes F y J).

¿Qué son las protecciones de Medigap?

Las protecciones de Medigap son derechos especiales que usted tiene para comprar una póliza Medigap, adicionales en su período de inscripción abierto Medigap. Estas protecciones son importantes ya que si usted no compra una póliza Medigap durante su período de inscripción abierto de Medigap, es posible que usted no pueda comprar la póliza que quiera, o que le cobren más por la póliza. Además, si usted cancela su póliza Medigap, es posible que no pueda regresar a ella si no tiene esta protección.

Las protecciones de Medigap en esta sección provienen de la ley federal. Algunos estados le brindan más protecciones de Medigap que las de la ley federal. A la hora de imprimir este manual, los siguientes estados reportaron que ofrecían más protecciones de Medigap que las de la ley federal:

- Arkansas
- Delaware
- Florida
- Iowa
- Illinois
- Indiana
- Kansas
- Maine
- Massachusetts
- North Carolina
- New Hampshire
- New Mexico
- Nevada
- New York
- South Dakota
- Texas
- Vermont
- Wisconsin
- West Virginia
- Wyoming

Llame al Departamento de Seguros del Estado (ver páginas 33-34) o al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (ver páginas 33-34) para averigüar si su estado ofrece más protecciones de Medigap que las de la ley federal.

¿Cuándo tengo derecho a las protecciones de Medigap?

Hay varios tipos de situaciónes que implican cambios en su cobertura de salud en las cuales usted tal vez tenga el derecho de emisión garantizada para comprar un póliza Medigap aún cuando usted no está dentro de su período de inscripción abierto Medigap.

Por ejemplo:

1. La cobertura de su plan de salud administrado Medicare o plan Privado de Pago-por-Servicio termina, ya que el plan se está saliendo del programa de Medicare, o deja de brindar servicios de cuidado de salud en su área (ver Situación No.1 en las páginas 11-15), o
2. Su cobertura de salud (como un plan de salud administrado Medicare o un plan Privado de Pago-por-Servicio, plan de salud de grupo del empleador que suplementaba o pagaba algunos de los costos no pagados por Medicare, póliza Medicare SELECT, Programa de Cuidado Integral para Ancianos (PACE, por sus siglas en inglés), o proyecto de demostración de salud administrado de Medicare) termina sin culpa suya, incluyendo el que usted se haya mudado fuera del área de servicio del plan (ver Situación No.2 en las páginas 15-19), o
3. Usted canceló su póliza Medigap para inscribirse a un plan de salud administrado o plan Privado de Pago-por-Servicio, o compra una póliza Medicare SELECT por primera vez, y luego se sale del plan o de la póliza dentro de un año de haberse inscrito (ver Situación No. 3 en las páginas 20-23), o
4. Usted se inscribió a un plan de salud de Medicare (como un plan de salud administrado Medicare con un contrato Medicare + Opción o un plan Privado de Pago-por-Servicio) cuando calificó para Medicare por primera vez al cumplir los 65 años, y dentro de un año de haberse inscrito, decide salirse del plan de salud (ver Situación No. 4 en las páginas 24-26).

Las Situaciones del 1 al 4 se discutirán en detalle en las páginas siguientes.

¿Usted vive en Massachusetts, Minnesota, o Wisconsin?

De ser así, usted tiene el derecho a comprar una póliza Medigap que es similar a las pólizas estandarizadas que usted tiene derecho a comprar en los otros estados. Llame al Departamento de Seguros del Estado (ver páginas 33-34).

Recuerde, los términos en rojo se definen en las páginas 35-36 de la Sección 5.

Situación No. 1 ▶

La cobertura de su plan de salud administrado de Medicare o plan Privado de Pago-por-Servicio termina porque el plan se está saliendo del programa Medicare o deja de brindar servicios de salud en su área.

Si la cobertura de su plan de salud administrado de Medicare o plan Privado de Pago-por-Servicio termina porque el plan se está saliendo del programa Medicare o deja de brindar servicios de salud en su área, usted tiene el derecho a comprar los planes Medigap A, B, C, o F que se venden en su estado.

En ciertos casos, usted tiene derecho a regresar a su antigua póliza Medigap (ver Situación No. 3 en las páginas 20-23) o a comprar **cualquiera** de las 10 pólizas estandarizadas de Medigap que se venden en su estado (ver Situación No. 4 en las páginas 24-26).

Si usted recibe una carta informándole que su plan de salud administrado Medicare o plan Privado de Pago-por-Servicio se está saliendo del programa Medicare o que ya no brindará servicios de salud en su área, usted tiene 3 opciones:

1. **Quedarse en su plan hasta la fecha en que termina su cobertura.** Usted tiene 63 días calendarios a partir de la terminación de su cobertura de salud para solicitar una póliza Medigap.

2. **Cambiarse a otro plan de salud administrado Medicare en su área**. En ciertos casos, para poder inscribirse usted tendrá que esperar hasta que el plan nuevo esté aceptando a miembros nuevos.

3. **Salirse de su plan (desafiliarse) apenas reciba su carta.** Usted tiene 63 días calendarios de la fecha de la carta de su plan de salud administrado Medicare o plan Privado de Pago-por-Servicio informándole que el plan ya no brindará servicios de salud en su área para solicitar una póliza Medigap.

La Opción No. 3 se aplica únicamente a los planes Privados de Pago-por-Servicio o los planes de salud administrados Medicare con un contrato de "Medicare + Opción" (no un "contrato de costos").

Situación No. 1 (Continuación) ▶

Llame a su plan de salud administrado para averigüar si tiene un contrato Medicare + Opción. Si lo tiene, tan pronto reciba su carta usted puede salirse del plan sin perder sus protecciones de Medigap.

Usted tiene derecho a comprar las pólizas Medigap A, B, C, o F que se venden en su estado. Si usted decide salirse de su plan antes de que termine su cobertura, usted deberá entregarle a su plan una solicitud **por escrito** diciéndoles que quiere salirse(desafiliarse). Su cobertura entonces terminará el último día del mes en que su plan recibe su solicitud por escrito para salirse (Ver Ejemplo No. 1a, a continuación).

Ejemplo No. 1a:
En octubre, 2000, la Sra. Chávez recibe una carta de su plan de salud administrado Medicare (con un contrato Medicare + Opción) diciéndole que el plan se saldrá del programa Medicare el 31 de diciembre, 2000. La carta está fechada 1ro. de octubre, 2000. Ella decide conseguir su cobertura de salud por medio del Plan Original de Medicare. Entrega su solicitud por escrito para salirse de su plan el 12 de octubre, 2000. Su cobertura terminará el 31 de octubre, 2000. La Sra. Chávez tiene el derecho a comprar los planes Medigap A, B, C, o F que se venden en su estado siempre y cuando presente su solicitud antes del 2 de diciembre, 2000 (63 días calendarios a partir de la fecha de la carta que su plan le había enviado).

Situación No. 1 (continuación) ▶

Siempre y cuando usted solicite su nueva póliza Medigap no más tarde de los 63 días calendarios de la fecha de la carta de su plan, o no más tarde de los 63 días calendarios después de que termine su cobertura de salud (ver Ejemplo No. 1b a continuación), la compañía de seguros:

- No puede negarle cobertura de seguros o imponerle condiciones a la póliza (como el hacerle esperar antes de que comience la cobertura);
- Debe cubrirle todas sus condiciones pre-existentes;
- No puede cobrarle más por una póliza debido a sus problemas de salud en el pasado o actuales.

Ejemplo No. 1b:
En octubre, 2000, la Sra. Chávez recibe una carta de su plan de salud administrado Medicare diciéndole que el plan se saldrá del programa Medicare el 31 de diciembre, 2000. La carta está fechada 1ro. de octubre, 2000. Ella decide quedarse en su plan hasta que termine su cobertura el 31 de diciembre, 2000. Automáticamente quedará inscrita en el Plan Original de Medicare a partir del 1ro. de enero, 2001. La Sra. Chávez tiene el derecho a comprar los planes Medigap A, B, C, o F que se venden en su estado siempre y cuando presente su solicitud para el 4 de marzo, 2001 (63 días calendarios después de que su cobertura de salud termina).

Importante: Cuando termina su cobertura de salud, su plan de salud le enviará una carta diciéndole que su cobertura está por terminar. Guarde una copia de la carta(asegúrese de que su nombre aparece en la misma) y del sobre fechado con el sello postal para comprobar que usted perdió la cobertura de su plan de salud. Usted también debe conservar una copia fechada de su solicitud de una póliza Medigap, y cualquier carta de negación que le haya enviado una compañía de seguros, para comprobar que a usted se le negaron sus derechos de Medigap, si es que esto ocurre.

Recuerde, los términos en rojo se definen en las páginas 35-36 de la Sección 5.

Situación No. 1 (continuación) ▶

¿Me cubre esta protección si tengo menos de 65 años de edad y tengo Medicare debido a un impedimento o Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD, por sus siglas en inglés)?

No hay ninguna ley federal que obligue a las compañías de seguros a tener períodos de inscripción abierto generales de Medigap, para personas menores de 65 años. Sin embargo, si cualquier empresa privada de seguros en su estado le vende los planes Medigap A, B, C, o F a personas menores de los 65 años, sea voluntariamente o porque así lo exige la ley del estado, deben venderle una póliza si es que usted está en la situación No. 1, No. 2, o No. 3 que aparecen en la lista en la página 10. Llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud para más información (ver páginas 33-34).

Resumen de sus protecciones de Medigap si termina su cobertura en un plan de salud administrado Medicare o plan Privado de Pago-por-Servicio, sea porque el plan se está saliendo del programa Medicare o porque deja de ofrecer servicios de salud en su área:

- Es posible que usted tenga 3 opciones sobre qué hacer y cuándo hacerlo (ver página 11);
- Usted tiene el derecho a comprar los planes Medigap A, B, C, o F que se venden en su estado siempre y cuando usted los solicite no más tarde de los 63 días calendarios después de la fecha de la carta de su plan, o no más tarde de los 63 días calendarios después de que termine su cobertura de salud;
- La compañía de seguros no puede negarle cobertura de seguros, o imponerle condiciones a la póliza (tal como hacerlo esperar antes de que comience su cobertura);
- La compañía de seguros debe cubrirle todas su condiciones pre-existentes;
- La compañía de seguros no puede cobrarle más por una póliza por motivo de sus problemas de salud en el pasado o actuales;

Situación No. 1 (continuación) ▶

- Si usted tiene menos que 65 años y tiene Medicare debido a un impedimento o ESRD, a usted debe permitírsele comprar los planes Medigap A, B, C, o F que en su caso se venden en su estado a personas menores de los 65 años con Medicare.

Recuerde, si quiere salirse de su plan apenas recibe su carta, a usted le conviene primero llamar a su plan de salud administrado para averigüar si tiene un contrato Medicare + Opción en vez de un "contrato de costos". Si lo tiene, usted puede salirse del plan tan pronto como reciba su carta, sin perder sus protecciones de Medigap.

Otra Opción

Aún si usted no cumple con las condiciones para tener las protecciones de Medigap, su compañía de seguros tal vez le permita comprar cualquier póliza Medigap, sobre todo si es que usted está en buena salud. Para más información, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (ver páginas 33-34).

Situación No. 2 ▶

Su cobertura de salud termina sin culpa suya, incluyendo el que usted se haya mudado fuera del área de servicio de su plan.

Si su cobertura de salud (como un plan de salud administrado Medicare o un plan Privado de Pago-por-Servicio, plan de salud de grupo del empleador que suplementaba o pagaba algunos de los costos no pagados por Medicare, póliza Medicare SELECT, Programa de Cuidado Integral para Ancianos (PACE, por sus siglas en inglés), o proyecto de demostración de salud administrado de Medicare) termina, en ciertas situaciones usted tiene el derecho a comprar los planes Medigap A, B, C, o F que se venden en su estado. Usted debe presentar su solicitud no más tarde de los 63 días calendarios después de que termine su cobertura de salud.

Recuerde, los términos en rojo se definen en las páginas 35-36 de la Sección 5.

Situación No. 2 (continuación) ▶

La compañía de seguros debe venderle uno de estos planes Medigap si es que:

- Usted se muda fuera del área de servicio del plan (el área dentro del cual el plan acepta miembros, y en donde usted recibe servicios del plan); o
- Usted se sale del plan de salud ya que no cumplió con las obligaciones contractuales con usted (por ejemplo, los materiales publicitarios eran engañosos, o no cumplieron con las normas de calidad); o
- Usted estaba en un plan de salud de grupo de empleador que suplementaba o pagaba algunos de los costos que no pagó Medicare, y el plan termina su cobertura; o
- Su empresa de seguros termina su póliza Medicare SELECT y usted no tiene la culpa (por ejemplo, la compañía entró en bancarrota); o
- Su programa PACE dejó de participar en Medicare o dejó de brindar servicios en su área.

Siempre y cuando usted solicita su nueva póliza de Medigap no más tarde de los 63 días calendarios después de que termine su cobertura de salud, la empresa de seguros:

- No puede negarle cobertura de seguros o imponerle condiciones a la póliza (como el hacerle esperar antes de que comience la cobertura);
- Debe cubrirle todas sus condiciones pre-existentes;
- No puede cobrarle más por una póliza debido a sus problemas de salud en el pasado o actuales.

Situación No. 2 (continuación) ▶

No le conviene esperar hasta que su cobertura de salud casi haya terminado antes de solicitar una póliza Medigap. Usted puede solicitar una póliza Medigap por adelantado (mientras todavía está en su plan de salud), y escoger que su cobertura de Medigap no comience sino hasta el día después de que termine la cobertura de su plan de salud. Esto evitará que usted tenga períodos sin cobertura de salud (ver Ejemplo No. 2 a continuación).

Precaución: En la mayoría de los casos en la Situación No. 2, usted debe quedarse dentro de su plan de salud hasta la fecha en que termine su cobertura. Si se sale del plan antes de esa fecha, es posible que pierda su derecho a comprar los planes Medigap A, B, C, o F que se venden en su estado.

Ejemplo No. 2:
La Sra. Martínez estaba cubierta bajo un plan de salud de grupo de empleador que pagaba algunos de los costos que no pagaba Medicare. Recibió una carta en el correo avisándole que su cobertura bajo este plan de salud terminaría el 5 de abril, 2000. La Sra. Martínez quería comprar una póliza Medigap que la ayudara a pagar sus gastos de salud que no estaban cubiertos por Medicare. Ya que su cobertura de salud estaba por terminar, la Sra. Martínez tenía el derecho a comprar los planes Medigap A, B, C, o F que se vendían en su estado, siempre y cuando presentara su solicitud para el 7 de junio, 2000 (63 días calendarios después de la terminación de su cobertura de salud). Ella tenía que quedarse en su plan de salud de grupo de empleador hasta la fecha en que terminaba su cobertura, o perdería su derecho a comprar uno de estos planes Medigap. La Sra. Martínez solicitó una póliza Medigap el 16 de marzo, 2000, el día después de la terminación de su cobertura de salud. Así pudo evitarse un período sin cobertura de salud.

Situación No. 2 (continuación) ▶

Importante: Cuando termina su cobertura de salud, su plan de salud le enviará una carta diciéndole que su cobertura está por terminar. Guarde una copia de la carta (asegúrese de que su nombre aparece en la misma) y del sobre fechado con el sello postal para comprobar que usted perdió la cobertura de su plan de salud. También debe conservar una copia fechada de su solicitud por una póliza Medigap, y cualquier carta de negación que le haya enviado una compañía de seguros, para comprobar que a usted se le negaron sus derechos de Medigap si es que esto ocurre.

¿Me cubre esta protección si tengo menos de 65 años de edad y tengo a Medicare debido a un impedimento o Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD, por sus siglas en inglés)?

No hay ninguna ley federal que obligue a las compañías de seguros a vender planes de Medigap a personas menores que la edad de 65 años. Sin embargo, si cualquier empresa de seguros en su estado le vende los planes Medigap A, B, C, o F a personas menores de los 65 años, sea voluntariamente o porque así lo exige la ley del estado, deben venderle una póliza si es que usted está en la situación No. 1, No. 2, o No. 3 que aparecen en la lista en la página 10. Llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud para más información (ver páginas 33-34).

Situación No. 2 (continuación) ▶

Resumen de sus protecciones de Medigap si su cobertura de salud termina sin culpa suya, incluyendo el que usted se mude fuera del área de servicio del plan (ver páginas 15-16):

- Usted tiene el derecho a comprar los planes Medigap A, B, C, o F que se venden en su estado siempre y cuando usted los solicite a no más tarde de los 63 días calendarios después de que termine su cobertura de salud;
- La empresa de seguros no puede negarle cobertura de seguros o imponerle condiciones a la póliza (como el hacerle esperar antes de que comience la cobertura)
- La empresa de seguros debe cubrirle todas sus condiciones pre-existentes;
- La empresa de seguros no puede cobrarle más por una póliza debido a sus problemas de salud en el pasado o actuales;
- Si usted tiene menos de 65 años y tiene Medicare debido a un impedimento o ESRD, a usted debe permitírsele comprar los planes Medigap A, B, C, o F que en su caso se venden en su estado a personas menores de los 65 años con Medicare.

Otra Opción

Aún si usted no cumple con las condiciones para tener las protecciones de Medigap, su compañía de seguros tal vez le permita comprar cualquier póliza Medigap, sobre todo si es que usted está en buena salud. Para más información, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (ver páginas 33-34).

Situación No. 3 ▶

Usted canceló su póliza Medigap para inscribirse a un plan de salud administrado Medicare o un plan Privado de Pago-por-Servicio, o compró una póliza Medicare SELECT por primera vez, y luego se sale del plan o la póliza dentro del año de haberse inscrito.

Si usted canceló su póliza Medigap para inscribirse a un plan de salud de Medicare (como un plan de salud administrado Medicare o un plan Privado de Pago-por-Servicio) o compra una póliza Medicare SELECT, y luego se sale del plan o de la póliza, es posible que usted pueda volver a la póliza Medigap que tenía antes (si es que todavía está disponible).

Usted tiene esta protección, si es que:

- Esta es la primera vez que haya estado inscrito en un plan de salud de Medicare o una póliza Medicare SELECT; y
- Usted se sale del plan de salud Medicare o la póliza Medicare SELECT dentro del año de haberse inscrito.

Usted debe solicitar su antigua póliza Medigap no más tarde de los 63 días calendarios después de que termine la cobertura de su plan de salud Medicare (ver Ejemplo No. 3 en la página 22). Si su antigua póliza Medigap ya no está disponible, vea "¿Qué puedo hacer si la póliza Medigap que yo tenía antes ya no está disponible?" en la página 21.

Recuerde, no le conviene esperar hasta que la cobertura de su plan de salud Medicare casi haya terminado antes de solicitar una póliza Medigap. Usted puede solicitar su póliza Medigap por adelantado (mientras todavía está en su plan de salud Medicare) y escoger que su cobertura Medigap no comience sino hasta el día después de que termina la cobertura de su plan de salud. Esto evitará que usted tenga períodos sin cobertura (ver Ejemplo No. 3 en la página 22).

Recuerde, los términos en rojo se definen en las páginas 35-36 de la Sección 5.

Situación No. 3 (continuación) ▶

Importante: Si usted compró una póliza Medigap antes de 1990, su póliza no es una póliza estandarizada de Medigap. Puede ser que tenga beneficios que sean distintos a los de los 10 planes estandarizados Medigap. Por lo tanto, si usted lo canceló, no puede regresar a ella, ya que esa póliza ya no se vende.

¿Qué puedo hacer si la póliza Medigap que yo tenía antes ya no está disponible?

Si su antigua póliza Medigap ya no está disponible, usted tiene derecho a comprar los planes Medigap A, B, C, o F de cualquier empresa de seguros que venda esos planes en su estado. Usted debe solicitar su nueva póliza Medigap no más tarde de los 63 días calendarios después de que termine la cobertura de su plan de salud de Medicare. Siempre que usted solicite su nueva póliza Medigap no más tarde de los 63 días calendarios después de que termine su cobertura de salud, la compañía de seguros:

- No puede negarle cobertura de seguros o imponerle condiciones a la póliza (como el hacerle esperar antes de que comience la cobertura);
- Debe cubrirle todas sus condiciones pre-existentes;
- No puede cobrarle más por una póliza debido a sus problemas de salud en el pasado o actuales.

Información importante sobre las pólizas Medicare SELECT:

Es posible que usted también disfrute de esta misma protección si canceló una póliza Medicare SELECT para inscribirse a un plan de salud de Medicare (como un plan de salud administrado Medicare). Esto se debe a que una póliza Medicare SELECT es un tipo de póliza Medigap.

Situación No. 3 (continuación) ▶

Si usted actualmente tiene una póliza Medicare SELECT, usted también tiene el derecho de cambiar, en cualquier momento, a una póliza Medigap normalmente vendida por la misma compañía (si es que las hay disponibles). La póliza Medigap a la cual usted se cambia debe tener cobertura que es igual a o menor que la cobertura de la póliza Medicare SELECT que usted tiene en la actualidad.

Ejemplo No. 3

El Sr. Valverde se inscribió a un plan de salud administrado Medicare el 1ro. de diciembre, 2000. Nunca antes había estado en un plan de salud administrado Medicare. Antes que eso, el Sr. Valverde estaba en el Plan Original de Medicare y tenía una póliza del Plan J de Medigap. Seis meses más tarde, el Sr. Valverde decidió salirse del plan de salud administrado y regresar al Plan Original de Medicare. El día 5 de junio, 2001, entregó su solicitud por escrito para salirse de su plan de salud administrado. La cobertura de su plan de salud administrado terminó el 30 de junio, 2001. Ya que esta era la primera vez que había estado en un plan de salud administrado Medicare, tenía la opción de regresar a su póliza del Plan J de Medigap, siempre y cuando presentara su solicitud antes del 1ro. de septiembre, 2001 (63 días calendarios después de la terminación de su cobertura de salud). El Sr. Valverde averigüó que su empresa de seguros Medigap todavía vendía la póliza del Plan J de Medigap. La solicitó el 10 de junio, 2001, y escogió que su cobertura de Medigap comenzara el 1ro. de julio, 2001, el día después del que terminaría la cobertura de su plan de salud Medicare. Esto evitó que tuviera un período sin cobertura de salud.

Situación No. 3 (continuación) ▶

Resumen de sus protecciones de Medigap si usted canceló su póliza Medigap para inscribirse a un plan de salud de Medicare (como un plan de salud administrado Medicare o un plan Privado de Pago-por-Servicio) o compra una póliza Medicare SELECT por primera vez, pero se sale del plan o de la póliza dentro de un año de haberse inscrito:

- Usted tiene el derecho a regresar a su antigua póliza Medigap (si es que la misma empresa de seguros todavía la tiene disponible). Usted debe solicitarla no más tarde de los 63 días calendarios después de que termine su cobertura de salud;
- Si su antigua póliza de salud ya no está disponible, usted tiene el derecho a comprar los planes Medigap A, B, C, o F que se venden en su estado siempre y cuando usted los solicita no más tarde de los 63 días después de que termine su cobertura de salud;
- La compañía de seguros no puede negarle cobertura de seguros, o imponerle condiciones a la póliza (tal como hacerlo esperar antes de que comience su cobertura);
- La compañía de seguros debe cubrirle todas su condiciones pre-existentes;
- La compañía de seguros no puede cobrarle más por una póliza por motivo de sus problemas de salud en el pasado o actuales;

Otra Opción

Aún si usted no cumple con las condiciones para tener las protecciones de Medigap, su compañía de seguros tal vez le permita comprar cualquier póliza Medigap, sobre todo si es que usted está en buena salud. Para más información, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (ver páginas 33-34).

Situación No. 4 ▶

Usted se inscribe a un plan de salud Medicare (como un plan de salud administrado Medicare con un contrato Medicare + Opción o un plan Privado de Pago-por-Servicio) cuando califica por primera vez al cumplir 65 años*, y dentro de un año de haberse inscrito, decide salirse del plan de salud.

***Usted es elegible para Medicare el primer día del mes en que cumple los 65 años. Si su cumpleaños cae el primero del mes, su cobertura de Medicare comienza el primero del mes anterior a su cumpleaños.**

En esta situación, usted tiene el derecho a comprar **cualquier** póliza Medigap que se venda en su estado.

Esto se aplica únicamente a los planes Privados de Pago-por-Servicio o a planes de salud administrados con un contrato de Medicare + Opción. Llame a su plan de salud administrado para averigüar si tiene un contrato Medicare + Opción.

Usted debe solicitar la póliza Medigap no más tarde de los 63 días calendarios después de que termine cobertura de su plan de salud Medicare. Siempre y cuando usted solicite su nueva póliza Medigap no más tarde de los 63 días calendarios después de que termine su cobertura de salud, la compañía de seguros:

- No puede negarle cobertura de seguros, o imponerle condiciones a la póliza (tal como hacerlo esperar antes de que comience su cobertura);
- Debe cubrirle todas su condiciones pre-existentes;
- No puede cobrarle más por una póliza por motivo de sus problemas de salud en el pasado o actuales;

A usted no le conviene esperar hasta que su cobertura de salud casi haya terminado antes de solicitar una póliza Medigap. Usted puede solicitar una póliza Medigap por adelantado (mientras todavía está en su plan de salud de Medicare), y escoger que su cobertura de Medigap no comience sino hasta el día después de que termine la cobertura de su plan de salud de Medicare. Esto evitará que usted tenga períodos sin cobertura de salud (ver Ejemplo No. 4 en la página 25).

Recuerde, los términos en rojo se definen en las páginas 35-36 de la Sección 5.

Situación No. 4 (continuación) ▶

Nota: Si usted todavía está en su período de inscripción abierto de Medigap de 6 meses después de salirse de su plan de salud Medicare, es posible que usted tenga más de 63 días calendarios para comprar una póliza Medigap. Llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud para más información (ver páginas 33-34).

Ejemplo No. 4

La Sra. Castro se inscribió a un plan de salud administrado Medicare el 1ro. de febrero, 2000, el primer día del mes en que ella cumplió los 65 años. Seis meses más tarde, decidió salirse de su plan. El día 3 de agosto, 2000, entregó su solicitud por escrito para salirse del plan. La cobertura de su plan de salud administrado terminó el 30 de agosto, 2000. Ya que no escogió inscribirse a otro plan de salud administrado, quedó automáticamente inscrita en el Plan Original de Medicare. La Sra. Castro tenía el derecho a comprar cualquier póliza Medigap, siempre y cuando la solicitara antes del 2 de noviembre, 2000 (63 días calendarios después de la terminación de su cobertura de salud). La Sra. Castro solicitó su póliza Medigap el 25 de agosto, 2000, y escogió que su cobertura de Medigap comenzara el 1ro. de septiembre, 2000, el día después de la terminación de la cobertura de su plan de salud de Medicare. Así pudo evitarse un período sin cobertura.

Situación No. 4 (continuación) ▶

Resumen de sus protecciones de Medigap cuando usted se inscribe a un plan de salud Medicare (como un plan de salud administrado Medicare con un contrato Medicare + Opción o un plan Privado de Pago-por-Servicio) cuando calificó por primera vez al cumplir 65 años, y dentro de un año de haberse inscrito, decide salirse del plan de salud:

- Usted tiene el derecho a comprar **cualquier** póliza Medigap que se venda en su estado, siempre y cuando la solicite no más tarde de los 63 días calendarios después de que termine su cobertura de salud de Medicare;
- La compañía de seguros no puede negarle cobertura de seguros, o imponerle condiciones a la póliza (tal como hacerlo esperar antes de que comience su cobertura);
- La compañía de seguros debe cubrirle todas su condiciones pre-existentes;
- La compañía de seguros no puede cobrarle más por una póliza por motivo de sus problemas de salud en el pasado o actuales;

Otra Opción

Aún si usted no cumple con las condiciones para tener las protecciones de Medigap, su compañía de seguros tal vez le permita comprar cualquier póliza Medigap, sobre todo si usted está en buena salud. Para más información, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (ver páginas 33-34).

Viéndo Todo Junto

Si usted cree que cualquiera de las situaciones en esta sección se aplican en su caso, es posible que tenga derecho a comprar una póliza Medigap. Llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (ver páginas 33-34) para averigüar si califica para estas protecciones de Medigap. También pueden ayudarle a encontrar la póliza Medigap que es mejor para usted.

Importante: Cuando termina su cobertura de salud (ver Situación No. 1 en la página 11 y Situación No. 2 en la página 15), su plan de salud le enviará una carta diciéndole que su cobertura de salud está por terminar. Guarde una copia de la carta (asegúrese de que su nombre aparece en la misma) y del sobre fechado con el sello postal para comprobar que usted perdió la cobertura de su plan de salud. Usted también debe conservar una copia fechada de su solicitud por una póliza Medigap, y cualquier carta de negación que le haya enviado una compañía de seguros, para comprobar que se le negaron sus derechos de Medigap si es que esto ocurre.

Si a usted le niegan cobertura Medigap, llame al Departamento de Seguros del Estado (ver páginas 33-34).

Recuerde, para obtener estas protecciones, usted debe solicitar no más tarde de los 63 días calendarios después de la terminación de su cobertura de salud.

Cuadro Resumiendo las Protecciones de Medigap

El siguiente cuadro presenta un resumen de las situaciones explicadas en las páginas anteriores, que pueden darle el derecho a comprar una póliza Medigap cuando su cobertura de salud cambia, y las protecciones que se aplican en cada caso. Para conseguir estas protecciones de Medigap, usted debe cumplir ciertas condiciones. Consulte el cuadro a continuación para más detalles. Si usted vive en Massachusetts, Minnesota, o Wisconsin, usted tiene derecho a comprar una póliza Medigap que es similar a las pólizas estandarizadas que usted tiene derecho a comprar en los otros estados. Llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (ver páginas 33-34).

Nota: Pueden haber casos en los cuales más de una de estas situaciones se aplica a usted. Cuando esto ocurre, es posible que quiera escoger la protección que le brinda la mejor opción de pólizas. Por ejemplo, si tanto la Situación No. 1 como la No. 4 se aplica a usted, es posible que usted tenga el derecho a comprar cualquier póliza Medigap. Esto se debe a que la Situación No. 4 le ofrece la opción que es mejor para usted, al permitirle comprar cualquier póliza Medigap que se vende en su estado. La Situación No. 1 le limita sus opciones únicamente a los planes A, B, C, o F de Medigap que se venden en su estado.

Situación de Su Cobertura de Salud	Protecciones de Medigap
1. La cobertura de su plan de salud administrado o plan Privado de Pago-por-Servicio termina porque el plan se está saliendo del programa de Medicare o deja de brindar servicios en su área.	Es posible que usted tenga 3 opciones. (Para obtener más información sobre estas 3 opciones, ver la página 11). Usted tiene derecho a comprar los planes Medigap A, B, C, o F que se venden en su estado siempre y cuando usted solicite no más tarde de los 63 días calendarios después de recibir la carta de su plan (para planes de salud Medicare con un contrato Medicare + Opción), o no más tarde de los 63 días calendarios después de que termine su cobertura de salud. La compañía de seguros no puede negarle cobertura de seguros, o imponerle condiciones a la póliza (tal como hacerlo esperar antes de que comience su cobertura). A usted debe cubrírsele todas su condiciones pre-existentes. A usted no se le puede cobrar más por una póliza por motivo de sus problemas de salud en el pasado o actuales. Si usted tiene menos de 65 años y tiene Medicare debido a un impedimento o ESRD, a usted debe permitírsele comprar los planes Medigap A, B, C, o F que se venden en su estado a personas menores de los 65 años con Medicare. Recuerde, no hay ninguna ley federal que le obligue a las empresas de seguros a venderle planes Medigap a personas menores de los 65 años.

Situación de Su Cobertura de Salud	Protecciones de Medigap
2. Su cobertura de salud (como un plan de salud administrado Medicare o un plan Privado de Pago-por-Servicio, plan de salud de grupo del empleador que suplementaba o pagaba algunos de los costos no pagados por Medicare, póliza Medicare SELECT, Programa de Cuidado Integral para Ancianos (PACE, por sus siglas en inglés), o proyecto de demostración de salud administrado de Medicare) termina sin culpa suya, incluyendo el que usted se haya mudado fuera del área de servicio del plan.	Usted tiene el derecho a comprar los planes Medigap A, B, C, o F que se venden en su estado siempre y cuando usted solicite no más tarde de los 63 días calendarios después de que termine su cobertura de salud. La compañía de seguros no puede negarle cobertura de seguros, o imponerle condiciones a la póliza (tal como hacerlo esperar antes de que comience su cobertura). A usted debe cubrírsele todas su condiciones pre-existentes. A usted no se le puede cobrar más por una póliza por motivo de sus problemas de salud en el pasado o actuales; Si usted tiene menos de 65 años y tiene Medicare debido a un impedimento o a ESRD, a usted debe permitírsele comprar los planes Medigap A, B, C, o F que en su estado se le venden a personas menores de los 65 años con Medicare. **Precaución**: En la mayoría de los casos, usted debe quedarse en su plan de salud hasta la fecha en que termina su cobertura. Si usted se sale del plan antes de esta fecha, puede perder su derecho a comprar los planes Medigap A, B, C, o F.

Situación de Su Cobertura de Salud	Protecciones de Medigap
3. Usted canceló su póliza Medigap para inscribirse a un plan de salud administrado de Medicare o un plan Privado de Pago-por-Servicio, o compra una póliza Medicare SELECT y luego se sale del plan o de la póliza, y: ■ Esta es la primera vez que usted ha estado inscrito a un plan de salud de Medicare o una póliza Medicare SELECT; y ■ Usted se sale del plan de salud de Medicare o la póliza Medicare SELECT dentro de un año de haberse inscrito.	A usted se le debe permitir regresar a su antigua póliza Medigap si todavía la ofrece la misma empresa de seguros. Usted debe solicitarla a más tardar dentro de los 63 días después de que termine su cobertura de salud. Si no está disponible, usted tiene el derecho a comprar los planes de Medigap A, B, C, o F que se venden en su estado, siempre y cuando usted solicite no más tarde de los 63 días calendarios después de que termine su cobertura de salud. La compañía de seguros no puede negarle cobertura de seguros, o imponerle condiciones a la póliza (tal como hacerlo esperar antes de que comience su cobertura). A usted deben cubrírsele todas su condiciones pre-existentes. A usted no se le puede cobrar más por una póliza por motivo de sus problemas de salud en el pasado o actuales. **Precaución**: Si usted compró una póliza Medigap antes de 1990, su póliza probablemente no es una póliza estandarizada Medigap. Puede ser que tenga beneficios que sean distintos de los 10 planes estandarizados Medigap. Por lo tanto, si usted lo canceló, es posible que no pueda regresar a ella, debido a que esa póliza ya no se está vendiendo.

Situación de Su Cobertura de Salud	Protecciones de Medigap
4. Usted se inscribio a un plan de salud de Medicare (como un plan de salud administrado Medicare con un contrato Medicare + Opción o un plan Privado de Pago-por-Servicio) cuando calificó para Medicare por primera vez al cumplir los 65 años, y dentro de un año de haberse inscrito, decide salirse del plan de salud.	A usted se le debe permitir comprar **cualquier** póliza Medigap que se vende en su estado, siempre y cuando usted solicite no más tarde de los 63 días calendarios después de que termine la cobertura de su plan de salud Medicare. La compañía de seguros no puede negarle cobertura de seguros, o imponerle condiciones a la póliza (tal como hacerlo esperar antes de que comience su cobertura). A usted deben cubrírsele todas su condiciones pre-existentes. A usted no se le puede cobrar más por una póliza por motivo de sus problemas de salud en el pasado o actuales; **Nota**: Si usted aún está en su período de inscripción abierto de Medigap después de salirse de su plan de salud Medicare, es posible que usted tenga más de los 63 días calendarios para comprar una póliza Medigap.

Todos los derechos a comprar pólizas Medigap bajo estas protecciones incluyen las pólizas Medicare SELECT, ya que estas son un tipo de póliza Medigap.

¿Cómo puedo obtener información sobre las pólizas en mi estado?

Usted puede obtener información sobre las pólizas Medigap en su estado llamando a:

- El Departamento de Seguros del Estado para averigüar cuáles son las pólizas Medigap que están disponibles en su estado, y cuáles compañías las venden (ver páginas 33-34)*; o
- Su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud para recibir consejos gratis para ayudarle a decidir cual es la mejor póliza para usted (ver páginas 33-34)*.

Usted también puede obtener información sobre las pólizas Medigap que se ofrecen en su estado y compararlas buscando www.medicare.gov en el Internet. Haga click en "Medigap Compare" (Compare Medigap). Este sitio de la Red contiene información sobre:

- Cuáles pólizas Medigap se venden en su estado.
- Cómo ir de compras por una póliza Medigap.
- Qué es lo que deben cubrir las pólizas.
- Cómo es que las empresas de seguros deciden que cobrarle en primas para una póliza Medigap.
- Sus derechos y protecciones de Medigap.

Si usted no tiene una computadora, su biblioteca local o centro para personas de edad avanzada puede ayudarle a ver esta información.

Para conseguir información más detallada sobre las pólizas Medigap, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227, TTY/TDD: 1-877-486-2048 para personas con impedimento auditivo o de lenguaje oral) y pida su copia gratis de *La Guía sobre Seguros de Salud para Personas con Medicare* (*Guide to Health Insurance for People with Medicare*), o busque en www.medicare.gov en el Internet. Usted puede leer o imprimir una copia de *La Guía sobre Seguros de Salud para Personas con Medicare* y comparar las pólizas Medigap que se venden en su estado.

*A la hora de imprimir este documento, los números telefónicos que se incluyen eran correctos. Los números de teléfono a veces pueden cambiar. Para obtener los números más actualizados, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227, TTY/TDD: 1-877-486-2048 para personas con impedimento auditivo o de lenguaje oral) o busque en el Internet en www.medicare.gov y haga click en "*Helpful Contacts*" (Contactos Útiles).

Estado	Departamento de Seguros del Estado	Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud
Alabama	(334) 241-4101	(334) 242-5743
Alaska	(907) 269-7900	(907) 269-3680
American Samoa	(808) 586-2790	(808) 586-7299
Arizona	(602) 912-8444	(800) 432-4040
Arkansas	(800) 224-6330	(800) 224-6330
California	(213) 897-8921	(800) 434-0222
Colorado	(303) 894-7499	(303) 894-7499 ext. 356
Connecticut	(860) 297-3800	(860) 424-5245
Delaware	(302) 739-6775	(302) 739-6266
Florida	(850) 922-3100	(850) 414-2060
Georgia	(404) 656-2070	(404) 657-5334
Guam	(808) 586-2790	(808) 586-7299
Hawaii	(808) 586-2790	(808) 586-7299
Idaho	(208) 334-4250	(208) 334-4350
Illinois	(312) 814-2427	(217) 785-9021
Indiana	(317) 232-2395	(800) 452-4800
Iowa	(515) 281-5705	(800) 351-4664
Kansas	(785) 296-3071	(316) 337-7386
Kentucky	(800) 595-6053	(502) 564-7372
Louisiana	(225) 342-5301	(225) 342-0825
Maine	(207) 624-8475	(800) 750-5353
Maryland	(800) 492-6116	(410) 767-1100
Massachusetts	(617) 521-7794	(617) 727-7750
Michigan	(877) 999-6442	(800) 803-7174
Minnesota	(651) 296-4026	(800) 333-2433
Mississippi	(601) 359-3569	(800) 948-3090
Missouri	(800) 726-7390	(800) 390-3330
Montana	(406) 444-2040	(406) 444-7781
Nebraska	(800) 234-7119	(800) 234-7119
Nevada	(775) 687-4270	(800) 307-4444

Estado	Departamento de Seguros del Estado	Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud
New Hampshire	(800) 852-3416	(603) 225-9000
New Jersey	(609) 292-5360	(609) 588-3139
New Mexico	(505) 827-4601	(505) 827-7640
New York	(212) 480-6400	(800) 333-4114
North Carolina	(919) 733-0111	(919) 733-0111
North Dakota	(701) 328-2440	(701) 328-2440
Ohio	(614) 644-2673	(614) 644-3458
Oklahoma	(405) 521-2828	(405) 521-6628
Oregon	(503) 947-7984	(503) 947-7984
Pennsylvania	(717) 787-2317	(800) 783-7067
Puerto Rico	(787) 722-8686	(787) 721-8590
Rhode Island	(401) 222-2223	(401) 222-2880
South Carolina	(803) 737-6180	(803) 898-2850
South Dakota	(605) 773-3563	(605) 773-3656
Tennessee	(800) 525-2816	(800) 525-2816
Texas	(800) 252-3439	(800) 252-9240
Utah	(801) 538-3805	(801) 538-3910
Vermont	(802) 828-2900	(800) 642-5119
Virgin Islands	(340) 774-7166	(340) 778-6311 ext. 2338
Virginia	(804) 371-9691	(800) 552-3402
Washington	(800) 397-4422	(800) 397-4422
Washington D.C.	(202) 727-8000	(202) 676-3900
West Virginia	(304) 558-3386	(877) 987-4463
Wisconsin	(608) 266-3585	(877) 333-0202
Wyoming	(307) 777-7401	(800) 856-4398

Ambulatorio
Servicios que no requieren una estadía en un hospital. A veces se refiere a Medicinas recetadas.

Cantidad aprobada por Medicare
El honorario que Medicare establece como la cantidad razonable por determinado servicio médico cubierto. Esta es la cantidad que usted y Medicare deben pagarle a un médico o proveedor por un servicio o suministro médico. Puede ser menos que la cantidad que realmente cobre el médico o proveedor. A la cantidad aprobada a veces también se le llama el "Cobro Aprobado."

Cargo en Exceso
La diferencia entre lo que realmente cobra un médico u otro proveedor de servicios de salud (el cual puede ser limitado por Medicare o el estado) y la cantidad aprobada de pago de Medicare para lo mismo.

Condición Pre-existente
Un problema de salud por el cual usted recibió tratamiento o consejo médico dentro de los 6 meses a partir de la fecha en que comienza la póliza nueva de seguros.

Copago o Pago Complementario
En algunos planes de salud de Medicare, es la cantidad que usted paga por cada servicio médico, por ejemplo, una consulta médica. El copago usualmente es una cantidad fija que se paga por un servicio. Por ejemplo, podría ser $5 o $10 por cada consulta con el médico. Los copagos también se utilizan para ciertos servicios ambulatorios de hospital en el Plan Original de Medicare, comenzando a fines del año 2000.

Coseguro o Seguro Complementario
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%).

Deducible
La cantidad que usted debe pagar por servicios de salud, antes de que Medicare o ciertas pólizas de Medigap comiencen a pagar. Algunos deducibles de Medicare pueden variar de año en año.

Derechos de Emisión Garantizada
Un derecho que usted tiene en ciertas situaciones cuando las empresas de seguros tienen la obligación, por ley, de emitirle una póliza Medigap.

Enfermedad Renal de Etapa Final (ESRD, por sus siglas en inglés)
Paro de los riñones lo suficientemente grave para requerir diálisis de por vida o un transplante de riñón.

Período de Inscripción Abierto
Un período de 6 meses, que ocurre solamente una vez después de que usted se haya inscrito en la Parte B de Medicare y tenga 65 años o más, en el cual usted puede comprar cualquier póliza Medigap que quiera. Durante este período, a usted no se le puede negar cobertura o cobrarle más debido a su historial.

Plan Original de Medicare

Un plan de salud de pago-por-consulta que le permite a usted visitar a cualquier médico, hospital, u otro proveedor de servicios de salud que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga su porción de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga la porción suya (el coseguro). El Plan Original de Medicare tiene dos partes: la Parte A (Seguro de Hospital) y la Parte B (Seguro Médico).

Plan Privado de Pago-por-Servicio

Un plan privado de seguros que acepta a beneficiarios de Medicare. Usted puede visitar a cualquier médico, hospital o proveedor de cuidado de salud que le guste. El plan de seguros, en vez del programa Medicare, es el que decide cuanto pagará y cuanto pagará usted por los servicios que usted recibe. Es posible que usted pague más por beneficios cubiertos por Medicare. Es posible que usted tenga beneficios adicionales que el Plan Original de Medicare no cubre.

Planes de Salud Administrados Medicare

Estos son opciones de planes de salud en ciertas áreas del país. En la mayoría de los planes, usted solamente puede visitar a los médicos, especialístas, u hospitales que constan en la lista del plan. Los planes deben cubrir todos los servicios de cuidado de salud de la Parte A y Parte B de Medicare. Algunos planes cubren cosas adicionales, como por ejemplo medicinas recetadas. Sus costos pueden ser más bajos que con el Plan Original de Medicare.

Plan de Salud de Grupo de Empleador

Un plan de salud que:

1. le brinda cobertura de salud a empleados, ex-empleados, y sus familias, y
2. proviene de un empleador u organización de empleadores.

Prima

Lo que usted le paga mensualmente por cobertura de servicios de salud a Medicare, a una compañía de seguros, o a un plan de servicios de salud.

Programa de Cuidado Integral para Ancianos (PACE, por las siglas en inglés, *Program of All-Inclusive Care for the Elderly*)

PACE es un programa especial que combina tratamiento médico tanto ambulatorio como interno y de largo plazo. Para ser elegible, usted debe tener por lo menos 55 años, vivir dentro del área de servicio del programa PACE, y estar certificado por la agencia estatal correspondiente como elegible para recibir cuidado de asilo para ancianos. La meta de PACE es de mantenerlo independiente y viviendo en su comunidad por el mayor tiempo posible, y de brindarle cuidado de calidad a un costo bajo.

Beneficios Básicos (Planes Medigap) 7
Cargos en Exceso 7
Coseguro 6, 7, 35
Condición Pre-existente 28-31, 35
Cuadro de Beneficios de Medigap 7
Cuidado de Emergencia (Viajes en el Extranjero) 7, 8
Cuidado Preventivo 7, 8
Deducible 6-8, 35
Definiciones de Términos Importantes 35-36
Departamento de Seguros del Estado 33-34
Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD) 3, 14, 18, 28, 29, 35
Medicare SELECT 5, 10, 15, 16, 20, 29, 30
Medicinas Recetadas 6-8
Números Telefónicos para Pedir Ayuda 33-34
Parte A de Medicare (Seguro de Hospital) 3
Parte B de Medicare (Seguro Médico) 3
Período de Inscripción Abierto (Medigap) 10, 35
Plan de Salud Administrado Medicare 4, 10, 11, 15, 20, 28-31, 36
Plan Original de Medicare 4, 6, 36
Planes Privados de Pago-por-Servicio 4, 10, 11, 15, 20, 28-31, 36
Prima 3, 36
Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud 33-34
Protecciones de Medigap 9, 10, 28-31
Menor de 65 años 14, 18, 28, 29

NOTAS

**DEPARTAMENTO DE
SALUD Y SERVICIOS HUMANOS
DE LOS ESTADOS UNIDOS**

**Administración para el Financiamiento
de Servicios de Salud
7500 Security Boulevard
Baltimore, Maryland 21244-1850**

**Asunto Oficial
Penalidad por Uso Privado, $300**

**Publicación No. HCFA-10900
Septiembre 2000**

Medigap Policies and Protections (sp)

- **Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o busque en el Internet en www.medicare.gov para obtener ayuda con sus preguntas.**

- **Do you need a copy of this handbook in English? Call 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227, TTY/TDD: 1-877-486-2048 for the hearing and speech impaired.)**