



Medicare y Otros Beneficios de Salud

Su Guía Sobre

Quién Paga Primero

CENTROS DE SERVICIOS DE MEDICARE Y MEDICAID



Esta guía oficial del gobierno le informa:

- Cómo funciona Medicare con otros tipos de cobertura
- Quién debe pagar sus facturas primero
- Dónde obtener más ayuda

Aviso de disponibilidad de servicios y aparatos auxiliares

En los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) nos comprometemos a que nuestros programas, beneficios, servicios, instalaciones, información y tecnología sean accesibles de acuerdo con los artículos 504 y 508 de la Ley de Rehabilitación de 1973. Tomamos las medidas adecuadas para asegurarnos de que las personas con incapacidades, incluidas las personas sordas, con dificultades auditivas, ciegas, con poca visión u otras limitaciones sensoriales, tengan igualdad de oportunidades para participar en nuestros servicios, actividades, programas y otros beneficios. Facilitamos servicios y aparatos auxiliares gratis para poder comunicarnos mejor con las personas con incapacidades, incluyendo:

Relay service – Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Formatos alternativos

- Para otras publicaciones en formatos alternativos de Medicare, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Para otras publicaciones de CMS puede hacer lo siguiente:
 - Llamar al 1-844-ALT-FORM (1-844-258-3676). TTY: 1-844-716-3676.
 - Enviar un fax al 1-844-530-3676.
 - Enviar un correo electrónico a altformatrequest@cms.hhs.gov.
 - Enviar una carta a: Centers for Medicare & Medicaid Services Offices of Hearings and Inquiries (OHI) 7500 Security Boulevard, Mail Stop S1-13-25 Baltimore, MD 21244-1850 Attn: CMS Alternate Format Team

Nota: Su solicitud de publicaciones de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid debe incluir lo siguiente: Su nombre, número telefónico y la dirección postal donde se enviarán las publicaciones. El título y el número de publicación de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, si los hubiera. El formato que necesita, como braille, letra grande, disco compacto (CD), CD de audio o un lector calificado.

Aviso sobre la discriminación

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) no excluye, niega beneficios o discrimina contra ninguna persona por motivos de raza, color, origen nacional, incapacidad, género o edad en la admisión, participación o recibimiento de servicios y beneficios de cualquiera de sus programas y actividades, ya sean llevadas a cabo directamente o a través de CMS, un contratista o cualquier otra entidad con la que CMS se asocie para administrar sus programas y actividades. Si cree que ha sido discriminado o tratado injustamente por cualquiera de estos motivos, puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles:

- Llamando al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.
- Visitando hhs.gov/ocr/civilrights/complaints.
- Escribiendo a la: Oficina de Derechos Civiles del

Departamento de Salud y Servicios Humanos
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201



Contenido

Introducción	2
Sección 1: Cuando tiene otra cobertura médica	5
Coordinación de beneficios	5
Dónde ir si se tienen preguntas	5
Cómo se coordina Medicare con otra cobertura	8
Sección 2: Medicare y otros tipos de cobertura médica	11
Medicare y Medicaid	11
Medicare y cobertura de plan médico grupal	11
Medicare y la cobertura de plan médico grupal después de jubilarse.	13
Medicare y la cobertura de plan médico grupal para las personas que están incapacitadas (incapacidad no causada por ESRD)	15
Medicare y la cobertura de plan médico grupal para personas con Enfermedad Renal Terminal (ESRD)	16
Medicare y el seguro independiente de culpabilidad o el seguro de responsabilidad legal	17
Medicare y la compensación al trabajador	19
Medicare y los beneficios de Veteranos	23
Medicare y TRICARE	25
Medicare y el Programa Federal de Beneficios de Pulmón Negro	26
Medicare y COBRA	26
Sección 3: Definiciones.	29
Sección 4: Índice	31

Introducción

Cómo puede ayudarlo esta guía

Algunas personas que tienen Medicare tienen otra cobertura médica que debe pagar antes de que Medicare pague su parte de la factura. Esta guía indica cómo funciona Medicare con otros tipos de cobertura y quién debe pagar sus facturas primero.

Notifique a su médico, a su hospital y a todos los otros proveedores de atención médica acerca de su otra cobertura médica para asegurarse de que sus facturas se envíen al pagador correcto para evitar retrasos.

¿Dónde puedo obtener información básica acerca de Medicare?

Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov), o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

La información en este manual describe el programa de Medicare cuando se imprimió este manual. Pueden darse cambios después de su impresión. Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov), o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener la información más reciente. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

“Medicare y Otros Beneficios de Salud: Su Guía Sobre Quién Paga Primero” no es un documento legal. La guía legal oficial del Programa de Medicare está contenido en los estatutos, las normas y los fallos judiciales relevantes.



Sección

1 Cuando tiene otra cobertura médica

Coordinación de beneficios

Si tiene Medicare y otra cobertura médica, cada tipo de cobertura se llama un “pagador.” Cuando hay más de un pagador, las reglas de “coordinación de beneficios” deciden quién paga primero. El “pagador primario” paga lo que debe de las facturas primero, y después su **proveedor** envía el resto al “pagador secundario” para que pague. En algunos casos, es posible que haya un “tercer pagador.”

Si Medicare paga primero depende de varias cosas, incluyendo las situaciones enumeradas en el cuadro que hay en las 3 páginas siguientes. Sin embargo, este cuadro no cubre todas las situaciones. Asegúrese de decírselo a su médico y a otros **proveedores de atención médica** si tiene otra cobertura médica además de Medicare. Esto les ayudará a enviar sus facturas al pagador correcto para evitar retrasos.

Nota: Pagar “primero” quiere decir pagar la factura **hasta** los límites de la cobertura del pagador. No siempre quiere decir que el pagador primario paga primero **con respecto al tiempo**.

Dónde ir si se tienen preguntas

Si tiene preguntas acerca de quién paga primero, o si cambia su cobertura, llame al **Centro de Coordinación y Recuperación de Beneficios (BCRC)** gratuitamente al 1-855-798-2627. Los usuarios de **TTY** deben llamar al 1-855-797-2627.

Para que podamos servirlo mejor, tenga listo su número de Medicare cuando llame. Puede encontrar su número de Medicare en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare.

También puede que se le pida información adicional, como:

- Su Número de Seguro Social (SSN)
- Dirección
- Fecha(s) de vigencia de Medicare
- Si tiene cobertura de la **Parte A (Seguro de Hospital)** y/o **Parte B (Seguro Médico)**

Las palabras de color **violeta** se definen en las páginas 29–30.

Cómo se coordina Medicare con otra cobertura

Utilice el **cuadro** que aparece a continuación para encontrar su(s) tipo(s) de cobertura y su situación para ver qué pagador paga primero:

Si usted	Situación	Paga primero	Paga segundo	Página(s)
Está cubierto por Medicare y Medicaid	Tiene derecho a Medicare y Medicaid	Medicare	Medicaid	11
Tiene 65 años de edad o más y está cubierto por un plan médico grupal porque usted o su cónyuge aún trabajan	Tiene derecho a Medicare	Plan médico grupal	Medicare	12
	El empleador tiene 20 empleados o más Consulte la página 12 para obtener información sobre multi-empleador y múltiples grupos de planes de salud).			12
	El empleador tiene menos de 20 empleados	Medicare	Plan médico grupal	
Tiene un plan médico grupal de empleador a través de su propio empleador anterior después de jubilarse y tiene 65 años de edad o más	Tiene derecho a Medicare	Medicare	Cobertura de jubilado	13–15
Está incapacitado y está cubierto por un plan médico grupal grande de su empleo, o de un miembro de la familia (como su cónyuge, pareja doméstica, hijo, hija o nieto) que esté trabajando	Tiene derecho a Medicare	Plan médico grupal grande	Medicare	15
	El empleador tiene 100 empleados o más			15
	El empleador tiene menos de 100 empleados Consulte la página 12 para obtener información sobremulti-empleador y múltiples grupos de planes de salud).	Medicare	Plan médico grupal	15
** Tiene Enfermedad Renal de Etapa Terminal (ESRD) (fallo renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón) y cobertura de plan médico grupal (incluyendo un plan de jubilación)	Primeros 30 meses de elegibilidad o derecho a Medicare	Plan médico grupal	Medicare	16
	Después de 30 meses de elegibilidad o derecho a Medicare	Medicare	Plan médico grupal	16
Tiene ESRD y cobertura COBRA	Primeros 30 meses de elegibilidad o derecho a Medicare basado en ESRD	COBRA	Medicare	27
	Después de 30 meses	Medicare	COBRA	16

** Si, al principio, obtuvo Medicare debido a su edad o una incapacidad que no fuera ESRD, y Medicare era su pagador primario, todavía pagará primero cuando reciba elegibilidad debido a ESRD.

Si usted	Situación	Paga primero	Paga segundo	Página(s)
Tiene 65 años de edad o más o está incapacitado (que no sea por ESRD) y cubierto por Medicare y cobertura COBRA	Tiene derecho a Medicare	Medicare	COBRA	26–27
Ha tenido un accidente donde seguro independiente de culpabilidad o seguro de responsabilidad legal está involucrado	Tiene derecho a Medicare	Seguro independiente de culpabilidad o seguro de responsabilidad legal por servicios relacionados con el reclamo del accidente	Medicare	17–19
Está cubierto bajo compensación al trabajador debido a una enfermedad o lesión relacionada con el trabajo	Tiene derecho a Medicare	Compensación de trabajadores por servicios relacionados con el reclamo de compensación de trabajadores	Generalmente no aplica. Sin embargo, puede que Medicare haga un pago condicional (un pago que debe devolverse a Medicare cuando se lleve a cabo un acuerdo de conciliación, fallo, laudo, u otro tipo de pago.)	19–23
Es Veterano de las Fuerzas Armadas y tiene beneficios de Veterano	Tiene derecho a Medicare y a beneficios de Veteranos	Medicare paga los servicios cubiertos por Medicare. El Departamento de Asuntos de Veteranos (VA) paga los servicios autorizados por el VA. Nota: Generalmente, Medicare y VA no pueden pagar el mismo servicio.	Generalmente no aplica.	23–24
Está cubierto bajo TRICARE	Tiene derecho a Medicare y TRICARE	Medicare paga los servicios cubiertos por Medicare. TRICARE paga los servicios de un hospital militar u otro proveedor federal.	TRICARE puede ser el segundo en pagar.	24–25
Tiene enfermedad de pulmón negro y está cubierto bajo el Programa Federal de Beneficios de Pulmón Negro	Tiene derecho a Medicare y al Programa Federal de Beneficios de Pulmón Negro	El Programa Federal de Beneficios de Pulmón Negro por beneficios relacionados con el pulmón negro.	Medicare	26

¿Cómo sabrá Medicare que tengo otra cobertura?

Medicare no sabrá automáticamente si tiene otra cobertura. Sin embargo, las aseguradoras deben informar a Medicare cuando son responsables de pagar por primera vez en sus reclamaciones médicas. En algunos casos, su empleador o su aseguradora le pueden hacer preguntas sobre su cobertura actual para que puedan reportar esa información a Medicare.

También puede reportar su información de cobertura por teléfono llamando al **Centro de Coordinación y Recuperación de Beneficios (BCRC)** gratuitamente al 1-855-798-2627. Los usuarios de **TTY** deben llamar al 1-855-797-2627.

Ejemplo: Harry acaba de cumplir los 65 años y es elegible para registrarse en Medicare trabaja para una compañía grande (más de 20 personas). y tiene cobertura médica a través del plan médico grupal de su empleador.

La aseguradora envía un cuestionario a Harry preguntando si todavía está trabajando. Si Harry responde que todavía está trabajando, el asegurador enviará a Medicare la información del plan grupal de Harry a Medicare y Medicare será el segundo en pagar los reclamos de Harry.

¿Qué pasa si mi cobertura médica cambia después de haber rellenado el IEQ?

Las aseguradoras deben reportar estos cambios a Medicare, pero los cambios pueden tardar algún tiempo en publicarse en los registros de Medicare. Llame al Contratista de Coordinación de Beneficios y Centro de Recuperación (BCRC en inglés) gratuitamente al 1-855-798-2627. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-797-2627. Y dé esta información. Llame al BCRC y dé esta información:

- Su nombre
- El nombre y la dirección de su plan médico
- Su número de póliza
- La fecha en que se añadió, se cambió o se canceló la cobertura, y por qué

Notifique a su médico y otros **proveedores de atención médica** de los cambios de su cobertura cuando reciba cuidados. También, comuníquese con su plan de salud para asegurarse de que reportaron estos cambios a Medicare. Medicare utiliza sus respuestas para ayudar a mantener su archivo correcto para que sus reclamaciones sean pagadas acertadamente.

Cómo se coordina Medicare con otra cobertura (continuación)

¿Qué ocurre si tengo Medicare y más de un tipo de cobertura?

Examine su póliza de seguros — es posible que incluya las reglas referentes a quién paga primero. Puede llamar a BCRC.

¿Puedo obtener cobertura a través del Mercado si ya tengo Medicare?

Generalmente, no. Es contra la ley si alguien sabe que tiene Medicare le venda o emita una póliza del Mercado. Esto es cierto incluso si sólo tiene la **Parte A** de Medicare o solamente la **Parte B**. Por lo tanto, si usted ya tiene Medicare, no debería coordinar los beneficios entre Medicare y un plan del Mercado.

Por otro lado, si usted todavía no tiene Medicare, pero tiene cobertura a través del Mercado, se puede optar por mantener su plan del Mercado después de que su cobertura de Medicare comienza. Pero, si usted ha estado recibiendo créditos fiscales u otros ahorros en un plan que compró a través del Mercado, estos ahorros terminarán una vez que su Parte A inicia, por lo que tendría que pagar el precio completo del plan del Mercado.

Si usted envejece en Medicare y decide mantener su plan del Mercado, entonces, Medicare paga primero.

¿Dónde puedo obtener más información acerca de quién paga primero?

Llame al administrador de beneficios de su plan de seguro médico. También puede llamar al **Contratista de Coordinación de Beneficios y Centro de Recuperación (BCRC)** al número gratuito 1-855-798-2627. Los usuarios de **TTY** deben llamar al 1-855-797-2627.

Sección

2 Medicare y otros tipos de cobertura médica

Tiene varias decisiones importantes que tomar cuando cumple los 65 años, como si debe inscribirse en Medicare Parte B (Seguro Médico), inscribirse en un Plan Medicare de Recetas Médicas, comprar una póliza de Medigap, y/o quedarse con la cobertura de empleador o jubilado. Al entender sus opciones, puede evitar pagar más de lo que necesita y obtener cobertura que satisfaga sus necesidades.

Visite Medicare.gov/find-a-plan para comparar planes médicos y de medicamentos de Medicare en su área. También puede llamar a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP). Para obtener el número de teléfono de su estado visite shiptacenter.org, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877 486 2048.

Medicare y Medicaid

Medicaid es un programa conjunto federal y estatal que ayuda a pagar los costos médicos de ciertas personas y familias que tienen ingresos y recursos limitados y reúnen otros requisitos. **Medicaid nunca paga primero por los servicios cubiertos por Medicare.** En casos diferentes en los que hay otra cobertura, Medicaid paga después de que la otra cobertura ha pagado.

Medicare y cobertura de plan médico grupal

¿Debo obtener cobertura de plan médico grupal?

Muchos empleadores y uniones ofrecen cobertura de **plan médico grupal** a empleados actuales o jubilados (si tiene Beneficios o cobertura de Seguro Médico para Empleados Federales (FEHBP en inglés) de un programa de cobertura, su cobertura funciona igual como para todos los planes médicos grupales). También puede obtener cobertura de plan médico grupal a través del empleador de un cónyuge o miembro de su familia.

Si tiene Medicare y se le ofrece cobertura bajo un plan médico grupal, puede optar por aceptar o rechazar el plan. El plan médico grupal puede ser un plan de pago-por-servicio o un plan de cuidado administrado, como un HMO o PPO.

Las palabras de color **violeta** se definen en las páginas 29–30.

Medicare y cobertura de plan médico grupal (continuación)

Tengo Medicare y cobertura de plan médico grupal. ¿Quién paga primero?

Si su empleador tiene menos de 20 empleados, Medicare generalmente paga primero. Generalmente, su **plan médico grupal** paga primero si se cumplen estos **dos** requisitos:

1. Usted tiene 65 años de edad o más y está cubierto por un plan médico grupal a través de su empleador **actual** o el empleador **actual** de su cónyuge de cualquier edad. **Nota:** “Cónyuge” incluye matrimonios tanto del sexo opuesto y mismo sexo donde ambos 1) tienen derecho a Medicare como cónyuge basado en normas de Seguro Social; o 2) el matrimonio se contrajo legalmente en una jurisdicción de Estados Unidos que reconoce el matrimonio-en uno de los 50 estados, el Distrito de Columbia o de un territorio de Estados Unidos - o un país extranjero, siempre y cuando que el matrimonio también sea reconocido por una jurisdicción estadounidense.
2. El empleador tiene 20 empleados o más y cubre los mismos servicios que cubre Medicare (esto quiere decir que el plan médico grupal paga primero sus facturas de hospital y médicas.)

Si el plan médico grupal no pagó toda su factura, el médico o **proveedor de atención médica** debe enviarle una factura a Medicare por el pago secundario. Medicare examinará lo que ha pagado su plan médico grupal y pagará los costos adicionales que pueda haber hasta el máximo de las cantidades aprobadas de Medicare, según resulte apropiado. Usted tendrá que pagar los costos que Medicare o el plan médico grupal no cubra.

Mi empleador participa en un plan médico grupal o un plan de empleadores múltiples. ¿Quién paga primero?

Un plan médico grupal y un plan de empleadores múltiples son planes patrocinados o contribuidos por 2 o más empleadores. Pero si su empleador se une a otros empleadores u organizaciones de empleadores o empleados (como las uniones) para patrocinar un **plan médico grupal** (llamado un **plan de empleadores múltiples**), y alguno de los otros empleadores tiene 20 empleados o más, Medicare, generalmente, será el pagador secundario. **Sin embargo, su plan puede pedir una excepción, así que aún si su empleador tiene menos de 20 empleados, tendrá que obtener información de su empleador acerca de si Medicare es el pagador primario o el secundario.**

Tengo un plan de Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) o un Plan de Organización de Proveedor Preferido (PPO) de empleador que paga primero. ¿Quién paga si salgo de la red del plan del empleador?

Si busca cuidado fuera de la red del plan de su empleador, puede que no reciba pago alguno de su plan ni de Medicare. Llame a su plan antes de salir de la red para averiguar si se va a cubrir el servicio.

He decidido no aceptar cobertura de plan médico grupal de mi empleador. ¿Afectará esto lo que va a pagar Medicare?

Medicare paga su parte del servicio de atención médica cubierto por Medicare que reciba usted si no acepta la cobertura de **plan médico grupal** de su empleador, y usted no tiene cobertura a través de un cónyuge empleado.

Medicare y cobertura de plan médico grupal (continuación)

¿Qué ocurre si me salgo de la cobertura de mi empleador?

Medicare paga primero, a menos que tenga cobertura a través de un cónyuge empleado y el empleador de su cónyuge tiene al menos 20 empleados.

Nota: Si no acepta cobertura de empleador cuando se le ofrece, es posible que no tenga más oportunidades de apuntarse. Si acepta la cobertura pero se sale después, es posible que no pueda recuperarla. Además, puede que se le niegue cobertura si su empleador o el empleador de su cónyuge ofrecen generalmente cobertura para jubilados pero usted no está en el plan mientras usted o su cónyuge estaba trabajando todavía. Llame al administrador de beneficios de su empleador para mayor información antes de tomar una decisión.

Tengo 65 años de edad o más y estoy trabajando todavía. ¿Qué beneficios médicos tiene que ofrecerme mi empleador?

Generalmente, los empleadores que tienen 20 empleados o más deben ofrecerles a los empleados actuales de 65 años de edad o más los mismos beneficios médicos, bajo las mismas condiciones, que ofrecen a los empleados más jóvenes. Si el empleador ofrece cobertura a los cónyuges, debe ofrecer la misma cobertura a los cónyuges que tienen 65 años de edad o más que ofrece a los cónyuges de menos de 65 años.

Medicare y la cobertura de plan médico grupal después de jubilarse

¿Cómo opera mi cobertura de plan médico grupal después de que me jubile?

Depende de los términos de su plan específico. Puede que su empleador o unión o el empleador o la unión de su cónyuge no ofrezcan cobertura médica después de que se jubile. Si puede obtener cobertura de plan médico grupal después de jubilarse, es posible que tenga reglas distintas y que no funcione de la misma manera con Medicare.

¿Puedo seguir con mi cobertura de empleador después de que me retire?

Generalmente, cuando tiene cobertura de jubilado de un empleador o unión, ellos administran esta cobertura. No se requiere que los empleadores provean cobertura de jubilado, y pueden cambiar beneficios o **primas**, o incluso cancelar la cobertura.

¿Qué precio y beneficios tiene la cobertura de jubilado, e incluye cobertura para mi cónyuge?

Puede que su empleador o unión ofrezca cobertura de jubilado que limite cuánto va a pagar. Puede que solo provea cobertura de reembolso por pérdidas, que empieza a pagar sus costos de bolsillo solamente cuando llegan a una cantidad máxima.

¿Qué le ocurre a mi cobertura de jubilado cuando soy elegible para Medicare?

Si su empleador anterior ofrece cobertura de jubilado, es posible que la cobertura no pague sus costos médicos durante cualquier período durante el cual fue elegible para Medicare pero no se apuntó para el mismo. Cuando se haga elegible para Medicare, puede que necesite apuntarse tanto en la **Parte A** como en la **Parte B** para recibir los beneficios completos de su cobertura de jubilado.

¿Qué efecto tendrá la continuación de mi cobertura de jubilado tanto en mi cobertura médica como en la cobertura médica de mi cónyuge?

Si no está seguro de cómo opera su cobertura de jubilado con Medicare, obtenga una copia de los materiales de los beneficios de su plan, o consulte el resumen de la descripción del plan provisto por su empleador o unión. También puede llamar al administrador de beneficios de su empleador y preguntar cómo paga el plan cuando tiene Medicare. Quizá sería buena idea que hablara con su **Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP)** para que le aconsejen acerca de si debe comprar una póliza de Seguro Suplementario de Medicare (**Medigap**). Para obtener el número de teléfono para su estado, visite shiptacenter.org, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

¿Cómo se compara la cobertura de jubilado con una póliza de Seguro Suplementario de Medicare (Medigap)?

Como Medicare paga primero después de que se jubile, es probable que su cobertura de jubilado sea parecida a la cobertura bajo una póliza de Medigap. La cobertura de jubilado no es lo mismo que una póliza de Medigap pero, como una póliza de Medigap, generalmente ofrece beneficios que cubren algunas de las faltas de cobertura de Medicare, como el **coseguro** y los **deducibles**. A veces, la cobertura de jubilado incluye beneficios extra, como la cobertura por días extra en el hospital.

Si elijo comprar una póliza de Medigap, ¿cuándo debo comprarla?

El mejor momento es durante su período de Inscripción Abierta de Medigap de 6 meses, porque puede comprar cualquier póliza de Medigap que se venda en su estado, aún si tiene problemas de salud. Este período empieza automáticamente el mes que cumple los 65 años y está inscrito en Parte B, y una vez acabe, no puede recuperarlo.

Recuerde: Usted y su cónyuge tendrían que comprar por separado sus propias pólizas de Medigap, y solo puede comprar una póliza cuando es elegible para Medicare.

Para mayor información respecto a las pólizas de Medigap, visite Medicare.gov/publications para ver el manual “Elección de Póliza de Medigap; Una Guía de Seguro Médico para las Personas con Medicare.” Para buscar y comparar pólizas de Medigap, visite Medicare.gov/find-a-plan, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Estoy jubilado y tengo Medicare. También tengo cobertura de plan médico grupal de mi ex-empleador. ¿Quién paga primero?

Generalmente, Medicare paga primero por sus facturas de atención médica y la cobertura de su **plan médico grupal** (de jubilado) es el segundo pagador.

Estoy jubilado y tengo Medicare. Mi cónyuge trabaja todavía y yo tengo cobertura de plan médico grupal a través del empleador de mi cónyuge. ¿Quién paga primero?

Si el empleador de su cónyuge tiene 20 empleados o más (o si el empleado es parte de un plan de empleadores múltiples), la cobertura de su cónyuge paga primero, y Medicare es el pagador secundario. Si el empleador de su cónyuge tiene menos de 20 empleados, Medicare paga primero.

¿Qué ocurre si tengo cobertura de plan médico grupal después de jubilarme y mi ex-empleador declara la bancarrota o cierra?

Si su ex-empleador declara la bancarrota o cierra, puede que las reglas federales de COBRA lo protejan si hay alguna otra compañía dentro de la misma organización corporativa que todavía ofrezca un plan médico grupal a sus empleados. Se requiere que ese plan le ofrezca cobertura de continuación COBRA a usted. Vea las páginas 26–27. Si no puede obtener cobertura de continuación COBRA, puede que tenga derecho a comprar una **póliza de Medigap** aún si ya no está en su Período de Inscripción Abierta de Medigap.

Medicare y la cobertura de plan médico grupal para las personas que están incapacitadas (incapacidad no causada por ESRD)**Tengo menos de 65 años, estoy incapacitado, y tengo Medicare y cobertura de plan médico grupal basado en mi empleo actual. ¿Quién paga primero?**

Depende. Generalmente, si su empleador tiene menos de 100 empleados, Medicare paga primero si usted tiene menos de 65 años o si tiene Medicare debido a una incapacidad.

A veces, los empleadores que tienen menos de 100 empleados se unen a otros empleadores para formar un plan de empleadores múltiples. Si al menos uno de los empleadores del **plan de empleadores múltiples** tiene 100 empleados o más, Medicare es el pagador secundario.

Medicare y la cobertura de plan médico grupal para las personas discapacitadas (excepto si es porque padecen de ESRD) (continuación)

Tengo menos de 65 años, estoy incapacitado, y tengo Medicare y cobertura de plan médico grupal basado en mi empleo actual. ¿Quién paga primero? (continuación)

Si el empleador tiene por lo menos 100 empleados, el plan médico se llama un **plan médico grupal grande**. Si está usted cubierto por un plan médico grupal grande debido a su empleo actual o el empleo actual de un miembro de la familia (incluyendo, pero no limitándose a su cónyuge, una pareja doméstica, un hijo, una hija, o un nieto), su plan médico grupal paga primero y Medicare es el pagador secundario. Un plan médico grupal grande no puede tratar a ningún miembro del plan de manera distinta debido a que estén incapacitados y tengan Medicare.

Ejemplo: Mary trabaja a tiempo completo para una compañía que tiene 120 empleados. Tiene cobertura de plan médico grupal grande para ella y para su marido. Su marido tiene Medicare debido a una incapacidad, así que la cobertura del plan médico grupal de Mary paga primero por el marido de Mary, y Medicare es el pagador secundario.

Medicare y la cobertura de plan médico grupal para personas con Enfermedad Renal Terminal (ESRD)

Tengo ESRD y cobertura de plan médico grupal. ¿Quién paga primero?

Si es elegible para Medicare debido a **ESRD** (Insuficiencia renal permanente que requiere tratamiento de diálisis o trasplante de riñón), su plan médico grupal pagará sus facturas de hospital y médicas primero durante 30 meses, tanto si tiene Medicare como si no. Durante este tiempo, Medicare es el pagador secundario.

El plan médico grupal paga primero durante este período sin importar cuántos empleados trabajan para su empleador, o si usted o un miembro de su familia están empleados actualmente. Al final de los 30 meses, Medicare paga primero. Esta regla aplica a la mayoría de las personas que tienen ESRD, tanto si tienen su propia cobertura de plan médico grupal como si están cubiertas como miembros de la familia.

Ejemplo: Bill tiene cobertura de Medicare debido a ESRD. También tiene cobertura de plan médico grupal a través de su compañía. La cobertura del plan médico grupal de Bill paga primero durante los primeros 30 meses después de tener elegibilidad para Medicare. Después de 30 meses, Medicare paga primero.

Medicare y el seguro independiente de culpabilidad o el seguro de responsabilidad legal

¿Qué es el seguro independiente de culpabilidad?

El seguro independiente de culpabilidad puede pagar servicios de atención médica que reciba usted debido a recibir lesiones o a que se haya dañado su propiedad en un accidente, independientemente de quién tenga la culpa por causar el accidente.

Algunos de los tipos de seguro independiente de culpabilidad incluyen:

- Seguro automovilístico
- Seguro de propietario de vivienda
- Planes de seguro comercial

¿Qué es el seguro de responsabilidad legal?

El seguro de responsabilidad legal protege contra **reclamos** de negligencia--por ejemplo, acción o inacción inapropiada que resulta en que alguien se lesione o en daños a la propiedad.

Algunos de los tipos de seguro de responsabilidad legal incluyen:

- De propietario de vivienda
- De automóvil
- De productos
- De negligencia profesional
- De motorista sin seguro
- De motorista sin suficiente seguro

Si tiene un reclamo de seguro por sus gastos médicos, usted o su abogado debe notificárselo a Medicare lo antes posible.

¿Quién paga primero si tengo un reclamo de seguro independiente de culpabilidad o de seguro de responsabilidad legal?

El seguro independiente de culpabilidad o el seguro de responsabilidad legal paga primero y Medicare es el pagador secundario.

Si se les dice a los médicos u otros proveedores que usted tiene un reclamo de seguro independiente de culpabilidad o de seguro de responsabilidad legal, tienen que intentar que la compañía de seguro les pague antes de enviarle facturas a Medicare. Sin embargo, esto puede tardar mucho tiempo. Si la compañía de seguros no paga el reclamo pronto (generalmente dentro de un período de 120 días), su médico u otro proveedor puede enviarle facturas a Medicare. Puede que Medicare haga un pago condicional para pagar la factura, y más adelante recupere los pagos que debería haber hecho el pagador primario.

Medicare y el seguro independiente de culpabilidad o el seguro de responsabilidad legal (continuación)

¿Quién paga primero si tengo un reclamo de seguro independiente de culpabilidad o de seguro de responsabilidad legal? (continuación)

Ejemplo: Nancy tiene 69 años. Viaja de pasajera en el automóvil de su nieta, y tienen un accidente. La nieta de Nancy tiene cobertura de Protección de Lesiones Personales / Pagos Médicos (Med Pay) como parte de su seguro de automóvil. Mientras está en la sala de urgencias del hospital, se le pregunta a Nancy acerca de la cobertura disponible relacionada con el accidente. Nancy le dice al hospital que su nieta tiene cobertura Med Pay. Como esta cobertura paga sin importar quién tiene la culpa, se considera seguro independiente de culpabilidad. El hospital le envía la factura de los servicios de sala de urgencias al seguro independiente de culpabilidad, y solo le envía facturas a Medicare si hay servicios cubiertos por Medicare que no paga el seguro independiente de culpabilidad.

¿Quién paga si el seguro de culpabilidad o de responsabilidad rechaza mi factura médica o no fuese responsable del pago?

En ciertas circunstancias, Medicare hará los pagos condicionales cuando una compañía de seguros de culpabilidad o asegurador de la responsabilidad no paga. Si usted tiene cobertura de salud grupal, se debe pagar antes que Medicare. Todavía eres responsable de su parte de la cuenta, como coseguro, copago o deducible y de los servicios que Medicare no cubre.

¿Qué es un pago condicional?

Un pago condicional es un pago que hace Medicare por servicios por los que puede ser responsable otro pagador. Medicare hace este pago condicional para que no tenga que utilizar su propio dinero para pagar la factura. El pago es “condicional” porque debe devolverse a Medicare cuando se llegue a un acuerdo conciliatorio, fallo judicial, o laudo, o se haga otro pago.

Nota: Usted es responsable de asegurarse de que se devuelva el pago condicional, sentencia u otro pago a Medicare.

Ejemplo: Joan está manejando su automóvil cuando otro automóvil choca con ella. Joan tiene que ir al hospital. El hospital intenta enviarle la factura al asegurador de responsabilidad legal del otro conductor. La compañía de seguros disputa quién tuvo la culpa y no quiere pagar el reclamo inmediatamente. El hospital le envía la factura a Medicare, y Medicare hace un pago condicional al hospital por los servicios de atención médica que recibió Joan. Cuando se llegue a un acuerdo conciliatorio con el asegurador de responsabilidad legal, Joan debe asegurarse de que se le devuelve el dinero del pago condicional a Medicare.

Medicare y el seguro independiente de culpabilidad o el seguro de responsabilidad legal (continuación)

Ejemplo: Bob tiene un ataque al corazón. Medicare paga por la atención médica de Bob por su ataque al corazón y su recuperación. Bob más tarde se entera de que un medicamento de prescripción que toma puede haber desencadenado el ataque al corazón. Él es parte de una demanda colectiva en contra de la empresa que fabrica el medicamento. Bob debe asegurarse de que Medicare es reembolsado por los pagos condicionales que obtuvo de la demanda.

¿Cómo se le devuelve el dinero del pago condicional a Medicare?

Si presenta un **reclamo** de seguro de culpabilidad o de seguro de responsabilidad legal usted o su representante deben llamar al **Centro de Coordinación y Recuperación de Beneficios (BCRC)** gratuitamente al 1-855-798-2627. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-797-2627. El BCRC trabajará con su caso, utilizando la información que usted o su representantes le faciliten.

El BCRC recolectará información acerca de los pagos condicionales que Medicare pueda haber hecho con respecto al acuerdo conciliatorio, fallo judicial, laudo u otro pago que tenga usted pendiente. Una vez el acuerdo conciliatorio, fallo judicial, laudo u otro pago sea definitivo, usted o su representante debe llamar al BCRC. El BCRC obtendrá la cantidad final del pago (si lo hay) en su caso, y emitirá una carta solicitando que se le devuelva.

¿Dónde puedo obtener mayor información?

Si tiene preguntas acerca de un **reclamo** de seguro independiente de culpabilidad o de seguro de responsabilidad legal, llame a la compañía de seguros. Si tiene preguntas acerca de quién paga primero, llame al BCRC.

Medicare y la compensación al trabajador

¿Qué es la compensación al trabajador?

La **compensación al trabajador** es una ley o plan que requiere que los empleadores cubran a los empleados que se enfermen o se lesionen en el trabajo. Los planes de compensación de trabajadores cubren a la mayoría de los empleados. Si no sabe si está cubierto, pregúnteselo a su empleador, o póngase en contacto con la división o departamento de compensación de trabajadores de su estado.

Medicare y la compensación al trabajador (continuación)

Tengo Medicare y he puesto un reclamo de compensación de trabajadores ¿Quién paga primero?

Si tiene Medicare y se lesiona en el trabajo, la compensación al trabajador paga primero por artículos o servicios de atención médica que recibió usted debido a su enfermedad o lesión relacionada con el trabajo. Puede haber un retraso entre el momento en que se tramite una factura por la enfermedad o lesión relacionada con el trabajo y el momento en que el seguro estatal de compensación al trabajador decida si deben pagar la factura. Medicare no puede pagar artículos o servicios que la compensación al trabajador vaya a pagar pronto (generalmente 120 días).

Sin embargo, si el asegurador de compensación al trabajador deniega el pago de sus facturas médicas hasta después de que se lleve a cabo un examen de su **reclamo** (generalmente 120 días o más), es posible que Medicare haga un pago condicional. Nota: Ésta no es la misma situación que cuando se ha llegado a un acuerdo conciliatorio en su caso de compensación al trabajador y usted utiliza fondos de su Arreglo de Reserva de Medicare para Compensación al Trabajador (WCMSA) para pagar por su atención médica. Vea la página siguiente para mayor información con respecto a WCMSA.

Ejemplo: Tom se lesionó en el trabajo. Puso un reclamo con el seguro de compensación al trabajador. Su médico le envió la factura al seguro de compensación al trabajador para que pagara. El médico de Tom no había recibido el pago al cabo de 120 días, así que le envió la factura a Medicare, solicitando un pago condicional. Medicare le hizo un pago condicional al médico por los servicios de atención médica que recibió Tom. Si Tom obtiene un acuerdo, juicio, adjudicación u otro pago de la agencia estatal de compensación de trabajadores, debe asegurarse de que se le devuelva el dinero del pago condicional a Medicare.

¿Y si la compensación al trabajador deniega el pago?

Si el seguro de compensación al trabajador deniega el pago, y usted le da a Medicare prueba de que se ha denegado el **reclamo**, Medicare pagará los artículos y servicios cubiertos por Medicare según resulte apropiado.

Ejemplo: Mike se lesionó en el trabajo. Puso un reclamo de compensación al trabajador. La agencia denegó el pago de las facturas médicas de Mike. El médico de Mike le envió la factura a Medicare y le envió a Medicare una copia de la denegación de con el reclamo de pago de Medicare. Medicare pagará al médico de Mike por los artículos y servicios cubiertos por Medicare que recibió Mike como parte de su tratamiento. Mike debe pagar todo lo que no cubra Medicare.

Medicare y la compensación al trabajador (continuación)

¿Puede la compensación al trabajador decidir no pagar toda mi factura?

En algunos casos, puede que el seguro de compensación al trabajador no pague toda su factura. Si tenía una lesión o enfermedad antes de empezar su empleo (lo que se llama una “condición preexistente”), y el empleo la empeoró, puede que la compensación al trabajador no pague toda la factura porque el empleo no ocasionó el problema original. En este caso, puede que el seguro acceda a pagar solamente parte de sus facturas de médico u hospital. Usted y su seguro de compensación al trabajador pueden acordar compartir el costo de su factura. Si Medicare cubre el tratamiento de su condición preexistente, entonces puede que Medicare pague su porción de parte de las facturas de médico u hospital que no cubra la compensación al trabajador.

¿Cómo se le devuelve a Medicare el dinero del pago condicional?

Si Medicare hace un pago condicional y usted o su abogado no han reportado su [reclamo de compensación al trabajador](#) a Medicare, llame al [Centro de Coordinación y Recuperación de Beneficios \(BCRC\)](#) gratuitamente al 1-855-798-2627. Los usuarios de [TTY](#) deben llamar al 1-855-797-2627. El BCRC trabajará con su caso, utilizando la información que le dé usted o su representante para asegurarse de que se le devuelvan los pagos condicionales a Medicare.

El BCRC recolectará información acerca de los pagos condicionales que Medicare pueda haber hecho en relación al acuerdo conciliatorio, fallo judicial, laudo u otro pago que tenga usted pendiente. Una vez el acuerdo conciliatorio, fallo judicial, laudo u otro pago sea definitivo, usted o su abogado debe llamar al BCRC. El BCRC obtendrá la cantidad final del pago (si lo hay) en su caso, y emitirá una carta solicitando que se le devuelva.

Usted o su abogado debe ponerse en contacto con el BCRC si usted tiene una demanda pendiente de beneficios de compensación para los trabajadores y luego póngase en contacto con el BCRC de nuevo si su reclamación se resuelve es abandonada o descartada.

El reclamo de compensación del trabajador se está preparando. ¿Cuándo y por qué podría necesitar un Arreglo de Reserva de Medicare para Compensación al Trabajador (WCMSA)?

Si llega a un acuerdo conciliatorio con su reclamo de compensación al trabajador, debe usar el dinero para pagar la atención médica relacionada antes de que Medicare comience a pagar nuevamente por estos servicios. En muchos casos, la agencia de compensación de trabajadores se comunica con Medicare antes de que se llegue a un acuerdo para pedirle a Medicare que apruebe una cantidad que se guardará para pagar la atención médica en el futuro. Medicare examinará cierta documentación médica y aprobará una cantidad de dinero del acuerdo que debe utilizarse primero antes de que Medicare comience a pagar por la atención relacionada que de otra manera está cubierta y reembolsable por Medicare.

Medicare y la compensación al trabajador (continuación)

El reclamo de compensación del trabajador se está preparando. ¿Cuándo y por qué podría necesitar un Arreglo de Reserva de Medicare para Compensación al Trabajador (WCMSA)? (continuación)

Usted y la agencia de compensación de trabajadores no están obligados a establecer un WCMSA - es completamente voluntario. Sin embargo, debe asegurarse de que el dinero de liquidación se use para atención médica relacionada.

Si prefiere solicitar la aprobación de una cantidad propuesta de WCMSA usted mismo o si desea más información acerca de WCMSA, visite go.cms.gov/wcmsa.

¿Cómo se me permite que utilice el dinero que hay en mi Arreglo de Reserva de Medicare para Compensación al Trabajador (WCMSA) si yo soy el que administra la cuenta?

Tenga en cuenta lo siguiente si administra su cuenta WCMSA usted mismo:

- El dinero que se pone en su WCMSA es para pagar gastos médicos futuros, incluyendo los gastos de medicamentos de receta relacionados con su lesión o enfermedad relacionada con el trabajo que normalmente habría pagado Medicare. Debe también utilizar los fondos de WCMSA para pagar estos servicios y artículos médicos, así como gastos de medicamentos de receta, si está inscrito en un **Plan Medicare Advantage** (como un HMO o PPO).
- No puede utilizar el WCMSA para pagar por ninguna otra lesión de trabajo, ni por ningún otro artículo o servicio que no cubra Medicare (como los servicios dentales).
- Medicare no pagará gastos médicos relacionados con la lesión hasta después de que usted haya utilizado todo su dinero de reserva apropiadamente.
- Si no está seguro del tipo de servicios que cubre Medicare, visite Medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para mayor información antes de utilizar el dinero que se puso en su cuenta de WCMSA. Los usuarios de **TTY** deben llamar al 1-877-486-2048.

Medicare y la compensación al trabajador (continuación)

¿Cómo se me permite que utilice el dinero que hay en mi Arreglo de Reserva de Medicare para Compensación al Trabajador (WCMSA) si yo soy el que administra la cuenta? (continuación)

- Guarde registros de sus gastos médicos relacionados con la **compensación al trabajador**, incluyendo los gastos de medicamentos de receta. Estos registros indican los artículos y servicios que ha recibido y cuánto dinero ha gastado en su lesión o enfermedad relacionada con el trabajo. Necesita estos registros para probar que ha utilizado su dinero de WCMSA para pagar sus gastos médicos relacionados con la compensación al trabajador, incluyendo los gastos de medicamentos de receta.
- Después de utilizar todo su dinero de WCMSA apropiadamente, Medicare puede empezar a pagar servicios cubiertos por Medicare relacionados con su reclamación de compensación de trabajadores. Para saber cómo manejar (auto administrar) su WCMSA, visite: go.cms.gov/WCMSASelfAdm.

Medicare y los beneficios de Veteranos

Tengo Medicare y beneficios de Veteranos de las Fuerzas Armadas. ¿Quién paga primero?

Si tiene o puede obtener tanto Medicare como beneficios de Veteranos de las Fuerzas Armadas, puede obtener tratamiento bajo cualquiera de esos programas. Cuando reciba atención médica, debe elegir qué beneficios utilizar cada vez que visite a un médico o reciba atención médica. Medicare no puede pagar por el mismo servicio que cubrieron los beneficios de Veteranos, y sus beneficios de Veteranos no pueden pagar por el mismo servicio que cubrió Medicare. Además, Medicare no es nunca pagador secundario después del Departamento de Asuntos de Veteranos (VA). **Nota:** para hacer que el VA pague servicios, tiene que ir a una clínica del VA o hacer que el VA autorice servicios en una clínica que no es del VA.

Medicare y los beneficios de Veteranos (continuación)

¿Hay situaciones en las que es posible que paguen tanto Medicare como el VA?

Sí. Si el VA autoriza servicios en un hospital que no es del VA pero no autoriza todos los servicios que reciba usted durante su estancia en el hospital, entonces puede que Medicare pague los servicios cubiertos por Medicare y que no autorice el VA.

Ejemplo: Bob, un Veterano de las Fuerzas Armadas, va a un hospital que no es del VA para recibir un servicio autorizado por el VA. Mientras está en el hospital que no es del VA, Bob recibe otros servicios no autorizados por el VA que no va a pagar el VA. Algunos de estos servicios son servicios cubiertos por Medicare. Puede que Medicare pague algunos de los servicios no autorizados por el VA que recibió Bob. Bob tendrá que pagar los servicios que cubra Medicare o el VA.

Tengo una tarjeta de identificación (ID) de pago tarifas del VA. ¿Quién paga primero?

Puede que el VA les dé “tarjetas de ID de pago de tarifas” a ciertos Veteranos si aplican estas condiciones:

- Tiene una incapacidad relacionada con el servicio militar.
- Va a necesitar servicios médicos durante un período de tiempo largo.
- No hay hospitales del VA en su área.

Si tiene una tarjeta de ID de pago de tarifas, puede elegir cualquier médico que aparezca en su tarjeta para que le proporcione tratamiento.

Si el médico lo **acepta** como paciente y le envía las facturas al VA por los servicios, el médico debe aceptar el pago del VA como pago completo. El médico no puede enviarle facturas a usted ni a Medicare por estos servicios.

Si su médico **no acepta** la tarjeta de ID de pago de tarifas, usted tendrá que ser el que ponga un reclamo con el VA. El VA le pagará la cantidad aprobada a usted o a su médico.

¿Dónde puedo obtener mayor información acerca de los beneficios de Veteranos?

Visite VA.gov, llame a su oficina local del VA, o llame al número de información nacional del VA al 1-800-827-1000. Los usuarios de **TTY** deben llamar al 1-800-829-4833.

Medicare y TRICARE

¿Qué es TRICARE?

TRICARE es un programa de atención médica para miembros en servicio activo y jubilados de los servicios uniformados y sus familias que incluye:

- TRICARE Prime.
- TRICARE Extra.
- TRICARE Standard.
- TRICARE for Life (TFL). TFL proporciona cobertura médica más amplia a los jubilados de los servicios uniformados elegibles para Medicare que tienen 65 años de edad o más, a los miembros elegibles de sus familias y sobrevivientes, y a ciertos ex-cónyuges. **Tiene** que tener la **Parte A (Seguro de Hospital)** y **Parte B (Seguro Médico)** para obtener beneficios de TFL.

¿Puedo tener tanto Medicare como TRICARE?

Algunas personas tienen tanto Medicare como otros tipos de TRICARE, incluyendo:

- Dependientes de miembros en servicio activo a los que se les permite Medicare por cualquier razón.
- Personas de menos de 65 años con la Parte A (Seguro de Hospital) debido a una incapacidad o a **Enfermedad Renal Terminal (ESRD)** y con la Parte B (Seguro Médico).
- Personas de 65 años o más que pueden obtener Parte A y que se apuntan a Parte B.

Tengo Medicare y TRICARE. ¿Quién paga primero?

En general, Medicare paga primero por servicios cubiertos por Medicare. TRICARE paga el **deducible** de Medicare y las cantidades de **coseguro** y por los servicios que cubre TRICARE y no cubre Medicare. Usted paga los costos de los servicios que no cubren Medicare o TRICARE.

¿Quién paga si recibo servicios en un hospital militar?

Si recibe servicios en un hospital militar o cualquier otro **proveedor federal de atención médica**, TRICARE paga las facturas. Generalmente, Medicare no paga servicios que se reciben de un proveedor federal de atención médica u otra agencia federal.

¿Dónde puedo obtener mayor información?

- Visite Tricare.mil/tfl
- Llame al consejero de beneficios médicos de un hospital o clínica militar.
- Llame a TRICARE for life al 1-866-773-0404.

Medicare y el Programa Federal de Beneficios de Pulmón Negro

Tengo Medicare y cobertura bajo el Programa Federal de Beneficios de Pulmón Negro. ¿Quién paga primero?

El Programa Federal de Beneficios de Pulmón Negro paga primero por la atención médica de enfermedad de pulmón negro cubierta bajo ese programa. Medicare no paga servicios de médico u hospital cubiertos bajo el Programa Federal de Beneficios de Pulmón Negro. Su médico u otro [proveedor de atención médica](#) debe enviar todas las facturas del diagnóstico o tratamiento de la enfermedad de pulmón negro a:

Federal Black Lung Program
P.O. Box 8302
London, Kentucky 40742-8302

Para toda otra atención médica **no** relacionada con la enfermedad de pulmón negro, Medicare paga primero, y su médico o proveedor de atención médica debe enviar sus facturas directamente a Medicare.

¿Y si el Programa Federal de Beneficios de Pulmón Negro no paga mi factura?

Pídale a su médico u otro proveedor de atención médica que envíe la factura a Medicare. Pídeles que incluyan una copia de la carta del Programa Federal de Pulmón Negro que dice por qué no va a pagar la factura.

¿Dónde puedo obtener mayor información?

Llame al 1-800-638-7072 si tiene preguntas acerca del Programa Federal de Beneficios de Pulmón Negro. Si tiene preguntas acerca de quién paga primero, llame al [Centro de Coordinación y Recuperación de Beneficios \(BCRC\)](#) gratuitamente al 1-855-798-2627. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-797-2627.

Medicare y COBRA

¿Qué es COBRA?

COBRA es una ley federal que puede permitirle mantener temporalmente la cobertura médica de un empleador o unión después de que acabe el empleo o después de perder cobertura como dependiente del empleado cubierto. Esto se llama “continuación de cobertura.”

Medicare y COBRA (continuación)

En general, COBRA aplica solamente a empleadores con 20 empleados o más. Sin embargo, algunas leyes estatales requieren que los empleadores que tienen menos de 20 empleados le permitan mantener su cobertura durante un cierto período de tiempo.

En la mayoría de las situaciones que le dan derechos de COBRA (aparte del divorcio), debe recibir un aviso del administrador de beneficios de su empleador o del **plan médico grupal** diciéndole que va a acabar su cobertura y ofreciéndole el derecho de elegir la continuación de cobertura COBRA.

Generalmente, esta cobertura se ofrece para 18 meses (o 36 meses, en algunos casos). Si no recibe un aviso, pero averigua que ha acabado su cobertura, o si se divorcia, llame al administrador de beneficios del empleador o al **plan médico grupal** lo antes posible y pregúnteles acerca de sus derechos de COBRA.

Si es elegible para COBRA porque el empleado cubierto ha fallecido o ha perdido su empleo, o si puede ahora obtener Medicare, entonces el empleador se lo debe decir al administrador del plan. Una vez se haya notificado al administrador del plan, el plan debe comunicarle a usted que tiene derecho a elegir cobertura COBRA.

Sin embargo, si es elegible para COBRA porque se ha divorciado o se ha separado legalmente (decreto de separación emitido por un tribunal) del empleado cubierto, o si era hijo dependiente o dependiente hijo adulto que ya no es dependiente, entonces usted o el empleado cubierto tiene que comunicarle al administrador del plan su cambio de situación dentro de los 60 días siguientes al cambio.

Tengo Medicare y continuación de cobertura COBRA. ¿Quién paga primero?

Si usted tiene Medicare porque tiene 65 años o más y tiene una discapacidad diferente a la Enfermedad Renal Terminal (ESRD), Medicare paga primero.

Si tiene Medicare basado en la **Enfermedad Renal Terminal (ESRD)**, la continuación de cobertura COBRA paga primero. Medicare es el pagador secundario en la medida en que la cobertura COBRA coincida con Medicare durante los primeros 30 meses de elegibilidad de Medicare o de tener derecho a Medicare basado en ESRD.

Medicare y COBRA (continuación)

El si y el cuándo debe elegir cobertura COBRA puede ser una decisión muy complicada. Cuando pierde cobertura de empleador y tiene Medicare, tiene que tener presente su período de elección de COBRA, su período de inscripción en la Parte B, y su Período de Inscripción Abierta de **Medigap**. Todos estos pueden tener fechas toques distintas con período parcialmente coincidentes, así que tenga presente que lo que decida acerca de un tipo de cobertura (COBRA, Parte B y Medigap) puede hacer que pierda sus derechos bajo uno de los otros tipos de cobertura.

¿Dónde puedo obtener mayor información acerca de COBRA?

- Antes de elegir cobertura de COBRA, puede hablar con su **Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP)** acerca de **Medicare Parte B** (Seguro Médico) y Seguro Suplementario de Medicare (Medigap). Visite [Medicare.gov/contacts](https://www.Medicare.gov/contacts), o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener el número de teléfono. Los usuarios de **TTY** deben llamar al 1-877-485-2048.
- Llame al administrador de beneficios de su empleador con preguntas acerca de sus opciones específicas de COBRA.
- Si tiene preguntas acerca de Medicare y COBRA, llame al **Centro de Coordinación y Recuperación de Beneficios (BCRC)** gratuitamente al 1-855-798-2627. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-797-2627.
- Si su **cobertura de plan médico grupal** era de un empleador privado (no de un empleador del gobierno), visite el Departamento del Trabajo en [dol.gov](https://www.dol.gov), o llame al 1-866-444-3272.
- Si su cobertura de plan médico grupal era de un empleador estatal o de un gobierno local, llame a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) al 1-877-267-2323, extensión 61565.
- Si su cobertura era del gobierno federal, visite la Oficina de Gerencia de Personal en [opm.gov](https://www.opm.gov).

Definiciones

3

Donde se definen las palabras de color violeta

Centro de Coordinación y Recuperación de Beneficios (BCRC)—La compañía que actúa en nombre de Medicare para recoger y manejar información sobre otros tipos de seguro o cobertura que una persona con Medicare puede tener y determinar si la cobertura paga antes o después que Medicare. Esta compañía también actúa en nombre de Medicare para obtener el reembolso de Medicare cuando se hace un pago condicional y se determina que el otro pagador es el primario.

Compensación laboral—Plan que se le exige a los trabajadores, que cubre a los empleados que se enferman o lesionan en el trabajo.

Copago—Es la cantidad que le corresponde pagar del costo de los servicios o suministros como por ejemplo la visita médica, el servicio ambulatorio del hospital o un medicamento. El copago por lo general es una cantidad fija en vez de un porcentaje. Por ejemplo, puede que le cobren \$10 o \$20 por la visita médica o el medicamento.

Coseguro—La cantidad que usted 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 los servicios médicos o los medicamentos antes de que el Medicare Original, su plan para recetas médicas u otro seguro comience a pagar.

Enfermedad Renal Terminal (ESRD)—Insuficiencia renal permanente que requiere tratamiento de diálisis o trasplante de riñón.

Medicaid—Un programa conjunto federal y estatal que ayuda con costos médicos para algunas personas que tienen ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si se es elegible tanto para Medicare como para Medicaid.

Medicare Parte A (Seguro de Hospital) —La parte A cubre estancias de hospital de paciente interno, cuidado en un centro de enfermería especializada, cuidado de hospicio, y algo de atención médica en el hogar.

Medicare Parte B (Seguro Médico) —La parte B cubre ciertos servicios de médicos, cuidado ambulatorio, insumos médicos, y servicios preventivos.

Plan de Empleadores Múltiples —En general, un plan médico grupal que está patrocinado conjuntamente por 2 o más empleadores.

Plan de medicamentos de receta de Medicare (Parte D) —La Parte D añade cobertura de medicamentos al Medicare Original, algunos Planes de Costos de Medicare, algunos Planes Privados de Tarifa por Servicio de Medicare, y los Planes de Cuentas de Ahorros Médicas de Medicare. Estos planes son ofrecidos por compañías de seguros y otras compañías privadas aprobadas por Medicare. Los Planes Medicare Advantage pueden también ofrecer cobertura de medicamentos de receta que sigue las mismas reglas que los Planes de Recetados de Medicare.

Plan Medicare Advantage (Parte C) —Un tipo de plan médico de Medicare ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para proveerle a usted todos sus beneficios de Medicare Parte A y Parte B. Los Planes Medicare Advantage incluyen Organizaciones de Mantenimiento de la Salud, Organizaciones de Proveedor Preferido, Planes Privados de Pago-por-Servicio, Planes para Necesidades Especiales, y Planes de Cuentas de Ahorros Médicos de Medicare. Si está inscrito en un Plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare están cubiertos por todo el plan y no se pagan bajo Medicare Original. La mayoría de los Planes Medicare Advantage ofrecen cobertura de medicamentos recetados.

Plan médico grupal —En general, un plan

médico ofrecido por un empleador u organización de empleados que provee cobertura médica a empleados, ex-empleados, y sus familias.

Plan médico grupal grande —En general, un plan médico grupal que cubre a empleados de un empleador u organización de empleados que tiene al menos 100 empleados.

Póliza Medigap —Seguro Suplementario de Medicare vendido por compañías de seguros privadas para cubrir brechas en el seguro en la cobertura de Medicare Original.

Prima —El pago periódico a Medicare, una compañía de seguros, o un plan de atención médica por cobertura médica o de medicamentos de receta.

Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) —Un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para dar asesoría gratuita de seguros médicos locales a las personas con Medicare.

Proveedor de atención médica —Una persona u organización que tiene licencia para dar atención médica. Los médicos, las enfermeras, y los hospitales son ejemplos de proveedores de atención médica.

Reclamo —Un pedido de pago que se le presenta a Medicare u otro seguro cuando usted ha recibido un servicio o un artículo que piensa que está cubierto.

TTY —Un teletipo (TTY) es un dispositivo de comunicación usado por personas sordas, con impedimentos auditivos o con impedimentos graves del habla. Las personas que no tienen un TTY pueden comunicarse con un usuario de TTY a través de un centro de retransmisión de mensajes (MRC). Un MRC tiene operadores de TTY disponibles para enviar e interpretar mensajes.

Índice

4

Lista alfabética de lo que hay en esta guía

1-800-MEDICARE **11, 14, 22, 24, 28**

A

Accidente **7, 17**

Arreglo de Reserva de Medicare para Compensación de Trabajadores (WCMSA) **20–22**

B

Beneficios de Veteranos **7, 23–24**

C

Centro de Coordinación y Recuperación de Beneficios (BCRC) **5, 8, 9, 19–21, 26–28, 29**

Cobertura de jubilado **6, 13–14**

Cobertura de medicamentos de receta de Medicare (Parte D) **11, 21, 22, 30**

COBRA **6, 7, 15, 27–28**

Condición preexistente **21**

Compensación de Trabajadores **7, 19–23**

Copago **19, 29**

Coseguro **14, 25, 29**

Cuestionario de Inscripción Inicial **6**

D

Deducible **14, 19, 25, 29**

Denegación de pago **23**

E

Enfermedad de pulmón negro **7, 26**

Enfermedad Renal Terminal **6, 16, 25, 27, 29**

I

Incapacitado **6, 7, 15–16**

M

Medicaid **6, 11, 30**

Medicare Parte A (Seguro de Hospital) **5, 14, 24, 25, 30**

Medicare Parte B (Seguro Médico) **5, 11, 14, 24, 25, 27, 28, 30**

Medigap **11, 14, 15, 27, 28, 30**

P

Pago condicional **7, 17–21**

Pagador primario **5, 17**

Pagador secundario de Medicare **5, 12, 23**

Plan de empleador múltiple **12, 15, 30**

Plan médico grupal **6, 8, 11–16, 19, 26–28, 29**

Plan médico grupal grande **6, 15–16**

Prima **13, 30**

Programa Estatal de Asistencia con
el Seguro Médico (SHIP) **11, 14, 28, 30**

Programa Federal de Pulmón Negro **7, 26**

Proveedor de atención médica **5, 7, 8, 12, 17, 25, 26, 30**

R

Reclamo **7, 8, 17–22, 24, 29**

S

Seguro de responsabilidad legal **7, 17–19**

Seguro independiente de culpabilidad **7, 17–19**

T

TRICARE **7, 24–25**

TRICARE for Life (TFL) **24**

V

Veterans' benefits **7, 23–25**

W

Workers' compensation **7, 19–23**

Workers' Compensation Medicare Set-aside Arrangement
(WCMSA) **20–22**

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

7500 Security Boulevard
Baltimore, Maryland 21244-1850

Asunto Oficial
Penalidad por uso privado, \$300

Publicación de CMS No. 02179-S
Revisada en julio 2016

- Medicare.gov
- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
- TTY: 1-877-486-2048

¿ Do you need a copy in English?
Call toll-free 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

