

Bienvenido a

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

Cómo puede ayudarle esta guía

Algunos beneficiarios de Medicare tienen otro tipo de seguro o cobertura médica, que debe pagar antes que Medicare pague la parte correspondiente de las facturas. Esta guía le explica cómo Medicare trabaja con otros seguros y quién debe pagar primero.

¿Dónde puedo obtener información básica sobre Medicare?

Consulte el manual “Medicare y Usted” en www.medicare.gov/publications, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.



“Use esta guía para saber quién pagó mis servicios médicos primero.”

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

Contenido

Sección 1: Si tiene otro seguro médico 1–6

¿Quién paga primero si tiene otra cobertura médica?	1
¿Dónde puede obtener respuestas a sus preguntas?	1
La coordinación de Medicare con su otro seguro	4–5

Sección 2: Medicare y otros seguros médicos 7–24

Medicare y Medicaid	8
Medicare y la cobertura de salud grupal	8–10
Medicare y la cobertura de salud grupal para jubilados	10–11
Medicare y la cobertura de salud grupal para discapacitados	12
Medicare y la cobertura de salud grupal para los que padecen de ESRD	12
Medicare y el seguro sin parte culpable o de responsabilidad	13–15
Medicare y el seguro de compensación al trabajador	15–19
Medicare y los beneficios para veteranos	19–20
Medicare y TRICARE	20–21
Medicare y el Programa de Enfermedad Pulmonar Minera (pulmón negro)	21–22
Medicare y COBRA	22–23

Sección 3: Definiciones 25–26

Definición de las palabras en color rojo

Sección 4: Índice 27–28

Una lista en orden alfabético de los temas de esta guía



“Mantenemos esta guía y los documentos de nuestro otro seguro a mano para consultarlos si tenemos alguna pregunta.”

Sección 1: Si tiene otro seguro médico



¿Quién paga primero si tiene otra cobertura médica?

Si usted tiene Medicare y otro seguro de salud, a cada seguro se le conoce como “pagador”. Cuando hay más de un seguro que paga, las normas de “coordinación de beneficios” determinan quién paga primero. El “pagador primario” es el que paga primero la parte que le corresponde pagar de la factura y su proveedor luego enviará la cuenta para que el “pagador secundario” pague el monto restante. En algunos casos, podría haber hasta un tercer pagador.

Que Medicare sea el “pagador primario” depende de varios factores, como por ejemplo las situaciones mencionadas en el cuadro de las páginas siguientes. Sin embargo, dicho cuadro no abarca todas las situaciones posibles.

Asegúrese de decirle a su médico y a sus **proveedores de salud** si tiene otro seguro además de Medicare. Esto permitirá que sus cuentas sean pagadas correctamente y evitará demoras.

Nota: Pagar “primero” significa pagar el total de la factura **hasta** el límite de la cobertura del pagador. No significa que el pagador primario es el que paga primero (*en tiempo*).

¿Dónde puede obtener respuestas a sus preguntas?

Si tiene preguntas sobre quién paga primero o si su cobertura cambia, llame al **Coordinador de Beneficios de Medicare** al (COBC) al 1-800-999-1118. Los usuarios de **TTY** deben llamar al 1-800-318-8782.

Para que podamos ayudarle, tenga la información siguiente a mano cuando nos llame: su número de Medicare (tal y como aparece en su tarjeta blanca, roja y azul) y otra información como su número de Seguro Social (SSN en inglés), su dirección, la fecha en que se inicia la cobertura de Medicare ya sea la **Parte A (seguro de hospital)** y/o la **Parte B (seguro médico)**.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 25–26.

Sección 1: Si tiene otro seguro médico

Si usted...	Condición	Pagador primario	Pagador secundario	Página(s)
Tiene Medicare y Medicaid	Tiene derecho a Medicare y Medicaid	Medicare	Medicaid solo después de que haya pagado su otro seguro (como el plan de salud grupal)	8
Tiene 65 años o más y tiene un seguro grupal por su empleo actual o el de su cónyuge	Tiene derecho a Medicare	Plan de salud grupal	Medicare	8
	El empleador tiene 20 empleados o más	Medicare	Plan de salud grupal	9
Tiene un plan de salud grupal después de jubilarse y tiene 65 años o más	Tiene derecho a Medicare	Medicare	Su cobertura de jubilado	10–11
Está incapacitado y tiene cobertura de un plan de salud de grupo grande de su trabajo o de un familiar que está trabajando.	Tiene derecho a Medicare	Plan de salud de grupo grande	Medicare	12
	El empleador tiene 100 empleados o más	Medicare	Plan de salud grupal	12
**Padece de Enfermedad Renal Terminal o ESRD (insuficiencia renal permanente) y tiene cobertura de salud grupal (incluyendo un plan de jubilado)	Los 30 primeros meses de elegibilidad o derecho a Medicare	Plan de salud grupal	Medicare	12
	Después de 30 meses	Medicare	Plan de salud grupal	12
Padece de Enfermedad Renal en Etapa Final (insuficiencia renal permanente) y tiene cobertura de COBRA	Los 30 primeros meses de elegibilidad o derecho a Medicare	COBRA	Medicare	23
	Después de 30 meses	Medicare	COBRA	12

* Si su empleador participa en un plan patrocinado por dos o más empleadores, las normas varían.

** Si obtuvo Medicare por su edad o una discapacidad que no sea ESRD, y Medicare era el pagador primario, seguirá pagando primero cuando sea elegible para Medicare por padecer de ESRD.

Sección 1: Si tiene otro seguro médico

Si usted...	Condición	Pagador primario	Pagador secundario	Página(s)
Tiene 65 años o más O está incapacitado y tiene cobertura de Medicare y de COBRA	Tiene derecho a Medicare	Medicare	COBRA	22–23
Tuvo un accidente sin parte culpable o seguro de responsabilidad	Tiene derecho a Medicare	Seguro sin parte culpable o de responsabilidad por los servicios relacionados con la reclamación por el accidente	Medicare	13–15
Tiene cobertura de compensación al trabajador por una enfermedad o herida relacionada con su trabajo	Tiene derecho a Medicare	Compensación al trabajador por servicios relacionados	Por lo general no corresponde. Sin embargo, Medicare podría hacer un pago condicional	15–19
Es un veterano y recibe los beneficios de VA	Tiene derecho a Medicare y a los beneficios de VA	Medicare paga por los servicios cubiertos VA paga por los servicios autorizados Nota: Por lo general, Medicare y VA no pueden pagar por el mismo servicio.	Por lo general no corresponde.	19–20
Está cubierto por TRICARE	Tiene derecho a Medicare y a TRICARE	Medicare paga por los servicios cubiertos TRICARE paga por los servicios de un hospital militar u otro proveedor federal	TRICARE puede ser el pagador secundario	20–21
Padece de Enfermedad Pulmonar Minera/Pulmón Negro y está cubierto por el Programa Federal de Pulmón Negro	Tiene derecho a Medicare y a los beneficios del Programa de Pulmón Negro	Programa Federal de Pulmón Negro, para los servicios relacionados con la enfermedad	Medicare	21–22

Sección 1: Si tiene otro seguro médico

La coordinación de Medicare con su otro seguro

Aún no tengo 65 años. ¿Cómo se enterará Medicare de que tengo otro seguro o cobertura médica?

Aproximadamente tres meses antes de su elegibilidad para Medicare, le enviarán una carta con un nombre de usuario y una contraseña para ingresar a MiMedicare.gov, un servicio por Internet seguro y gratuito donde usted puede guardar su información personal sobre los beneficios y servicios de Medicare. Medicare no puede saber automáticamente si usted tiene otro seguro médico. Llene el “Cuestionario Inicial de Inscripción” (IEQ en inglés) en MiMedicare.gov para asegurarse de que sus facturas médicas sean pagadas correctamente y a tiempo.

En el IEQ se le preguntará si tiene un plan de salud grupal de su empleador o de un familiar. Sus respuestas a este cuestionario permitirán que se prepare su archivo de Medicare y que sus **reclamaciones** sean pagadas por el seguro que corresponde.

Usted también puede llenar el IEQ por teléfono llamando al Coordinador de Beneficios de Medicare al 1-800-999-1118. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-318-8782.

Ejemplo: Pedro tiene casi 65 años, está por jubilarse e inscribirse en Medicare. Su esposa Silvia tiene 63 años y trabaja para una compañía grande (más de 20 empleados). Ambos tienen el seguro médico del **plan de salud grupal** del empleador de Silvia.

Cuando Pedro reciba la carta de Medicare con el nombre de usuario y la contraseña, llenará el IEQ en MiMedicare.gov en donde indicará que tiene la cobertura del empleador de su esposa. Este seguro será el pagador primario de las reclamaciones de Pedro. En esta situación, Medicare será el pagador secundario.

¿Qué ocurre si mi otro seguro cambia después de haber llenado el “Cuestionario Inicial de Inscripción”?

Llame al Coordinador de Beneficios de Medicare al 1-800-999-1118. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-800-318-8782. Cuando llame debe proporcionarle esta información:

- Su nombre
- El nombre y dirección de su seguro médico
- El número de la póliza
- La fecha en que la cobertura se agregó, cambió o terminó y el motivo.

Cuando se atienda con su médico o proveedor de salud infórmele sobre este cambio.

Sección 1: Si tiene otro seguro médico

La coordinación de Medicare con su otro seguro (continuación)

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

Fíjese en su póliza – podría incluir las normas sobre quién paga primero. También puede llamar al **Coordinador de Beneficios** al 1-800-999-1118. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-318-8782.

¿Cuándo es Medicare el pagador secundario para las parejas/concubinos que tiene un plan de salud grupal?

Medicare por lo general es el pagador secundario para las personas que viven en concubinato:

- Cuando el concubino/a puede obtener Medicare por una discapacidad y tiene la cobertura de un **plan de salud de grupo grande** del empleo de su empleador actual o el de un miembro de la familia (**el concubino/a es considerado como un miembro de la familia**).
- Por un período de coordinación de 30 meses cuando el concubino/a es elegible para Medicare porque padece de Enfermedad Renal Terminal y está cubierto por un **plan de salud grupal**.
- Cuando el concubino/a puede obtener Medicare por su edad y tiene la cobertura de un plan de salud grupal de su empleador actual.

¿Cuándo es Medicare el pagador primario para las parejas/concubinos que tiene un plan de salud grupal?

Si el concubino/a puede obtener Medicare por su edad y tiene un plan de salud grupal del empleador actual de su pareja/concubino.

¿Dónde puedo obtener más información sobre quién paga primero?

Llame al administrador de beneficios de su plan. También puede llamar al Coordinador de Beneficios de Medicare.

Sección 2: Medicare y otros seguros médicos



Medicare y Medicaid	8
Medicare y la cobertura de salud grupal	8–10
Medicare y la cobertura de salud grupal para jubilados	10–11
Medicare y la cobertura de salud grupal para discapacitados	12
Medicare y la cobertura de salud grupal para los que padecen de ESRD	12
Medicare y el seguro sin parte culpable o de responsabilidad	13–15
Medicare y el seguro de compensación al trabajador	15–19
Medicare y los beneficios para veteranos	19–20
Medicare y TRICARE	20–21
Medicare y el Programa de Enfermedad Pulmonar Minera (pulmón negro)	21–22
Medicare y COBRA	22–23

Sección 2: Medicare y otros seguros médicos

Medicare y Medicaid

Medicaid (también conocido como Ayuda Médica) es un programa federal y estatal que ayuda a pagar los gastos médicos de algunos individuos y familias que tienen ingresos y recursos limitados y que cumplen ciertos requisitos. **Medicaid nunca es el pagador primario de los servicios cubiertos por Medicare.** Solamente paga después de Medicare, del plan de salud grupal de un empleador y/o de **Medigap** (Seguro suplementario a Medicare).

Medicare y la cobertura de salud grupal

Cuando usted cumple 65 años, hay varias decisiones importantes que tiene que tomar: por ejemplo si le conviene inscribirse en la **Parte B de Medicare**, en un **Plan Medicare de Medicamentos Recetados**, comprar o no una póliza Medigap y/o conservar su seguro de empleador o su cobertura de jubilado. Entender sus opciones le permitirá obtener la cobertura que se ajuste a sus necesidades sin pagar más de lo debido.

Visite www.medicare.gov/find-a-plan para comparar los planes de salud y de medicamentos en su zona. También puede llamar al **Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP en inglés)**. Para obtener el número de teléfono, visite www.medicare.gov/contacts o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Los usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

¿Debo obtener la cobertura de salud grupal?

Muchos empleadores y sindicatos ofrecen un plan de salud grupal a sus empleados y jubilados. También podría obtener esta cobertura del empleador de su cónyuge o de un familiar.

Si usted tiene Medicare y le ofrecen la cobertura de un plan de salud grupal, puede aceptarla o rechazarla. El plan de salud grupal puede ser un plan de pago-por-servicio o un plan administrado como un HMO o PPO.

Tengo Medicare y un plan de salud grupal. ¿Quién paga primero?

Por lo general, su plan de salud grupal pagará primero si **ambos** enunciados a continuación se cumplen:

- Si usted tiene 65 años o más y tiene la cobertura de salud grupal de su empleador **actual** o el de su cónyuge de cualquier edad.
- El empleador tiene 20 o más empleados y cubre alguno de los mismos servicios que cubre Medicare (lo que significa que su plan de salud grupal paga primero sus facturas médicas y las del hospital).

Si el plan de salud grupal no pagó todas sus facturas, el médico o el **proveedor de salud** debe enviarle la factura a Medicare (como pagador secundario). Medicare se fijará en lo que pagó su plan de salud grupal y pagará el resto hasta la cantidad aprobada por Medicare. Usted tendrá que pagar la cantidad que no hayan pagado ni el plan ni Medicare.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 25–26.

Sección 2: Medicare y otros seguros médicos

Medicare y la cobertura de salud grupal (continuación)

Si su empleador tiene menos de 20 empleados, Medicare será por lo general el pagador primario. Sin embargo, si su empleador es parte de un plan de empleadores múltiples o de organizaciones de empleados (sindicatos) que patrocinan un **plan de salud grupal** y, si cualquiera de estos empleadores tiene 20 o más empleados, Medicare podría ser el pagador secundario. Sin embargo, su plan primero tendrá que pedir una excepción lo que significa que si su empleador tiene menos de 20 empleados, tendrá que preguntarle al empleador si Medicare es el pagador primario o secundario.

Tengo un Plan de una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO en inglés) o un Plan de Organización de Proveedor Preferido (PPO en inglés) que paga primero. ¿Quién paga si me atiendo con un médico que no pertenece a la red el plan?

Si usted se atiende con un médico que no pertenece a la red del plan, tal vez no esté cubierto ni por Medicare ni por el plan. Antes de consultar a un médico fuera de la red hable con su plan para averiguar si el servicio será cubierto.

He decidido no aceptar la cobertura de salud grupal de mi empleador. ¿Influirá esto en lo que paga Medicare?

Medicare paga la parte que le corresponde de los servicios cubiertos que usted reciba si no tiene un plan de salud grupal de su empleador o del de su cónyuge.

¿Qué pasa si cancelo la cobertura médica de mi empleador?

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

Nota: Si usted no acepta la cobertura médica grupal de empleador cuando es elegible por primera vez, tal vez no tenga otra oportunidad de inscribirse. Si la acepta y luego la cancela es posible que después no pueda recuperarla. También puede que le nieguen la cobertura de salud cuando se jubile, si su empleador o el de su cónyuge ofrecen cobertura a los jubilados (vea la página 10), pero no estaba inscrito en el plan cuando usted o su cónyuge estaban trabajando. Llame a su administrador de beneficios para informarse antes de tomar una decisión.

Sección 2: Medicare y otros seguros médicos

Medicare y la cobertura de salud grupal (continuación)

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

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

Medicare y la cobertura de salud grupal después de que se jubile

¿Cómo funciona la cobertura de salud grupal una vez que me jubile?

Depende de su plan específico. Su empleador o sindicato o el de su cónyuge tal vez no les ofrezca cobertura médica a los jubilados. Si usted puede obtener la cobertura de un plan de salud grupal cuando se jubile, tal vez tenga normas diferentes y no trabaje de la misma manera con Medicare.

¿Qué debo saber sobre la cobertura de jubilado?

- **¿Puedo seguir con mi plan de salud grupal cuando me jubile?** Por lo general, cuando usted tiene la cobertura de jubilado de un empleador o sindicato, ellos la administran. Los empleadores no están obligados a ofrecerle cobertura médica a los jubilados y pueden cambiar los beneficios o las primas y hasta cancelarla.
- **Deseo saber cuánto cuesta y cuáles son los beneficios de la cobertura de jubilados y si cubre también a mi cónyuge** La cobertura de jubilado brindada por su empleador o sindicato podría tener límites a la cantidad que paga. También podría ofrecer cobertura de reembolso por pérdidas (“stop loss”) que pagaría los gastos de su bolsillo solamente cuando usted haya llegado al monto límite de gastos del bolsillo.
- **¿Qué ocurre con mi cobertura de jubilado cuando soy elegible para Medicare?** Por ejemplo, es posible que su cobertura de jubilado no pague sus gastos médicos durante el período de tiempo en el que usted fue elegible para Medicare pero no se inscribió. Cuando es elegible para Medicare, debe inscribirse en la **Parte A** y la **Parte B** para obtener todos los beneficios de la cobertura de jubilado.
- **¿Cómo influirá la continuación de mi cobertura como jubilado en mi cobertura médica y la de mi cónyuge?** Si no está muy seguro sobre cómo funciona su cobertura de jubilado con Medicare, obtenga una copia del manual de beneficios de su plan o vea la descripción del plan que le provee su empleador o sindicato. También puede comunicarse con el administrador de beneficios y preguntarle cómo paga el plan si usted tiene Medicare. Le aconsejamos que se comunique con su **Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP)** para que lo asesoren sobre si le conviene comprar una póliza **Medigap** (seguro suplementario a Medicare).

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 25–26.

Sección 2: Medicare y otros seguros médicos

Medicare y la cobertura de salud grupal después que se jubila (continuación)

¿Cómo se compara la cobertura de jubilado con la cobertura de Medigap (seguro suplementario a Medicare)?

Dado que Medicare es el pagador primario una vez que usted se jubila, posiblemente la cobertura de jubilado será similar a la de una póliza Medigap. La cobertura de jubilado no es igual a la de una póliza Medigap, pero igual que Medigap cubre algunos beneficios que Medicare no paga, como el **coseguro** y los **deducibles**. A veces la cobertura de jubilado incluye beneficios adicionales, como días extra en el hospital.

Si deseo comprar una póliza Medigap, ¿cuándo debe hacerlo?

El mejor momento es durante el Periodo de Inscripción Abierta para Medigap que dura 6 meses porque durante este periodo usted puede comprar cualquier póliza Medigap vendida en su estado, aun si tiene problemas de salud. Este periodo comienza automáticamente el mes en que usted cumple 65 años y se inscribe en la Parte B. Una vez que el periodo termina no podrá obtenerlo nuevamente.

Recuerde: Usted y su cónyuge tendrán que comprar pólizas separadas y solamente puede comprar una póliza cuando sea elegible para Medicare.

Si desea más información sobre las pólizas Medigap, visite www.medicare.gov/publications Para consultar la publicación “Selección de una póliza Medigap: Una guía sobre el seguro de salud para las personas con Medicare”. Para buscar y comparar pólizas Medigap, visite www.medicare.gov/find-a-plan, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

Por lo general, Medicare pagará primero y su plan de salud grupal (cobertura de jubilado) será el pagador secundario.

¿Qué ocurre si tengo cobertura médica de jubilado y mi ex-empleador se declara en bancarrota o cierra?

Si su ex-empleador se declara en bancarrota o cierra la empresa, usted puede estar protegido por las normas federales de COBRA, si cualquier otra compañía dentro de la misma corporación sigue ofreciendo un plan grupal a sus empleados. , el plan debe ofrecerle la continuación de cobertura de COBRA. Vea las páginas 22–23. Si no puede obtener la continuación de cobertura de COBRA, tal vez tenga el derecho de comprar una póliza Medigap aun si usted ya no está en su Periodo de Inscripción Abierta para Medigap

Sección 2: Medicare y otros seguros médicos

Medicare y un plan de salud grupal para incapacitados (que no padecen de ESRD)

Soy un discapacitado menor de 65 años, tengo Medicare y un plan de salud grupal de mi empleador actual. ¿Quién paga primero?

Depende. Generalmente si su empleador tiene menos de 100 empleados, Medicare será el pagador primario si usted tiene menos de 65 años o si tiene Medicare debido a una discapacidad.

A veces los empleadores con menos de 100 empleados se juntan con otros empleadores en un **plan de empleadores múltiples**. Si por lo menos uno de esos empleadores tiene 100 empleados o más, Medicare será el pagador secundario.

Si su empleador tiene 100 empleados o más, el plan se denominará plan de salud de grupo grande. Si usted tiene cobertura de un plan de salud de grupo grande a través de su empleador actual o del de algún miembro de su familia, Medicare será el pagador secundario. Un plan de salud de grupo grande no puede tratar de manera distinta a los miembros del plan porque sean discapacitados y tengan Medicare.

Ejemplo: Patricia trabaja a tiempo completo para XYZ, una empresa de 120 empleados. Tiene cobertura médica de grupo grande para su esposo y para ella. El esposo tiene la cobertura de Medicare por una discapacidad por lo tanto, el seguro de grupo grande de Patricia será el que pague primero los gastos médicos de su esposo y Medicare será el pagador secundario.

Medicare y la cobertura de salud grupal para personas que padecen de Enfermedad Renal Terminal (ESRD en inglés)

Padezco de ESRD y tengo un plan de salud grupal. ¿Quién paga primero?

Si es elegible para Medicare debido a que padece de ESRD, su plan de salud grupal pagará primero los gastos médicos y del hospital por un período de 30 meses, ya sea que esté o no inscrito en Medicare. Durante este periodo Medicare será el pagador secundario.

El plan grupal pagará primero sin que importe cuántos empleados tiene su empleador o si usted o un miembro de su familia están trabajando actualmente. Al terminar el periodo de treinta meses, Medicare pasará a ser el pagador primario. Esta regla se aplica a la mayoría de las personas que padecen de ESRD ya sea que usted tenga su propia cobertura grupal o tenga cobertura médica a través de un familiar.

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

Sección 2: Medicare y otros seguros médicos

Medicare y un seguro sin parte culpable o de responsabilidad

¿Qué es un seguro sin parte culpable?

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

Algunos tipos de seguro sin parte culpable incluyen:

- Seguro automotor
- Seguro de propiedad
- Seguros comerciales

¿Qué es un seguro de responsabilidad?

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

Los seguros de responsabilidad incluyen pero no se limitan a:

- Seguro de responsabilidad de propietario
- Seguro de responsabilidad automotor
- Seguro de responsabilidad de productos
- Seguro de responsabilidad de negligencia médica
- Seguro de responsabilidad contra conductores no asegurados
- Seguro de responsabilidad contra conductores poco asegurados

Si usted tiene un reclamo a su seguro por gastos médicos, usted o su médico deben notificárselo a Medicare lo antes posible.

¿Quién paga primero si tengo una reclamación al seguro sin parte culpable o de responsabilidad?

El seguro sin parte culpable o de responsabilidad paga primero y Medicare será el pagador secundario si corresponde.

Si le dicen a su médico o proveedor de salud que usted tiene un reclamo al seguro sin parte culpable o de responsabilidad, tienen que tratar de cobrarle primero a dicho seguro y luego a Medicare. Sin embargo, esto puede demorar bastante. Si la compañía de seguro no paga oportunamente (dentro de los 120 días), su médico o proveedor puede entonces enviarle la factura a Medicare. Entonces Medicare hará un pago condicional y luego se le reembolsará dicha suma cuando el otro seguro pague.

Sección 2: Medicare y otros seguros médicos

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

¿Quién paga primero si tengo una **reclamación** al seguro sin parte culpable o de responsabilidad? (continuación)

Ejemplo: Silvia tiene 69 años. Mientras viajaba con su nieta que conducía el automóvil tienen un accidente. Como parte de su seguro automotor, la nieta tiene Med Pay. Mientras estaban en la sala de emergencia del hospital, le preguntan a Silvia si tiene alguna cobertura de accidente. Silvia les dice que su nieta tiene Med Pay. Dado que esta cobertura paga sin importar de quién es la culpa, se la considera como seguro sin parte culpable. El hospital le envía la factura por los servicios de la sala de emergencia a dicho seguro, y solamente le cobra a Medicare por cualquier servicio cubierto que no haya sido pagado por el otro seguro.

¿Qué es un pago condicional?

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

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

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

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 25–26.

Sección 2: Medicare y otros seguros médicos

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

¿Cómo se reembolsa a Medicare por un pago condicional?

Si Medicare hace un pago condicional, usted o su abogado deben llamar al Coordinador de Beneficios de Medicare (COBC en inglés) al 1-800-999-1118. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-318-8782.

El COBC se comunicará con el contratista de recuperación de pagos para que se haga cargo de su caso. Este contratista usará la información que usted o su representante le ha proporcionado al COBC para encargarse de que Medicare recupere el pago condicional que hizo. Cuando se haya llegado a un acuerdo, sentencia o adjudicación final, usted o su abogado deberán comunicarse con el contratista de Medicare asignado a su caso. Dicho contratista les dirá cuál es la cantidad que deben reembolsar (si la hubiera) y le enviará una carta solicitando el reembolso.

¿Quién paga si el seguro sin parte culpable o el seguro de responsabilidad se niega a pagar mis servicios médicos o se determina que no es responsable del pago?

En este caso, Medicare pagará como si solo hubiera un seguro. Sin embargo, Medicare sólo pagará por los servicios cubiertos por Medicare. Usted será responsable de pagar la parte de la factura que le corresponde, coseguro, **copago** o **deducible** y los servicios que Medicare no cubra.

¿Dónde puedo obtener más información?

Si tiene preguntas sobre reclamos al seguro sin parte culpable o seguro de responsabilidad, llame a la compañía de seguro. Si tiene preguntas sobre quién paga primero, llame al COCB.

Medicare y el seguro de compensación al trabajador

¿Qué es la compensación al trabajador?

El **seguro de compensación al trabajador** es un requisito de la ley o del plan por el cual los empleadores deben tener un seguro médico para los empleados que se enferman o se accidentan en el trabajo.

La mayoría de los empleados están cubiertos por planes de compensación al trabajador. Si no sabe si tiene esta cobertura, pregúntele a su empleador.

Sección 2: Medicare y otros seguros médicos

Medicare y el seguro de compensación al trabajador (continuación)

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

Si tiene Medicare y se accidenta en su lugar de trabajo, el seguro de compensación al trabajador será el que pague primero todos los servicios médicos relacionados con el accidente. Puede que haya una demora entre el momento en que presenta su reclamación y el momento en que el seguro de compensación al trabajador decida si debe pagar su factura. Medicare no puede pagar por un período de 120 días por artículos o servicios por los que pagará el seguro de compensación al trabajador.

Sin embargo, si el seguro de compensación al trabajador le deniega el pago de los servicios hasta que se evalúe la **reclamación**, Medicare puede hacer un pago condicional, a menos que usted obtenga dinero de la Cantidad asignada por el seguro de compensación al trabajador para gastos médicos de Medicare (**WCMSA**). En la página siguiente le brindamos información sobre el WCMSA.

Si usted piensa que tiene una enfermedad o herida relacionada con su trabajo, dígale a su empleador y presente una reclamación al seguro de compensación al trabajador.

Usted o su abogado debe llamar al COBC al 1-800-999-1118 en cuanto presente su reclamación al seguro de compensación al trabajador. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-318-8782.

Ejemplo: Pablo se lastimó en el trabajo. Envío la reclamación al seguro de compensación al trabajador y su doctor le envió la factura al seguro estatal de compensación al trabajador. Como a los 120 días el seguro estatal de compensación al trabajador aún no había pagado el médico le envió la factura a Medicare y una copia del reclamo al seguro de compensación al trabajador de Pablo. Medicare hizo un pago condicional al médico por los servicios que recibió Pablo. Más tarde, cuando se haya llegado a un acuerdo con el seguro de compensación al trabajador, Pablo debe asegurarse que se devuelva a Medicare la cantidad del pago condicional.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 25–26.

Sección 2: Medicare y otros seguros médicos

Medicare y el seguro de compensación al trabajador (continuación)

¿Cómo se reembolsa a Medicare por un pago condicional?

Si Medicare hace un pago condicional y usted o su abogado no le han informado a Medicare sobre la reclamación al **seguro de compensación al trabajador**, deben llamar al Coordinador de Beneficios de Medicare (COBC por su sigla en inglés) al 1-800-999-1118. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-318-8782.

El COBC se comunicará con el **contratista de recuperación de pagos** para que se haga cargo de su caso. Este contratista usará la información que usted o su representante le ha proporcionado al COBC para encargarse de que Medicare recupere el pago condicional que hizo. Cuando se haya llegado a un acuerdo, sentencia o adjudicación final, usted o su abogado deberán comunicarse con el contratista de Medicare asignado a su caso. Dicho contratista les dirá cuál es la cantidad que deben reembolsar (si la hubiera) y le enviará una carta solicitando el reembolso.

¿Qué ocurre si deseo llegar a un acuerdo sobre mi reclamación?

Usted o su abogado deben comunicarse con el contratista de recuperación de pagos. El acuerdo para las reclamaciones al seguro de compensación al trabajador es distinto al del seguro sin parte culpable o de responsabilidad. Como parte del acuerdo con el seguro de compensación al trabajador, usted debe reembolsarle a Medicare cualquier pago que haya hecho por servicios relacionados con la compensación al trabajador.

¿Cuándo y por qué motivo necesitaría un WCMSA?

Si usted llega a un acuerdo con el seguro de compensación al trabajador, el acuerdo debe asignar una cantidad que se destinará exclusivamente para gastos médicos y de medicamentos futuros, relacionados al accidente de trabajo. Cuando usted tiene Medicare, pídale a su abogado del seguro de compensación al trabajador que cree un WCMSA para depositar estos fondos.

El WCMSA garantiza que los fondos de la compensación al trabajador sean destinados para gastos médicos que hubiesen sido cubiertos por Medicare. En otras palabras, el seguro de compensación al trabajador paga antes que Medicare, inclusive después de llegar al acuerdo. Si usted tiene un WCMSA como parte de la compensación al trabajador, debe tener mucho cuidado con el modo en que gasta el dinero asignado para gastos de Medicare.

Usted o su abogado debe enviar el WCMSA propuesto a:

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

Sección 2: Medicare y otros seguros médicos

Medicare y el seguro de compensación al trabajador (continuación)

¿Cómo debo usar la cantidad del WCMSA si yo soy quien administra ese dinero?

Al administrar el dinero del WCMSA tenga en cuenta (**Nota:** las reclamaciones al seguro de compensación al trabajador pueden solucionarse a través de acuerdos, fallos, adjudicaciones u otro tipo de pago. La información mencionada a continuación solo se aplica a los acuerdos) que:

- El dinero asignado en el WCMSA está destinado a cubrir sus gastos médicos o de medicamentos futuros relacionados a su enfermedad o herida en el lugar de trabajo que en otro caso, hubiesen sido pagados por Medicare.
- Usted no puede usar el dinero del WCMSA para pagar por servicios o artículos para tratar otra enfermedad que Medicare no cubra (por ejemplo servicios dentales).
- Medicare no pagará los gastos médicos relacionado con el accidente hasta después de que usted haya gastado todo el dinero del WCMSA apropiadamente.
- Si no está seguro de los servicios que cubre Medicare, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) antes de gastar el dinero del WCMSA. Los usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Asegúrese de anotar todos los gastos médicos por accidente de trabajo/compensación al trabajador. De este modo sabrá cuáles son los servicios que ha recibido y cuánto ha gastado en los servicios para tratar su enfermedad o herida relacionada con su trabajo. Necesitará este registro para probar que ha utilizado el dinero del WCMSA para pagar los gastos médicos por compensación al trabajador.
- Una vez que haya utilizado ese dinero asignado para gastos médicos futuros, Medicare comenzará a pagar por los servicios cubiertos por Medicare para tratar la enfermedad o herida relacionada con su trabajo.

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

Si el seguro de compensación al trabajador estatal se niega a pagar, y usted le envía a Medicare un comprobante de la denegación de pago; Medicare sólo pagará por los servicios y suministros cubiertos por Medicare.

Ejemplo: Daniel se hirió en el trabajo. Presentó una reclamación al seguro de compensación al trabajador. El seguro se negó a pagar por los gastos médicos. El médico de Daniel envió la cuenta a Medicare y también una copia de la denegación del seguro de compensación al trabajador. Medicare le pagará al médico de Daniel los servicios o suministros que ha recibido Daniel durante su tratamiento y que están cubiertos por Medicare. Daniel tendrá que pagar los servicios que Medicare no cubra.

Sección 2: Medicare y otros seguros médicos

Medicare y el seguro de compensación al trabajador (continuación)

¿Podría el seguro de compensación al trabajador negarse a pagar la factura en su totalidad?

En algunos casos puede que el seguro de compensación al trabajador no pague toda la factura. Si padece de una enfermedad o herida (condición preexistente) antes de empezar en su empleo y la misma empeora por su trabajo, tal vez no paguen la factura completa, porque su trabajo no le provocó la enfermedad/herida original. En este caso, el seguro de compensación al trabajador podría aceptar pagar sólo una parte de sus cuentas médicas y del hospital. Usted podría llegar a un acuerdo con el seguro de compensación al trabajador y compartir el pago de la factura. Si el tratamiento de su condición preexistente está cubierto por Medicare, la parte de la factura del médico y del hospital que no pague el seguro de compensación al trabajador, podría pagarla Medicare.

Medicare y los beneficios para Veteranos

Tengo Medicare y los beneficios para Veteranos. ¿Quién paga primero?

Si tiene o puede obtener tanto Medicare como los beneficios para veteranos, podría recibir sus servicios de cualquiera de los dos programas. Cuando reciba cualquier servicio médico, debe escoger una de las dos coberturas. Medicare no puede pagar por el mismo servicio que fue cubierto por los beneficios de VA, y sus beneficios para veteranos no pueden pagar por algo que ya haya pagado Medicare. **Nota:** Para que VA pague por los servicios, usted debe ir a un centro de VA o tener una autorización de VA para obtener los servicios en otro centro que no pertenezca a VA.

¿Existe alguna situación en la que tanto Medicare como VA puedan pagar?

Sí. En caso de que VA autorice los servicios en una dependencia que no sea un hospital de VA, pero no pague por todos los servicios que haya recibido durante su estadía en el hospital, entonces Medicare podría pagar por la parte de los servicios cubiertos por Medicare que VA no paga.

Ejemplo: Patricio es un excombatiente, va a un hospital que no pertenece a VA para obtener un servicio autorizado por VA. Mientras estaba en el hospital, Patricio recibe otros servicios que no han sido autorizados por VA y por lo tanto no paga por ellos. Algunos de estos servicios están cubiertos por Medicare, en consecuencia, Medicare pagará por algunos servicios no autorizados por VA que Patricio haya recibido. Patricio tendrá que pagar por aquellos servicios que no sean cubiertos ni por Medicare ni por VA.

Sección 2: Medicare y otros seguros médicos

Medicare y los beneficios para Veteranos (continuación)

Tengo una tarjeta de autorización de pago de tarifas de VA. ¿Quién paga primero?

El VA entrega a ciertos veteranos “tarjetas de autorización de pago de tarifas” si:

- Tienen una discapacidad relacionada con su servicio a la patria.
- Necesitarán atención médica por un período de tiempo prolongado.
- Si no hay hospitales de VA en su zona.

Si tiene una tarjeta puede escoger cualquier médico de los listados en su tarjeta, para que lo trate.

Si el médico lo acepta como paciente y envía las facturas a VA, debe aceptar el pago de VA como pago total. El médico no puede cobrarle por dichos servicios ni a usted ni a Medicare.

Si su médico no acepta la tarjeta, usted tendrá que enviar la **reclamación** a VA. Luego, VA le pagará la cantidad aprobada a usted o a su médico.

¿Necesita más información?

Visite www.medicare.gov, llame a la oficina local de VA o al número nacional de VA 1-800-827-1000. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-829-4833.

Medicare y TRICARE

¿Qué es TRICARE?

TRICARE es un seguro médico para los militares en actividad y retirados y sus familias. TRICARE incluye:

- TRICARE Prime
- TRICARE Extra
- TRICARE Standard y,
- TRICARE for Life (TFL en inglés)

¿Qué es TRICARE for Life?

TRICARE for Life (TFL por su sigla en inglés) fue creada para brindar cobertura médica amplia a los jubilados de las fuerzas armadas elegibles para Medicare, de 65 años o mayores, a los familiares y sobrevivientes elegibles y a ciertos ex-cónyuges. Para obtener los beneficios de TFL, usted **debe** tener la **Parte A** y la **Parte B** de Medicare.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 25–26.

Sección 2: Medicare y otros seguros médicos

Medicare y TRICARE (continuación)

¿Puedo tener Medicare y TRICARE?

Ciertos grupos de personas pueden recibir los beneficios de ambos programas y de otro tipo de TRICARE, como:

- Los dependientes de militares en actividad que sean elegibles para Medicare.
- Las personas menores de 65 años con derecho a la **Parte A** de Medicare por una discapacidad o por padecer de **Enfermedad Renal Terminal** (ESRD en inglés) y que estén inscritos en la **Parte B**, o
- Las personas de 65 años o más que tengan derecho a la Parte A de Medicare y que se inscriban en la Parte B de Medicare.

¿Quién paga primero Medicare o TRICARE?

Por lo general, Medicare paga primero por los servicios cubiertos por Medicare. TRICARE pagará el **deducible** y **coseguro** de Medicare y cualquier servicio que no cubra Medicare y que esté cubierto por TRICARE. Usted tendrá que pagar los servicios que no estén cubiertos ni por TRICARE ni por Medicare.

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

Si recibe los servicios en un hospital militar o de cualquier otro **proveedor de salud** federal, TRICARE pagará sus facturas. Medicare generalmente no paga por los servicios que obtenga de un proveedor u otra agencia federal.

¿Necesita más información?

- Visite www.medicare.osd.mil.
- Llame al consejero de beneficios de la clínica u hospital militar.
- Llame al 1-866-773-0404.

Medicare y el Programa Federal de Enfermedad Minera (Pulmón Negro)

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

El Programa Federal de Enfermedad Pulmonar Minera es el pagador primario de todos los servicios relacionados con la enfermedad de pulmón negro cubiertos por este programa. Medicare no pagará por los servicios médicos y de hospital cubiertos por el Programa Federal de Enfermedad Pulmonar Minera. Su médico o proveedor de la salud deben enviar las facturas por el diagnóstico o tratamiento de dicha enfermedad a:

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

Medicare será el pagador primario de todos los servicios que **no estén** relacionados con la enfermedad de pulmón negro. Su médico o proveedor deben enviarle la factura directamente a Medicare.

Sección 2: Medicare y otros seguros médicos

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

¿Qué pasa si el Programa Federal de Enfermedad Pulmonar Minera se niega a pagar mi factura?

Si el Programa Federal de Enfermedad Pulmonar Minera no paga su factura, pídale a su médico o **proveedor de salud** que envíe la cuenta a Medicare. Pídale que también incluya una copia de la denegación de pago.

¿Necesita más información?

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

Medicare y COBRA (Ley Consolidada de Conciliación Presupuestaria de 1985)

¿Qué es COBRA

COBRA es una ley federal que le permite mantener la cobertura de su plan grupal de empleador por un período limitado de tiempo, una vez que su empleo haya terminado o que usted haya perdido su cobertura de salud como dependiente de un empleado cubierto. Se le conoce como “continuación de cobertura”.

Por lo general, COBRA está disponible para los empleadores con 20 o más empleados. Sin embargo, algunas leyes estatales obligan a ciertos empleadores con un poco menos de 20 empleados, que les permitan mantener su cobertura médica por un periodo de tiempo. En la mayoría de las situaciones en las que se le otorgan los derechos de COBRA, a excepción de divorcio, usted recibirá un aviso del administrador de beneficios de su empleador o del plan de salud grupal avisándole que su cobertura está terminando y ofreciéndole la opción de escoger la continuación de la cobertura de COBRA.

COBRA por lo general le permite a usted y a sus dependientes conservar el plan de salud grupal por 18 meses (o 36 meses en algunos casos). Si no recibe el aviso pero se entera que su cobertura está terminando, o si se divorcia debe llamar al administrador de beneficios de su empleador o al plan a la brevedad, y preguntarle sobre su derecho a escoger COBRA.

Si tiene derecho a COBRA porque el empleado con cobertura médica ha fallecido, perdió el empleo o ahora puede obtener Medicare, el empleador debe comunicárselo al administrador de beneficios del plan. Una vez que se le haya notificado, el plan debe informarle que usted tiene derecho a escoger la cobertura de COBRA si lo decide.

Sin embargo, si tiene derecho a COBRA porque se ha divorciado o separado legalmente (la corte le ha otorgado la separación legal) de un empleado con cobertura médico o si es un dependiente o un dependiente adulto que ya no se considera como dependiente, entonces usted o el empleado cubierto debe avisarle al plan sobre el cambio de situación en un periodo de 60 días.

Sección 2: Medicare y otros seguros médicos

Medicare y COBRA (continuación)

Tengo Medicare y COBRA. ¿Quién paga primero?

En general, las normas descritas en las páginas 8-11 para los seguros de salud grupal también se aplican a la continuación de cobertura de COBRA. Por ejemplo, si usted o su cónyuge están jubilados y tienen COBRA, Medicare paga primero.

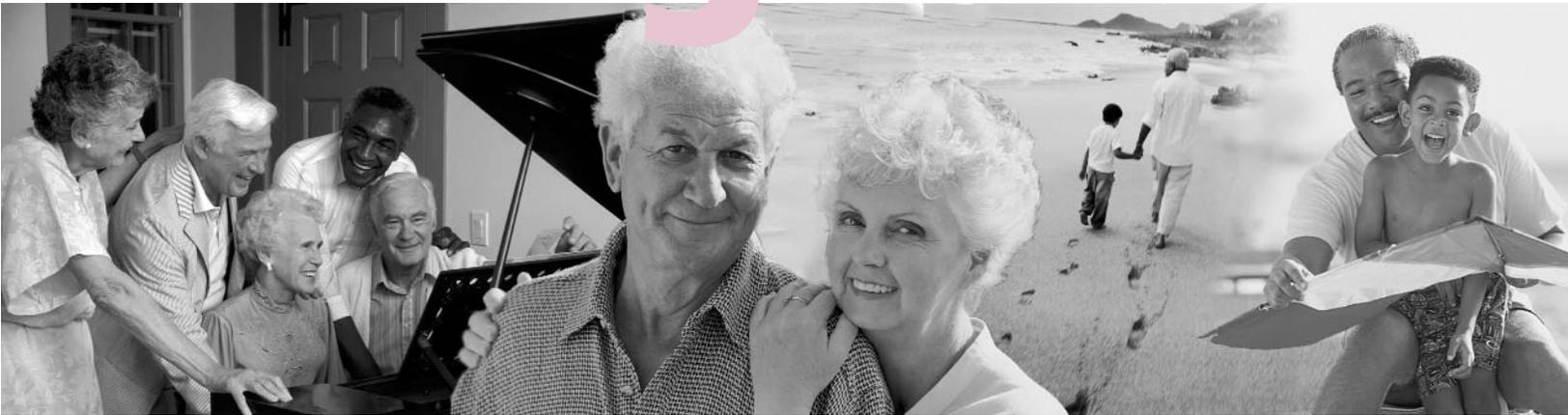
Sin embargo, si usted tiene Medicare por padecer de ESRD, COBRA será el pagador primario y Medicare el secundario mientras la cobertura de COBRA se superponga con los 30 primeros meses de la elegibilidad a Medicare o de su derecho a Medicare por padecer de ESRD.

La decisión sobre si debe escoger la cobertura de COBRA y cuándo puede ser bastante difícil. Si usted pierde la cobertura médica de su empleador y tiene Medicare tendrá que saber cuándo es su periodo de elección de la continuación de cobertura de COBRA, su periodo de inscripción en la Parte B y su Periodo Abierto de Inscripción para **Medigap**. Estos periodos podrían tener distintas fechas límite y superponerse por lo tanto, debe tener en cuenta que si se decide por un tipo de cobertura (COBRA, la Parte B y Medigap) tal vez pierda el derecho en alguno de los otros tipos de cobertura.

¿Necesita más información sobre COBRA?

- Antes de escoger la cobertura de COBRA, le convendría hablar con su **Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP)** sobre la Parte B y Medigap. Visite www.medicare.gov/contacts, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener el número de teléfono. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.
- Para preguntas específicas sobre COBRA llame al administrador de beneficios de su empleador.
- Si tiene preguntas sobre Medicare y COBRA, llame al **Coordinador de Beneficios de Medicare** al 1-800-999-1118. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-318-8782.
- Si su **plan de salud grupal** es de un empleador privado (no gubernamental), visite el sitio Web del Departamento de Trabajo (DoL) www.dol.gov, o llame al 1-866-444-3272.
- Si su plan de salud grupal es de un empleador estatal o del gobierno local, llame a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) al 1-877-267-2323 interno 61565.
- Si tiene la cobertura médica del gobierno federal, visite el sitio Web de la Oficina de Gerencia de Personal www.opm.gov.

Sección 3: Definiciones



Contratista de Recuperación de Pagos—Una compañía que en nombre de Medicare recupera el monto del pago condicional hecho por Medicare cuando el otro seguro es el pagador primario.

Coordinador de Beneficios de Medicare—Es una compañía que en nombre de Medicare recolecta y administra la información sobre cualquier otro seguro que pueda tener en beneficiario de Medicare, y determina a quién le corresponde pagar primero.

Copago—Es la cantidad que usted paga por cada servicio, como una visita al médico o un medicamento. Un copago es generalmente una cantidad fija que usted paga. Por ejemplo, \$10 o \$20 por cada consulta médica o receta.

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

Deducible—La cantidad que usted deberá pagar por el cuidado de la salud o por sus recetas médicas, antes que el Plan Original de Medicare, su plan de recetas médicas u otro seguro comience a pagar.

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

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

La Parte B de Medicare (seguro médico)—El seguro médico que ayuda a pagar por los servicios del médico, la atención ambulatoria en el hospital, los insumos médicos y los servicios preventivos.

Sección 3: Definiciones

Medicaid—Un programa conjunto federal y estatal que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar sus gastos médicos. Los programas Medicaid varían en cada estado, pero la mayoría de los gastos de salud estarán cubiertos si usted reúne los requisitos tanto para Medicare como para Medicaid.

Medigap—Una póliza de seguro suplementaria a Medicare vendida por una empresa privada para cubrir lo que el Medicare Original no cubre.

Plan de Empleadores Múltiples—Un plan de salud grupal patrocinado en forma conjunta por dos o más empleadores.

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

Plan de Salud de Grupo Grande—Un plan de salud grupal que cubre a los empleados de un empleador u organización de empleados con 100 o más empleados.

Plan Medicare de Medicamentos Recetados (Parte D)—Un plan individual que agrega la cobertura de las recetas médicas al Medicare Original, a ciertos Planes Medicare de Costo, algunos Planes Privados de Pago-por-Servicio y a los Planes Medicare de Cuenta de Ahorros Médicos. Estos planes son ofrecidos por empresas privadas aprobadas por Medicare. Los Planes Medicare Advantage también pueden ofrecer una cobertura de los medicamentos recetados que cumplan las mismas normas que los Planes Medicare de Medicamentos Recetados.

Prima—El pago periódico que le hace a Medicare, a una compañía de seguros, o a un plan por su cobertura médica o por la cobertura de sus recetas médicas.

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

Proveedor de Salud—Una persona u organización licenciada para brindar atención médica, por ejemplo un médico, hospital, profesional de la salud o centro de atención médica.

Reclamación—Es un pedido de pago que solicita a Medicare o a su otro seguro médico, por los servicios que ha recibido y que piensa que está cubiertos.

Seguro de Compensación al Trabajador—Un seguro que deben tener los empleadores para cubrir los gastos de los empleados que se enferman o tienen un accidente en el trabajo.

TTY—Un teléfono de texto es un aparato de comunicación para las personas sordas, con impedimentos auditivos o con los que tienen graves impedimentos del lenguaje/habla. Las personas que no tienen un sistema de TTY pueden comunicarse con un usuario de TTY a través del Centro de Retransmisión de Mensajes (MRC en inglés). El MRC tiene operadores disponibles para enviar e interpretar mensajes de TTY.

Sección 4: Índice

1-800-MEDICARE	8, 11, 18, 23
Accidente	3, 13
Beneficios para veteranos	3, 21–22
Cobertura de jubilado	3, 4, 13–19
COBRA	2, 3, 11, 22–23
Compensación al trabajador	3, 15–19, 26
Condición preexistente	19
Coordinador de beneficios de Medicare	1, 4, 5, 15–17, 22–23, 26
Contratista de recuperación de pagos	15–17, 26
Copago	15, 25
Coseguro	11, 15, 21, 25
Cuestionario inicial de inscripción	4
Deducible	11, 15, 21, 25
Denegación de pago	18
Enfermedad pulmonar minera (pulmón negro)	3, 21–22
Enfermedad Renal Terminal (ESRD)	2, 12, 23, 25
Incapacitado	2, 12
Medicaid	2, 8, 26
Medicare como pagador secundario	1, 5
Medigap	8, 10, 11, 23, 26
Pagador primario	1, 5, 13
Pago condicional	3, 14–17
Parte A de Medicare	1, 10, 11, 20, 21, 25
Parte B de Medicare	1, 8, 10, 11, 20, 21, 23, 25
Plan de empleadores múltiples	9, 12, 26
Plan de salud grupal	2, 4, 8–12, 22–23, 26
Plan de salud grupal grande	2, 12
Plan Medicare de Medicamentos Recetados (Parte D)	8, 17, 18, 26

Sección 4: Índice

Prima	10, 26
Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) ..	8, 10, 23, 26
Programa Federal de Enfermedad Minera	3, 21–22
Proveedor de salud	1, 3, 4, 8, 9, 13, 21, 22, 26
Reclamación	3, 4, 13–19
Seguro de responsabilidad	3, 13–15
Seguro sin parte culpable	3, 13–15
TRICARE	3, 20–21
TRICARE for Life	20
WCMSA	16–18, 26

DEPARTAMENTO DE SALUD Y
SERVICIOS HUMANOS DE LOS EE.UU.

Centers for Medicare & Medicaid Services
7500 Security Boulevard
Baltimore, Maryland 21244-1850

Asunto oficial
Penalidad por uso privado: \$300

Pub. de CMS No. 02179-S
Revisada en noviembre de 2011

- Llame al Contratista de Coordinación de Beneficios de Medicare al 1-800-999-1118 si hay algún cambio en su seguro o si tiene preguntas sobre quién paga primero. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-318-8782.