LO BÁSICO De Medicare

CENTROS DE SERVICIOS DE MEDICARE Y MEDICAID

CENTROS DE SERVICIOS DE MEDICARE Y MEDICAID
CENTROS DE SERVICIOS DE MEDICARE Y MEDICAID
CENTROS DE SERVICIOS DE MEDICARE Y MEDICAID
CENTROS DE SERVICIOS DE MEDICARE Y MEDICAID

Una guía para las familias y amigos
de las personas con Medicare

Introducción

Una guía para las familias y amigos de las personas con Medicare

A medida que sus padres, abuelos, parientes o amigos tienen que tomar decisiones sobre su salud, podrían necesitar su ayuda. Medicare puede ser un factor importante para muchas de las decisiones. Si usted no está familiarizado con el programa Medicare o con otros recursos disponibles para la persona a la que desea ayudar, o si quiere refrescar los conocimientos que ya tiene sobre el programa, esta publicación es para usted.

"Lo básico de Medicare" destaca varios temas relacionados con la salud y el cuidado médico de la persona con Medicare. Usted aprenderá sobre cada uno de estos temas y le daremos sugerencias para obtener más información. Las palabras escritas en color azul se describen en la sección "Definiciones".

"Lo básico de Medicare" no es un documento legal. Las normas oficiales del Programa Medicare están descritas en las leyes, reglamentos y disposiciones correspondientes.

La información contenida en esta publicación era correcta al momento de su impresión. Sin embargo, tal vez se hayan hecho cambios posteriores.
Para obtener la información actualizada, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o visite www.medicare.gov. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 1: Organícese

La información que debe conocer 4–5
Planifique para sus decisiones médicas futuras 5–6
El control de su salud 7

Sección 2: Un recorrido por Medicare

¿Qué es Medicare? 10–13
La cobertura actual 14–15
Obtenga Medicare 16–19
Cambios a la cobertura de Medicare 19–20

Sección 3: Opciones para el cuidado de la salud

Los servicios preventivos de Medicare 22–23
Encuentre un médico, proveedor o suplidor 23–24
Ayuda con la hospitalización 25–26
El cuidado de la salud en el hogar 26–28
Opciones de cuidado a largo plazo 28–31
El cuidado de hospicio 32–34

Sección 4: Ayuda con las facturas

Cómo usar el Resumen de Medicare 36–37
Las apelaciones 38
Denuncie el fraude 39

Sección 5: Cómo ayudar – los próximos pasos

Cómo lidiar con una enfermedad 42–43
Pregúntele a Medicare – Información para los que cuidan a otros 44
Programas Estatales de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) 45
Medicare.gov y MiMedicare.gov 46
1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 47

Sección 6: Definiciones

Definiciones 49–52

SECCIÓN
SECCIÓN
SECCIÓN
SECCIÓN
SECCIÓN

"Mi abuela tiene cada días más problemas de salud y necesita mi ayuda. ¿Por dónde empiezo?"

1

Organícese

Esta sección contiene información para que se organice. Si bien puede parecer difícil saber por dónde comenzar, hay varias cosas que usted puede hacer para ayudar o cuidar a otra persona le resulte más fácil.

Las palabras en color azul se definen en las páginas 49–52.

La información que debe conocer

Descubrir que la persona en la cual usted se apoyaba en el pasado ahora necesita de su ayuda puede ser difícil. Comience por hablar con ella y otros familiares sobre sus necesidades de salud y de medicamentos. También es importante que le ayude a tener a mano la información siguiente:

- El número de Seguro Social
- El número de Medicare (lo encontrará en la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
- Los documentos del plan de Medicare (vea la página 13 si desea información sobre cómo averiguar sobre la cobertura actual del beneficiario)
- Otros números de seguro o póliza, incluido el seguro de cuidado a largo plazo
- Información para comunicarse con el médico, especialistas, enfermeras o farmacias
- La lista de los medicamentos y las dosis que toma actualmente
- Los problemas médicos, tratamientos y síntomas
- El historial de sus afecciones médicas
- Alergias o restricciones alimenticias
- Contactos de emergencia, como amigos cercanos, vecinos, sacerdote o gerente del inmueble
- La información legal y financiera

La información que debe conocer (continuación)

Los próximos pasos

Para obtener dicha información, usted puede:

- Visitar la National Caregivers Library en www.caregiverslibrary.org para encontrar herramientas gratuitas para los que cuidan a otra persona. La National Caregivers Library contiene listas de verificación, formularios y otros recursos para ayudarle a tomar decisiones y organizarse.
- Visitar www.MiMedicare.gov para ayudar a la persona a quien cuida a inscribirse en este sitio Web, averiguar sobre su elegibilidad para Medicare y sobre la inscripción en el plan. Vea la página 46 si desea más información.
- Visitar www.medicare.gov/phr para averiguar sobre el Expediente Médico Personal (PHR) y obtener detalles sobre los proyectos especiales de los PHR que Medicare está patrocinando en ciertos estados. Vea la página 7 si desea más información.

Planifique para sus decisiones médicas futuras

Si bien es importante respetar la privacidad de la persona, pedirle cierta información personal como el nombre de los médicos, problemas de salud y los medicamentos que toma, le permitirá ayudarle a planificar para sus necesidades de salud y medicamentos. También es importante instar a la persona a que decida quién tomará las decisiones médicas y de tratamiento si no pudiera hacerlo por sí misma.

Pregúntele qué es lo que quiere que se haga. Tal vez desee autorizar a otra persona para que tome las decisiones relacionadas con el cuidado de su salud. A estas decisiones se les conoce como "instrucciones anticipadas" o "instrucciones por adelantado".

Planifique para sus decisiones médicas futuras (continuación)

En la mayoría de los casos, las instrucciones anticipadas incluyen los siguientes tipos de documentos:

- Un Poder legal para decisiones sobre atención médica (health care proxy). A través de este poder se nombra a una persona específica para que tome decisiones sobre la salud de otra persona cuando dicha persona ya no pueda hacerlo.
- Un Testamento en vida. A través del testamento en vida se dan las instrucciones sobre el tipo de atención médica que desea la persona cuando ya no pueda tomar decisiones por sí misma. Los testamentos en vida indican cuáles son los tratamientos que la persona desearía recibir o rechazar si su vida estuviera en peligro de muerte o si no pudiera expresar sus deseos.
- **Instrucciones para después de la muerte**. En ellas se puede incluir por ejemplo la donación de órganos y/o tejidos.

Si la persona a la que usted cuida tiene instrucciones anticipadas, asegúrese de averiguar dónde se encuentran dichos documentos y entréguele una copia a al médico que la trata, a cualquier persona mencionada en las instrucciones anticipadas y tal vez a algunos miembros de la familia o amigos.

Aviso: Antes de que Medicare pueda darle información médica personal sobre la persona que usted cuida, dicha persona debe autorizarlo por escrito. Si usted piensa ponerse en contacto con Medicare, sería conveniente que la persona a la que cuida llene la "Autorización a Medicare divulgar la información médica personal". Vea la página 48 para obtener más información.

Los próximos pasos

Para información sobre cómo obtener autorización para tomar decisiones sobre la salud de otra persona (en calidad de representante legal), usted puede:

- Comunicarse con la oficina local de envejecimiento, su departamento estatal de salud o un abogado para averiguar sobre las instrucciones anticipadas. También puede visitar www.eldercare.gov, o llamar al 1-800-677-1116 para utilizar el Localizador Eldercare. Esta herramienta puede ayudarle a encontrar servicios para ancianos en su comunidad.
- Obtenga asesoría gratuita y personalizada del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP por su sigla en inglés). Vea la página 45 para obtener más información sobre este programa.

El control de su salud

La persona a quien usted cuida podría tener su información médica en varios lugares – en el hogar, en el consultorio médico o en el hospital. Usted tendrá que conocer dicha información para ayudarle a obtener la mejor atención posible. Por ejemplo, tendría que saber cuándo se le hizo el último procedimiento médico, o la fecha de una cirugía o examen. Tal vez recordar todos estos detalles pueda resultarle tan complicado como obtener la información archivada en varios lugares.

Usted puede ayudar a quien cuida a crear un Expediente Médico Personal (PHR por su sigla en inglés). El PHR es un archivo electrónico que contiene su información médica y los servicios que ha recibido recientemente. Con un PHR, la persona puede hacer un seguimiento de los servicios médicos, como la fecha de su último examen físico, las enfermedades, operaciones, alergias y la lista de sus medicamentos. La información se guarda en un solo lugar y puede ser compartida con otras personas cuando se necesite. Esta herramienta fácil de usar, le permite controlar la información sobre su salud. Si el PHR es electrónico, usted puede usarlo desde cualquier lugar que tenga acceso a Internet. Hay varias compañías que ofrecen los PHR.

La persona que tiene un PHR controla el modo en que se usa su información y quién puede acceder a ella. Si usted ayuda a otra persona a crear un PHR y dicha persona le da acceso al mismo, le estará facilitando su tarea.

Nota: si desea ver las reclamaciones del beneficiario, su elegibilidad para Medicare y la inscripción en un plan, visite www.MiMedicare.gov. Si ha creado un PHR, puede ingresar la información de MiMedicare.gov en el PHR para acceder a la misma de maneras distintas. Para más información sobre MiMedicare.gov, consulte la página 46.

Los próximos pasos

Si desea más información:

- Visite www.medicare.gov/phr para averiguar sobre los PHR y obtener detalles sobre los proyectos especiales sobre PHR que Medicare está patrocinando en ciertos estados.
- Visite www.medicare.gov/Publications para ver el folleto sobre el "Expediente Médico Personal".

My Medicare.
My Health Records.
— Online. Anytime.

Notas

Utilice esta página para anotar cualquier información importante o preguntas

SECCIÓN
SECCIÓN
SECCIÓN
SECCIÓN
SECCIÓN

"¿Cómo hacen mis padres jubilados para pagar por su atención médica? ¿Qué tipo de cobertura tienen?"

2

Un recorrido por Medicare

Esta sección contiene información que le explica qué es Medicare y cómo obtener sus beneficios. También le explica cada parte de Medicare y lo que cubren.

Las palabras en color azul se definen en las páginas 49–52.

¿Qué es Medicare?

Medicare es un seguro médico para:

- Las personas de 65 años o más
- Las personas menores de 65 años con ciertas incapacidades
- Las personas de cualquier edad que padecen de Enfermedad Renal Terminal (ESRD por su sigla en inglés) (insuficiencia renal permanente que requiere tratamiento de diálisis o un trasplante de riñón)

La Parte A de Medicare (seguro de hospital)

- Ayuda a pagar por la internación en el hospital
- Ayuda a pagar por los servicios en un centro de enfermería especializada, el cuidado de hospicio **y** algunos servicios de atención domiciliaria (cuidado de la salud en el hogar)

La Parte B de Medicare (seguro médico)

- Ayuda a pagar por los servicios de los médicos, los servicios ambulatorios que recibe en el hospital y el cuidado de la salud en el hogar
- Cubre algunos servicios preventivos para que se mantenga sano y para evitar que ciertas enfermedades empeoren
- Generalmente paga el 80% de la cantidad aprobada por Medicare para los servicios cubiertos después de que usted haya pagado el deducible de la Parte B, excepto en el caso de los servicios preventivos que están cubiertos en su totalidad

La Parte C de Medicare (planes Medicare Advantage)

Los planes Medicare Advantage (como los HMO o PPO) son una opción de cobertura médica ofrecida por compañías privadas aprobadas y contratadas por Medicare. Estos planes conocidos como la Parte C, incluyen los servicios de las Partes A y B y generalmente la cobertura de los medicamentos recetados por un precio adicional

La Parte D de Medicare (La cobertura de las recetas médicas)

- Una opción de medicamentos ofrecida por compañías privadas aprobadas por Medicare
- Le ayuda con los gastos de sus recetas médicas
- Estos planes pueden ayudarle a reducir los costos de sus medicamentos y a protegerlo contra los aumentos futuros

Otros planes de salud de Medicare

Algunos planes no son planes Medicare Advantage pero siguen siendo parte del programa Medicare. Algunos de ellos brindan la cobertura de las Partes A y B y algunos también ofrecen la de medicamentos recetados (Parte D). Estos planes tienen las mismas normas que los planes Medicare Advantage. Algunos ejemplos incluyen los Planes de Costo, los Programas Piloto y los Programas de Cuidado Total de Salud para Ancianos (PACE por su sigla en inglés).

Nota: Los programas piloto de Medicare, a veces conocidos como "estudios de investigación", son proyectos especiales que prueban ciertas mejoras a la cobertura, pagos y calidad de los servicios de Medicare. Generalmente operan solamente por un período limitado de tiempo para un grupo específico de personas y/o se ofrecen en áreas determinadas. Para obtener más información consulte al programa piloto. Para averiguar sobre los programas piloto actuales llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

¡Hay disponible Ayuda Adicional para pagar por la cobertura de sus recetas médicas! Los beneficiarios de Medicare que tengan ingresos y recursos limitados podrían ser elegibles para obtener la Ayuda Adicional para pagar su cobertura de recetas médicas por un costo reducido o sin costo alguno. Si usted piensa que la persona a la que usted cuida podría ser elegible para la ayuda adicional, llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 o visite www.socialsecurity.gov. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

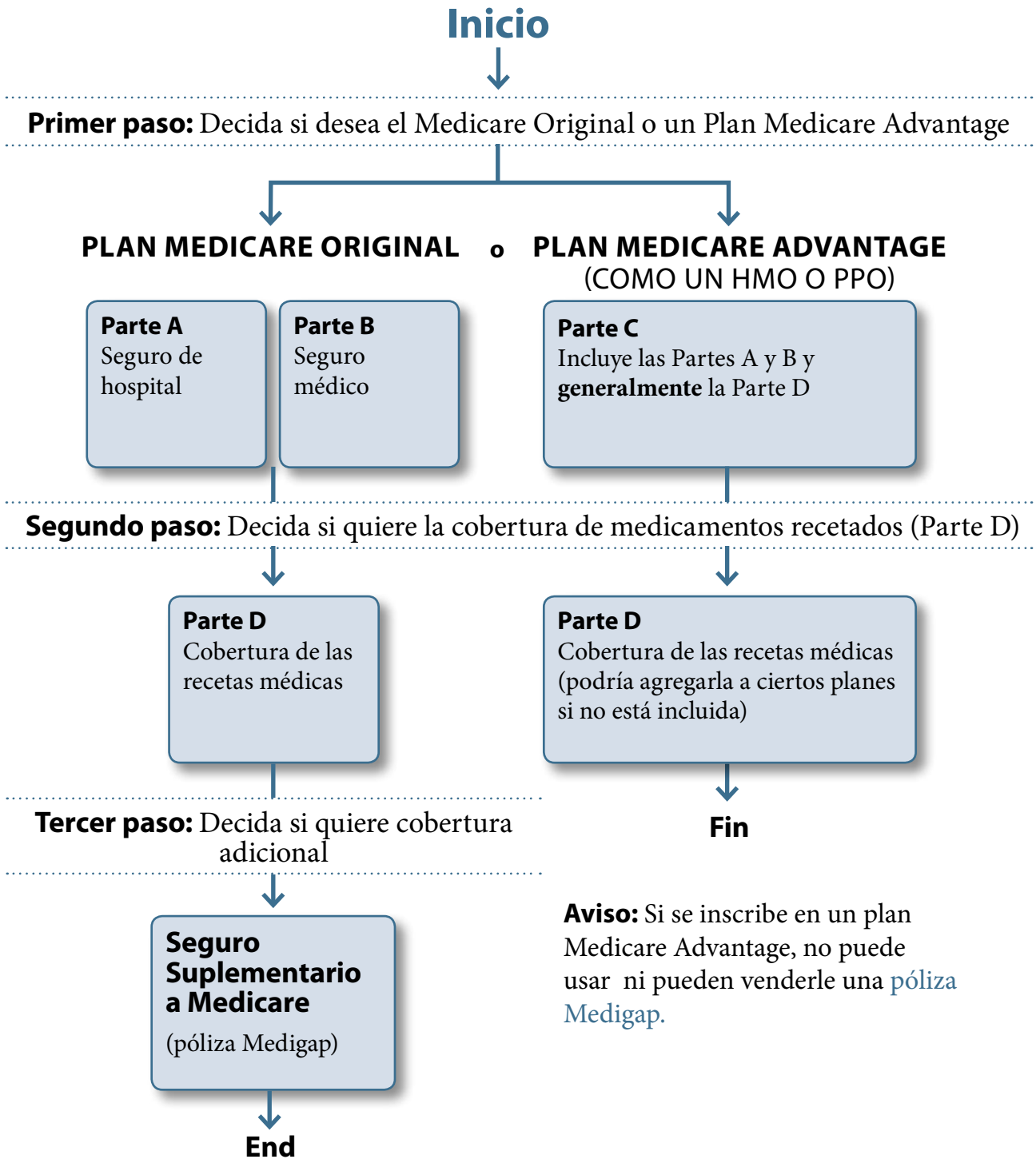
Medicare ha hecho cambios para mejorar la atención médica – por ejemplo más servicios preventivos gratuitos y precios reducidos para los medicamentos. Uno de estos cambios es ofrecer ayuda durante la interrupción en la cobertura de los medicamentos.

La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen una interrupción en la cobertura (conocida en inglés como "donut hole"). Lo que significa que habrá un límite temporario en la cobertura de las recetas médicas. Una vez que el beneficiario llega a la interrupción en la cobertura, le otorgarán un descuento del 50% para los medicamentos de marca y pagará el 86% del precio del plan para los medicamentos genéricos hasta que llegue al final de la interrupción.

Además del descuento del 50% en los medicamentos de marca, se irán otorgando más aumentos hasta el año 2020 en que termine la interrupción en la cobertura.

Sus opciones en Medicare

Hay dos opciones para recibir la cobertura de Medicare. El Medicare Original o un plan Medicare Advantage. Use estos pasos para decidir cuál prefiere.



Sus opciones en Medicare (continuación)

Los próximos pasos

Para averiguar más sobre las distintas partes de Medicare, lo que cobra y los costos:

- Visite www.medicare.gov.
- Visite www.medicare.gov/Publications y consulte el manual "Medicare y Usted".
- Visite www.medicare.gov/Publications y consulte la publicación "Sus beneficios de Medicare".
- Visite www.medicare.gov/Publications y consulte la publicación "Su guía sobre la cobertura Medicare de las recetas médicas".
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

La cobertura actual

Si usted no sabe qué clase de cobertura tiene la persona a la que cuida, es el momento de averiguarlo. Primero, fíjese si dicha persona actualmente tiene Medicare, si lo tiene, averigüe si tiene la Parte A y/o la Parte B. Encontrará dicha información en la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare.

También debe averiguar si la persona está inscrita en un plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO), o en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados. Si la persona tiene el Medicare Original, usted debe preguntarle si tiene una póliza Medigap (seguro suplementario a Medicare).

Es esencial que sepa si la persona a la que cuida tiene otro seguro médico, como un plan de su ex empleador, beneficios para veteranos, beneficios militares (TRICARE), Medicaid u otro seguro que le ayude a pagar los gastos médicos. Si tiene otro seguro, es importante que averigüe cómo funciona dicha cobertura con la de Medicare. Por ejemplo, un beneficiario que tiene la Parte A y es elegible para TRICARE **debe** inscribirse en la parte B o perderá la cobertura de TRICARE.

La cobertura actual (continuación)

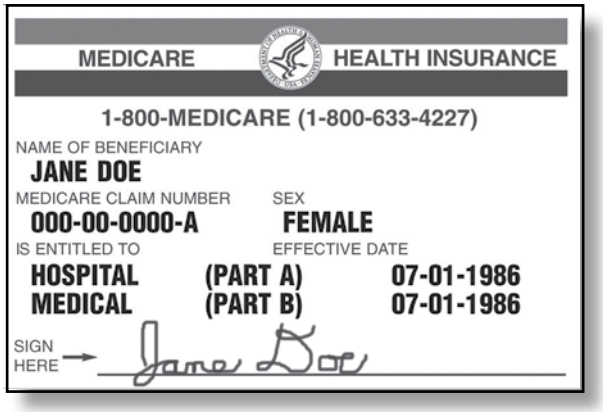
Una vez que usted haya averiguado cuál es la cobertura de Medicare que tiene la persona a quien cuida, tendrá que asegurarse de que dicha cobertura satisfaga las necesidades de la persona y entienda cuándo y cómo cambiarla si no las satisface. Vea la página 19 si desea más información.

Si la persona no tiene Medicare, usted tendrá que averiguar si es elegible, cuáles son las decisiones que tiene que tomar y cómo inscribirse. Para más información consulte la página 15.

Los próximos pasos

Para averiguar qué tipo de cobertura tiene la persona a quien cuida, o cómo trabaja dicha cobertura con Medicare, usted puede:

- Fijarse en la tarjeta de Medicare. También debe fijarse en todas las tarjetas de otros seguros que pudiera tener. Puede llamar al número de teléfono que parece en cada tarjeta para obtener información sobre la cobertura.



- Visitar www.MiMedicare.gov para ayudar a la persona a la que cuida a que acceda a su información sobre elegibilidad a Medicare. Usted podrá ver información sobre la inscripción en un plan médico o de medicamentos. Si desea más información sobre MiMedicare.gov consulte la página 46.
- Llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Si la persona a la que cuida tiene cobertura de su empleador o sindicato, llame al administrador de beneficios.

La cobertura actual (continuación)

Los próximos pasos (continuación)

- Llamar al Departamento de Asuntos de Veteranos (VA por su sigla en inglés) al 1-800-827-1000, o visitar www.va.gov si la persona a la que cuida recibe prestaciones de VA. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-829-4833.
- Llamar a la empresa que se encarga de las reclamaciones de TRICARE al 1-866-773-0404, o visitar www.tricare.osd.mil si la persona a la que cuida recibe prestaciones militares. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-773-0405.
- Para información sobre la elegibilidad para Medicaid, llame a la Oficina Estatal de Ayuda Médica (Medicaid). Llame al 1-800-MEDICARE y diga "Medicaid" para obtener el número de teléfono, o visite www.medicare.gov/contacts.

Obtenga la cobertura de Medicare

Una persona obtendrá las Partes A y B de Medicare automáticamente en las situaciones siguientes:

- Cuando la persona cumpla 65 años y ya esté recibiendo los beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB por su sigla en inglés), se le enviará la tarjeta de Medicare tres meses antes de que cumpla 65 años.
- Si tiene menos de 65 años y una incapacidad, le otorgarán las Partes A y B automáticamente después de que haya recibido los beneficios por incapacidad del Seguro Social, o ciertos beneficios por incapacidad de RRB por 24 meses. Le enviarán la tarjeta de Medicare aproximadamente 3 meses antes del mes número 25 de los beneficios por incapacidad.
- Si una persona padece de Esclerosis Lateral Amiotrófica (ALS por su sigla en inglés), también conocida como enfermedad de Lou Gehrig recibirá las Partes A y B automáticamente en el mes en que comience a recibir los beneficios por incapacidad.

Nota: La Parte B es optativa. Cualquier persona que no desee la Parte B debe seguir las instrucciones que aparecen en la tarjeta de Medicare y devolver la tarjeta. Si se queda con la tarjeta significa que se queda con la Parte B y tendrá que pagar la prima mensual.

Obtenga la cobertura de Medicare (continuación)

Una persona puede inscribirse en la Parte A y/o B en las situaciones siguientes:

- La persona no recibe los beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (por ejemplo porque todavía está trabajando) y desea la Parte A o B, debe comunicarse con el Seguro Social tres meses antes de cumplir 65 años. Las personas que han trabajado para los ferrocarriles, si desean inscribirse deben comunicarse con RRB.
- La persona que padece de Enfermedad Renal Terminal (ESRD por su sigla en inglés) (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón), debe visitar la oficina local del Seguro Social, llamar al 1-800-772-1213 para inscribiré en las Partes A y/o B. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. Si desea más información, visite www.medicare.gov/Publications para consultar "La Cobertura de Medicare de los Servicios de Diálisis y de Trasplante de Riñón".
- La persona no es elegible para la Parte A sin pago de una prima (vea la página 17) pero desea comprarla. En este caso también debe adquirir la Parte B y debe comunicarse con el Seguro social 3 meses antes de cumplir 65 años.

Si la persona no recibe la Parte B automáticamente, o no es elegible para la Parte A sin pago de la prima, puede comprar la Parte A y/o B durante los períodos siguientes:

- **Período inicial de inscripción**—La persona puede inscribirse cuando es elegible para la Parte B por primera vez. (Por ejemplo si es elegible cuando cumple 65 años, el Período Inicial de Inscripción es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes de su cumpleaños, incluye el mes de su cumpleaños y termina 3 meses después del mes en que cumple 65 años.)
- **Período general de inscripción**—Si la persona no se inscribió en la Parte A y/o B cuando fue elegible por primer vez, puede hacerlo entre el 1 de enero y el 31 de marzo de cada año. La cobertura comenzará el 1 de julio, pero tal vez tenga que pagar una multa por inscripción tardía (una prima más alta).

Obtenga la cobertura de Medicare (continuación)

- **Período especial de inscripción**—Tal vez usted decida esperar para inscribirse en la Parte A y/o B porque tiene un seguro de salud grupal a través de su empleador actual o el de su cónyuge (o si está discapacitado, a través del empleo de un familiar). Si este fuera su caso, podrá inscribirse en la Parte B en cualquier momento mientras tenga la cobertura de su plan grupal basada en su empleo actual, o durante el período de 8 meses que comienza al mes siguiente a que termine su empleo, o que termine su cobertura de salud grupal, lo que ocurra primero. **Aviso:** Este Período Especial de Inscripción no es válido para las personas que padecen de ESRD.
- **Período especial de inscripción para voluntarios internacionales**—Si usted decidió esperar para inscribirse en la Parte A y/o B porque tenía un seguro médico mientras hacía trabajo voluntario en el extranjero, se le otorgará una oportunidad especial para inscribirse.

Las primas de las Partes A y B de Medicare

La mayoría de las personas no tienen que pagar una prima mensual por la Parte A porque ellos o sus cónyuges pagaron los impuestos de Medicare mientras trabajaban. A esto se le conoce como "Parte A sin prima". La mayoría de las personas pagan una prima mensual por la Parte B.

Multas por inscripción tardía

Si usted no se inscribe en la Parte A cuando es elegible por primera vez, su prima mensual podría aumentar hasta un 10%. El 10% adicional se aplica independientemente del tiempo que ha retrasado la inscripción. Usted tendrá que pagar esta prima más cara por el doble del número de años en los que podría haber tenido la Parte A pero no se inscribió.

Si no se inscribe en la Parte B cuando es elegible por primera vez, quizá tenga que pagar una multa por inscripción tardía por todo el tiempo que tenga Medicare. La prima mensual de la Parte B podría aumentar hasta un 10% por cada período de 12 meses en los que podría haber tenido la Parte B pero no se inscribió.

Generalmente, no se cobrará la multa por inscripción tardía si la persona se inscribe en la Parte A y/o B durante un período especial de inscripción.

Obtenga la cobertura de Medicare (continuación)

¿Cuándo puede el beneficiario de Medicare inscribirse en un plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) o en un plan de medicamentos recetados?

El beneficiario de Medicare puede inscribirse en un Plan Medicare Advantage o en un plan Medicare de medicamentos recetados:

- Cuando es elegible para Medicare o cumple 65 años, durante su Período Inicial de Inscripción.
- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año y la cobertura comenzará el 1 de enero del año siguiente.
- En ciertas circunstancias en las que se le otorgue un Período Especial de Inscripción, como por ejemplo:
  - Si se muda fuera del área de servicio del plan
  - Si le otorgan la Ayuda Adicional para pagar por la cobertura de las recetas médicas
  - Si se muda a una residencia de cuidado a largo plazo (residencia geriátrica)

Tal vez pueda inscribirse, cambiar o cancelar su Plan Medicare Advantage en otros momentos y circunstancias. Si desea más información, consulte la página 19.

Los próximos pasos

Para más información sobre cómo obtener Medicare:

- Visite www.medicare.gov/Publications y consulte el manual "Medicare y Usted".
- Visite www.medicare.gov/Publications y consulte "Entienda los períodos de inscripción en Medicare".
- Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 si desea información sobre la elegibilidad para Medicare y cómo inscribirse en la Parte A y/o B. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. para información sobre las prestaciones de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB por su sigla en inglés), llame al 1-877-772-5772.
- Visite www.medicare.gov y escoja "Averigüe si es elegible".
- Visite www.medicare.gov/find-a-plan para obtener información sobre los Planes Medicare Advantage, los planes Medicare de medicamentos recetados, las pólizas Medigap y otros planes de Medicare.
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Obtenga asesoría gratuita y personalizada del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP por su sigla en inglés). Para información sobre este programa, consulte la página 45.

Cambios a la cobertura de Medicare

Si la persona a la que usted cuida ya tiene Medicare, sería bueno que se fije si su cobertura actual responde a sus necesidades. Los planes de salud o de medicamentos pueden cambiar sus precios y los servicios que cubren cada año. Cada otoño, los beneficiarios pueden cambiar de plan, por lo tanto, usted debe ayudarle a revisar su cobertura actual y la de las recetas médicas. La salud, finanzas y las necesidades de las personas pueden cambiar y por lo tanto, tal vez haya otro plan que se adapte mejor a las necesidades de la persona a quien cuida.

Si la persona está satisfecha con su cobertura y los costos, no tiene que cambiarla. Sin embargo, si quiere cambiar de plan, sólo podrá hacerlo en ciertos momentos dependiendo del tipo de cobertura que tenga.

El período de inscripción abierta durante el otoño

Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año, el beneficiario de Medicare puede, inscribirse, cambiarse o cancelar un plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) o un plan Medicare de medicamentos recetados. La cobertura comenzará el 1 de enero del año siguiente.

El período de cancelación de un plan Medicare Advantage

Entre el **1 de enero y el 14 de febrero** de cada año, cualquier beneficiario inscrito en un plan Medicare Advantage puede cancelar el plan o cambiarse al Medicare Original. Si la persona se cambia al Medicare Original durante este período, también podrá hasta el 14 de febrero, inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados para agregar dicha cobertura. La cobertura comenzará el primer día del mes después de que el plan reciba el formulario de inscripción.

Durante este período, la persona no puede:

- Cambiarse del Medicare Original a un plan Medicare Advantage.
- Cambiarse de un plan Medicare Advantage a otro.
- Cambiarse de un plan Medicare de medicamentos recetados a otro.
- Inscribirse, cambiarse o cancelar un plan de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare.

Cambios a la cobertura de Medicare (continuación)

En la mayoría de los casos, la persona tendrá que permanecer en el plan Medicare Advantage o en el plan Medicare de medicamentos recetados por un año. Sin embargo, hay ciertas excepciones:

- Si se muda fuera del área de servicio del plan
- Si tiene Medicare y Medicaid
- Si es elegible para recibir ayuda adicional para pagar por la cobertura de sus recetas médicas
- Si vive en una residencia de cuidado a largo plazo (como un asilo para ancianos)

Los próximos pasos

Antes de recomendar una opción, obtenga toda la información que pueda sobre los tipos de cobertura disponibles para la persona a la que cuida. Si necesita ayuda, a continuación le brindamos algunos recursos:

- Visite www.medicare.gov/Publications y consulte el manual "Medicare y Usted".
- Visite www.medicare.gov/Publications y consulte "Entienda los períodos de inscripción en Medicare".
- Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 si desea información sobre la elegibilidad para Medicare y cómo inscribirse en la Parte A y/o B. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. para información sobre las prestaciones de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB por su sigla en inglés), llame al 1-877-772-5772.
- Visite www.medicare.gov y escoja "Averigüe si es elegible".
- Visite www.medicare.gov/find-a-plan para obtener información sobre los Planes Medicare Advantage, los planes Medicare de medicamentos recetados, las pólizas Medigap y otros planes de Medicare.
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Obtenga asesoría gratuita y personalizada del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP por su sigla en inglés). Para información sobre este programa, consulte la página 45.

SECCIÓN
SECCIÓN
SECCIÓN
SECCIÓN
SECCIÓN

"Papá ahora mismo goza de buena salud. ¿Qué puedo hacer para ayudarle a buscar los médicos y servicios apropiados para que se mantenga saludable? Mamá necesita más atención. ¿Cómo puedo obtener el mejor servicio para ella?"

3

Opciones para el cuidado de la salud

Ayudar a otra persona con las decisiones sobre su salud puede ser difícil. En esta sección le explicamos las distintas opciones que le ofrece Medicare y le proporcionamos información que usted puede utilizar para hacerle recomendaciones informadas a la persona a quien cuida.

Recientemente se han hecho mejoras al programa Medicare.

Un beneficio **nuevo** e importante es la visita médica anual de "Bienestar", que es una oportunidad para que usted evalúe su salud con un profesional que le diga qué hacer para mantenerse sano. Para ello, tal vez su médico le pida que responda a un cuestionario corto conocido como "Evaluación de los Riesgos para la Salud" durante la visita médica. Si desea más información sobre los servicios preventivos de Medicare, vea la información en la página siguiente.

Las palabras en color azul se definen en las páginas 49–52.

Los servicios preventivos de Medicare

La mejor manera de garantizar que tanto usted como la persona a quien cuida se mantengan sanos es llevar un estilo de vida saludable. Usted puede llevar una vida sana y prevenir las enfermedades haciendo ejercicio, comiendo bien, manteniendo un peso aceptable y evitando fumar. Medicare puede ayudarles a concentrarse en los servicios preventivos.

Medicare paga por muchos servicios preventivos para mantener a sus beneficiarios en buena salud. Estos servicios pueden hacer una detección temprana de los problemas médicos que es cuando el tratamiento produce los mejores resultados, y pueden prevenir ciertas enfermedades. Entre los servicios preventivos se incluyen los exámenes, análisis y evaluaciones. También incluyen las vacunas, monitoreo e información que les permita a los pacientes controlar su propia salud.

Medicare ayuda a pagar los servicios preventivos siguientes:

Vacunas	**Neumocócica** **Gripe/Influenza** **Hepatitis B** (para las personas de mediano o alto riesgo)
Examen	**"Bienvenido a Medicare" visita médica por única vez** (Durante los 12 meses siguientes a su inscripción en la Parte B) **Visita médica anual de "Bienestar"**
Evaluaciones	**Cáncer colorrectal** **Cáncer de próstata** **Cáncer de mamas** (mamografía) **Examen pélvico** **Examen clínico de los senos** (como parte del examen pélvico) **Examen Papanicolaou** **Cardiovascular** **Diabetes** (para las personas a riesgo) **Glaucoma** (para las personas de alto riesgo)
Otros servicios preventivos y beneficios para mantenerlo sano	**Insumos para diabéticos y entrenamiento para autocontrol** **Densitometría ósea (medición de la masa ósea)** **Terapia de nutrición** **Asesoría para dejar de fumar**

El Medicare Original paga el 100% de la cantidad aprobada por Medicare para la mayoría de los servicios preventivos. Se aplicarán más condiciones.

Los servicios preventivos de Medicare (continuación)

Los próximos pasos

Si desea más información sobre los servicios preventivos:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para averiguar cuáles son los servicios preventivos que le corresponden y cuándo puede recibirlos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite www.MiMedicare.gov para ayudar a la persona a quien cuida a obtener acceso directo a la información sobre los servicios preventivos. Usted puede acceder a la descripción de dichos servicios, la fecha en la que la persona lo recibió por última vez y la próxima fecha en la que puede recibirlo. Si desea más información sobre MiMedicare.gov, consulte la página 46.
- Visite www.medicare.gov/Publications y consulte "Su guía sobre los servicios preventivos de Medicare".

Localice un médico, proveedor o suplidor

Si usted está ayudando a otra persona a escoger un médico, proveedor o suplidor, es importante que sepa cómo recibe la persona los beneficios de Medicare.

Si la persona tiene el Medicare Original, puede atenderse con cualquier médico o proveedor inscrito en el programa Medicare que esté aceptando nuevos pacientes. La mayoría de los médicos y proveedores aceptan la asignación, pero siempre debe preguntarles para asegurarse de que la acepten.

Nota: La asignación le puede ahorrar dinero al beneficiario porque es un acuerdo por el cual el médico y el proveedor aceptan que Medicare les pague directamente, o sea que aceptan recibir la cantidad aprobada por Medicare como pago total del servicio, y a usted sólo le cobrarán el deducible y el coseguro.

Los planes Medicare Advantage y los otros planes médicos de Medicare probablemente tengan otras normas relacionadas con el modo en que recibe sus servicios. Por ejemplo, una persona inscrita en un HMO tendrá que atenderse con los médicos, proveedores y suplidores de la red del plan. Además, es posible que necesite un referido de su médico de cabecera para atenderse con un especialista.

Localice un médico, proveedor o suplidor (continuación)

Nota: Independientemente del modo en que la persona a la que usted cuida obtenga los beneficios de Medicare, es importante que le pregunte al médico, proveedor o suplidor:

- ¿Acepta usted nuevos pacientes de Medicare?
- ¿Acepta el plan Medicare del paciente?
- ¿Brinda y monitorea los servicios preventivos para el paciente, tales como vacunas y evaluaciones médicas?
- ¿Utiliza usted la "e-receta" (receta electrónica)?
- ¿Cuál es su horario de atención?
- ¿Cuáles son los hospitales que usa?

Los próximos pasos

Si necesita ayuda para localizar un médico, proveedor o suplidor:

- Para buscar un médico o proveedor que acepte la asignación, visite www.medicare.gov/find-a-doctor o www.medicare.gov/supplier. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Si la persona a quien usted cuida está inscrita en un plan Medicare Advantage o en otro plan de salud de Medicare, llame al plan o consulte los documentos que le enviaron.

Ayuda con la hospitalización

Tal y como ocurre con los médicos y proveedores, la elección del hospital generalmente depende del modo en que el paciente recibe los beneficios de Medicare.

Si la persona a quien cuida planifica por adelantado y está inscrita en el Medicare Original, puede atenderse en cualquier hospital o centro médico que acepte pacientes con Medicare.

Si la persona a quien cuida está inscrita en otro plan médico de Medicare, debe atenderse en ciertos hospitales o centros que pertenezcan a la red del plan.

En caso de emergencia, el paciente siempre debe ir al hospital más cercano, aun si dicho hospital no pertenece a la red del plan.

Todo beneficiario de Medicare internado en un hospital puede obtener los servicios siguientes:

- Servicios generales de enfermería
- Habitación – semi-privada
- Diagnóstico y servicios tales como la atención médica y cirugías brindadas en el hospital, que tal vez no incluyan los servicios del médico.
- Las comidas e insumos

El Medicare Original **no** paga por:

- Enfermera privada
- Habitación privada (a menos que sea necesario por motivos médicos)
- Televisión y teléfono

Nota: Algunos Planes Medicare Advantage u otros planes médicos de Medicare podrían pagar por dichos servicios. Llame a su plan.

Mientras la persona a quien usted cuida está en el hospital o en un centro de enfermería especializada, el personal está planificando para cuando el paciente regrese a su casa o sea admitido en otro lugar. Durante la hospitalización, la estadía en un asilo para ancianos u otra dependencia, el personal trabajará con usted para planificar el alta del paciente. Usted tiene un papel importante en la planificación. Pida que le muestren el plan de cuidados, hable sobre las opciones de tratamiento y averigüe cuáles son los derechos de apelación del alta. Sin embargo, lo más importante es que se asegure de que se conozcan cuáles son los deseos del paciente. La lista de verificación para la planificación de altas le puede ayudar. Visite www.medicare.gov/Publications para ver la lista “Planificación de su alta”.

Ayuda con la hospitalización (continuación)

Los próximos pasos

Si necesita ayuda para escoger el hospital, usted puede:

- Buscar y comparar los hospitales de su zona, visitando www.medicare.gov/hospital. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Si la persona a quien usted cuida está inscrita en un plan de salud de Medicare, llame al plan o consulte los documentos que le enviaron.

El cuidado de la salud en el hogar (atención domiciliaria)

Con el tipo de apoyo adecuado, el paciente puede seguir llevando una vida productiva e independiente en su propio hogar. Juntos, usted y la persona a quien cuida deben comenzar por hablar con el médico sobre los servicios que necesita y quién se los puede brindar.

El cuidado de la salud en el hogar en el Medicare Original, es la atención especializada a tiempo parcial que se brinda en el hogar, después de una hospitalización o para el tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios incluyen el cuidado de enfermería especializada, la terapia física, ocupacional y del lenguaje, servicios de asistencia social y de auxiliares para el hogar. También incluyen los servicios médicos sociales y el equipo médico duradero (como sillas de ruedas, camas de hospital, oxígeno y andadores) y los insumos médicos para usar en el hogar. Medicare no paga por la atención a tiempo completo, los servicios para el hogar (como las compras, limpieza, lavandería) o la entrega de comidas a domicilio.

El cuidado de la salud en el hogar (continuación)

Los servicios para el cuidado de la salud en el hogar están disponibles para los beneficiarios que cumplen los requisitos siguientes:

1. El paciente debe estar bajo el cuidado de un médico y debe estar recibiendo los servicios indicados en un plan de cuidados que el médico haya elaborado y revise periódicamente.

2. El paciente debe necesitar y el médico debe certificarlo, uno de los servicios siguientes:

- Servicios de enfermería intermitentes
- Terapia física,
- Terapia del lenguaje
- Terapia ocupacional.

3. La agencia para el cuidado de la salud en el hogar debe estar certificada por Medicare.

4. La persona debe estar confinada al hogar y el médico debe certificarlo. Estar confinado al hogar significa que:

- No se recomienda que el paciente abandone el hogar debido a su condición.
- El problema de salud no le permite al paciente abandonar su casa sin ayuda (por ejemplo necesita una silla de ruedas, un andador, un modo especial de transporte o la ayuda de otra persona).
- Salir de su casa le significa un gran esfuerzo.

Nota: Cuando la persona sale de su casa debe hacerlo por un período de tiempo corto y esporádicamente, por ejemplo, para asistir a un servicio religioso. El beneficiario continuará recibiendo los servicios para el cuidado de la salud en el hogar si asiste a un centro diurno para adultos, pero los servicios los recibirá en su casa.

Los Planes Medicare Advantage u otros planes médicos de Medicare podrían tener normas diferentes para el cuidado de la salud en el hogar. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir por lo menos, los mismos servicios para el cuidado de la salud en el hogar que cubre el Medicare Original.

El cuidado de la salud en el hogar (continuación)

Los próximos pasos

Si necesita ayuda para localizar una agencia para el cuidado de la salud en el hogar, o si desea más información sobre la atención domiciliaria:

- Pídale recomendaciones a su médico o al planificador de altas del hospital.
- Utilice una agencia o servicio comunitario de referencias para personas de la tercera edad. Visite "Pregúntele a Medicare" en www.medicare.gov/caregivers para buscar recursos en su comunidad. Si desea información sobre este sitio Web, consulte la página 44.
- Para localizar y comparar las agencias para el cuidado de la salud en el hogar, visite www.medicare.gov/HHCompare. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite www.medicare.gov/Publications y consulte la publicación "Medicare y el cuidado de la salud en el hogar". Esta publicación contiene la lista de verificación de las agencia para el cuidado de la salud en el hogar, que usted puede usar para escoger una agencia.
- Llame al plan o consulte los documentos del plan, si la persona a la que cuida está inscrita en un Plan Medicare Advantage o en otro plan de salud de Medicare.

Las opciones de cuidado a largo plazo

Las enfermedades graves y crónicas o las incapacidades pueden hacer que usted necesite cuidado a largo plazo. Esta decisión se debe tomar después de haber conversado no sólo con la persona a la que cuida, sino con el médico y los miembros de la familia. El cuidado a largo plazo puede brindarse en el hogar, en la comunidad, en un centro de vida asistida o en un asilo para ancianos (residencia geriátrica). **Medicare y la mayoría de los seguros médicos, incluidas las pólizas Medigap (Seguro suplementario a Medicare) no cubren este tipo de atención.**

Las opciones de cuidado a largo plazo (continuación)

Medicare sólo paga por ciertos servicios en un centro de enfermería especializada, que se necesiten diariamente por un período de tiempo corto (hasta 100 días). El cuidado de enfermería especializado es el que se brinda cuando el paciente necesita servicios especializados o personal de rehabilitación, para observar, controlar y evaluar al paciente internado. Algunos ejemplos de este tipo de servicios son, el cambio de vendajes quirúrgicos y la terapia física. Los servicios que pueden ser proporcionados por el personal no profesional no se consideran como cuidado de enfermería especializado. Medicare solamente cubre los servicios de un centro de enfermería especializada después de una estadía calificada de tres días en el hospital.

En ciertas ocasiones, Medicare podría pagar por el cuidado de enfermería especializada más allá del período de tiempo estipulado. Es importante que analice todas las opciones disponibles en su comunidad. Frecuentemente, los servicios comunitarios para las personas de la tercera edad ofrecen visitas de compañía, ayuda en el hogar, programas de comidas, cuidado de relevo, servicios de guardería diurno para adultos, transporte y más. Estos servicios de apoyo pueden estar financiados por el estado y el condado o pueden ser ofrecidos por grupos de voluntarios o religiosos. Los servicios comunitarios de todo el país apoyan la vida independiente y están diseñados para promover la salud, bienestar e independencia de los adultos. Estos servicios pueden complementar las actividades de apoyo de quienes cuidan de otras personas.

Si las otras opciones disponibles en la comunidad no son suficientes para brindar el nivel de atención que necesita la persona a quien cuida, quizá debe ayudarle a buscar un asilo para ancianos (residencia geriátrica). Si dicha persona ingresa a un asilo para ancianos, siga los pasos siguientes para encontrar el asilo que responda mejor a las necesidades del paciente.

1. Localice un asilo para ancianos en su zona. Compare los que les interesan a usted y a la persona a quien cuida. Fíjese en los informes de las inspecciones sanitarias y contra incendios, la cantidad del personal por el número de pacientes, las mediciones de calidad y otra información importante, como cuántas estrellas ha recibido en las mediciones de calidad. Una manera para compararlos es visitar www.medicare.gov/NHCompare. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Las opciones de cuidado a largo plazo (continuación)

2. Visite los asilos que les interesan a usted y a la persona a quien cuida. Para obtener la lista de verificación para comparar los asilos, visite www.medicare.gov/Publications y consulte la "Guía para la selección de un asilo para ancianos".

El cuidado a largo plazo puede resultar muy caro. Hay varias maneras en las que los beneficiarios pueden pagar por el cuidado a largo plazo. La mayoría de las personas que ingresan a un asilo para ancianos comienzan pagando de su propio bolsillo. Otras podrían recibir ayuda de su estado o tener un seguro de cuidado a largo plazo que pague los servicios. Una vez que hayan agotados todos los recursos, eventualmente serán elegibles para recibir los beneficios de Medicaid.

Nota: Medicaid es un programa estatal y federal que paga la mayoría de los costos del asilo para ancianos para las personas con ingresos y recursos limitados. La elegibilidad varía en cada estado. Medicaid paga por el cuidado de 7 de cada 10 residentes de los asilos para ancianos. Medicaid pagará por el cuidado en un asilo solamente cuando se brinde en una dependencia certificada por Medicaid. Para información sobre la elegibilidad para Medicaid, llame a su Oficina Estatal de Ayuda Médica (Medicaid). Si desea el número de teléfono, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y diga "Medicaid". También puede obtenerlo en www.medicare.gov/contacts. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Las opciones de cuidado a largo plazo (continuación)

Los próximos pasos

Si usted necesita ayuda para obtener cuidado a largo plazo para otra persona, hay varios recursos disponibles:

- Visite www.medicare.gov/NHCompare.
- Visite www.longtermcare.gov para aprender sobre la planificación del cuidado a largo plazo y para obtener una copia gratuita del "Kit para la planificación de sus necesidades futuras".
- Comuníquese con el Centro de Recursos para el Envejecimiento y las Incapacidades (ADRC por su sigla en inglés). Los ADRC ayudan a las personas de todas las edades y niveles de ingresos. Cuarenta y tres estados tienen ADRC. Para averiguar si hay un ADRC en su zona, visite www.adrc.tae.org.
- Comuníquese con los Centros para la Vida Independiente (CIL por su sigla en inglés). Estos centros ayudan a las personas discapacitadas de cualquier edad y nivel de ingresos. Usted encontrará un directorio de los CIL por estado en www.ncil.org/directory.html.
- Comuníquese con la Agencia sobre Envejecimiento de su Área (AAA por su sigla en inglés) . Para localizar una agencia llame al Localizador Eldercare al 1-800-677-1116 los días de la semana de 9:00 a.m. a 8:00 p.m. Hora del Este, o visite www.eldercare.gov.
- Si desea más información sobre cómo obtener ayuda para pagar por el cuidado en el asilo y otros gastos de salud, llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP por su sigla en inglés) (consulte la página 45) o a su Intermediario de Cuidado a Largo Plazo. Para obtener los números de teléfono, visite www.medicare.gov/contacts.
- Para más información sobre la cobertura de Medicare del cuidado en un centro de enfermería especializada, visite www.medicare.gov/Publications para consultar la publicación "La cobertura Medicare del cuidado en un centro de enfermería especializada".
- Si la persona a la que usted cuida está inscrita en un Plan Medicare Advantage o en otro plan de salud de Medicare, llame al plan o lea los documentos que le han enviado.

El cuidado de hospicio

El cuidado de hospicio es una manera especial de cuidar a las personas que tienen una enfermedad terminal y a sus familias. El objetivo del hospicio es brindar servicios al final de la vida del paciente y no curar la enfermedad. Estos servicios incluyen el tratamiento para aliviar los síntomas y mantener al paciente cómodo a través de servicios médicos, cuidado de enfermería, servicios sociales, medicamentos para tratar la enfermedad terminal y otras afecciones relacionadas, equipo médico duradero, asesoría y otros.

El beneficio de hospicio de Medicare brinda apoyo y comodidad a los pacientes terminales – incluidos aquellos servicios que Medicare generalmente no paga. Para ser elegible, se deben cumplir las condiciones siguientes:

- El paciente debe tener la Parte A de Medicare.
- El médico y el director del hospicio deben certificar que el paciente tiene una enfermedad terminal y probablemente le queden 6 meses o menos de vida.
- El paciente debe firmar una declaración mediante la cual escoja el servicio de hospicio en vez de los beneficios cubiertos por Medicare para el tratamiento rutinario de la enfermedad terminal.
- El paciente debe obtener los servicios de un programa de hospicio aprobado por Medicare.

Abajo le brindamos las generalidades sobre la cobertura de hospicio en el Medicare Original

- Atención médica – servicios médicos y de enfermería especializada
- Servicios de apoyo – ayuda con las tareas del hogar, auxiliar para el hogar
- Internación a corto plazo en el hospital, incluido el cuidado de relevo (cuidado a corto plazo para los pacientes de hospicio)
- Terapia – terapia física, ocupacional, del lenguaje
- Consejería sobre dieta, terapia para los pacientes y sus familiares
- Medicamentos – para el control de los síntomas y alivio del dolor (con excepción del coseguro de hasta $5)
- Equipo y insumos médicos – camas de hospital, andadores, vendajes quirúrgicos

Se aplicarán ciertas condiciones.

El cuidado de hospicio (continuación)

Tenga en cuenta que los beneficios de hospicio de Medicare no incluyen el tratamiento para curar la enfermedad terminal, sin embargo, los pacientes de hospicio continuarán recibiendo los beneficios de Medicare para ayudarles a pagar por el tratamiento de las afecciones que no estén relacionadas con la enfermedad terminal. Si la salud del paciente mejora o si la enfermedad está en remisión, el paciente siempre tendrá el derecho de suspender el cuidado de hospicio.

La mayoría de los pacientes obtienen los servicios de hospicio en su propio hogar y con sus familias. Según la condición del paciente, los servicios de hospicio pueden brindarse en un centro, hospital o asilo para ancianos aprobado por Medicare. Los voluntarios del hospicio están disponibles para ayudarles con las tareas del hogar, hacerles compañía y reconfortar al paciente y su familia. Medicare paga por el cuidado de relevo para el paciente internado para que la persona que lo cuida descanse.

Los Planes Medicare Advantage y los otros planes médicos de Medicare deben brindarle información sobre los hospicios certificados por Medicare en su zona.

El beneficiario puede escoger los servicios de cualquier hospicio de Medicare aun si está inscrito en un Plan Medicare Advantage o en otro plan de salud de Medicare.

Al escoger el cuidado de hospicio, tenga en cuenta estas preguntas:

- ¿Está el programa de hospicio certificado o licenciado por el estado o el gobierno federal?
- ¿Entrena el proveedor del hospicio a los que cuidan a los pacientes en sus hogares?
- ¿Cómo trabajará el médico de cabecera del paciente con el médico del hospicio?
- ¿Cuál es el número de pacientes asignados al personal del hospicio?
- ¿Se reúne regularmente el personal del hospicio con el paciente y sus familiares para hablar sobre la atención la paciente?
- ¿Cómo responde el personal del hospicio a las emergencias fuera del horario de atención?
- ¿Qué medidas se toman para garantizar la calidad de los servicios del hospicio?
- ¿Qué servicios ofrecen los voluntarios del hospicio? ¿Están entrenados?

El cuidado de hospicio (continuación)

Los próximos pasos

Si necesita ayuda para buscar un programa de hospicio para otra persona o si desea más información sobre este beneficio:

- Comuníquese con su Organización Estatal de Hospicio. El número de teléfono está listado en las páginas azules de su directorio telefónico. También puede visitar www.medicare.gov/contacts.
- Visite www.medicare.gov/Publications y consulte la publicación "Los beneficios de hospicio de Medicare".
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Si la persona a la que usted cuida está inscrita en un Plan Medicare Advantage o en otro plan de salud de Medicare, llame al plan o lea los documentos que le enviaron. También puede usar los recursos mencionados arriba. En todo caso, la persona puede escoger cualquier hospicio de Medicare disponible inclusive si está inscrita en un Plan Medicare Advantage o en otro plan médico de Medicare.

SECCIÓN
SECCIÓN
SECCIÓN
SECCIÓN
SECCIÓN

"Alicia me pidió ayuda. Está internada en el hospital y yo estoy tratado de ayudarle con sus facturas."

4

Ayuda con las facturas

Usted puede proteger a la persona a quien cuida y a Medicare conociendo sus derechos (entre otros los derechos de apelación) y aprendiendo a reconocer y denunciar un fraude.

Esta sección le enseña a leer el Resumen de Medicare (MSN por su sigla en inglés) y lo que puede hacer si está en desacuerdo con algunos de los puntos del MSN.

Las palabras en color azul se definen en las páginas 49–52.

Cómo utilizar el Resumen de Medicare (MSN por su sigla en inglés)

Si un beneficiario inscrito en el Medicare Original obtiene un servicio cubierto por Medicare, recibirá por correo un MSN. Los MSN se envían cada tres meses. Si Medicare le debe un reembolso, le mandará un MSN en cuanto se haya procesado la reclamación. El MSN no es una factura. El resumen lista los servicios que recibió el beneficiario y la cantidad que el hospital, el médico o el proveedor puede cobrarle. Los MSN son enviados por compañías que se encargan de la facturación de Medicare.

Cuando la persona a la que usted cuida recibe un MSN, usted debe:

- Fijarse, si la persona tiene otro seguro y si dicho seguro paga por lo que Medicare no cubre.
- Guardar los recibos y facturas y compararlos con la información en el MSN para asegurarse de que la persona haya recibido todos los servicios, suministros o equipo que se mencionan en el MSN. Si desea más información, consulte la página 38.
- Si el paciente pagó la factura antes de recibir el MSN, compare el MSN con su factura para asegurarse de que pagó la cantidad correcta por los servicios.

Si el beneficiario de Medicare no está de acuerdo con la información en su MSN, puede apelar. La información sobre cómo apelar se detalla en el Resumen de Medicare.

Cómo utilizar el Resumen de Medicare (continuación)

Los próximos pasos

Para más información sobre el MSN, usted tiene las opciones siguientes:

- Para ver una muestra del MSN y obtener información para leerlo, visite www.medicare.gov y escoja "Lo básico de Medicare" y luego "Entienda sus reclamaciones".
- Para solicitar una copia de un MSN, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Para ayudar a otra persona a ver sus reclamaciones y pedir copias de su MSN, visite www.MiMedicare.gov. Vea la página 46 si desea más información sobre MiMedicare.gov.
- Si la persona a la que cuida necesita cambiar su domicilio en el MSN, llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. Si dicha persona recibe los beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB por su sigla en inglés), llame a su oficina local de RRB al 1-877-772-5772.
- Si tiene preguntas sobre algún resumen de un Plan Medicare Advantage, plan Medicare de medicamentos recetados o de una póliza Medigap, llame al coordinador de beneficios de la compañía que ofrece el plan. El número de teléfono lo encontrará en el resumen o en la factura del plan.

Apelaciones

Todas las personas con Medicare tienen ciertos derechos garantizados. Uno de ellos es el de obtener una revisión (apelación) de ciertas decisiones sobre el pago de los servicios y la cobertura de los mismos y de los medicamentos.

La información sobre cómo apelar la encontrará en su Resumen de Medicare o en los documentos de su plan.

Nota: Si la persona a la que usted cuida desea que usted apele una decisión en su nombre, tendrá que llenar un formulario de "Nombramiento de un representante". Usted encontrará este formulario en www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf. También puede solicitarlo llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Los próximos pasos

Si la persona a la que usted cuida decide apelar una decisión, usted puede ayudarle de la manera siguiente:

- Pídale al médico o proveedor cualquier información que pueda ayudar a su caso.
- Llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) para que le ayuden a presentar la apelación. Si desea más información, consulte la página 45.
- Visite www.medicare.gov/Publications y consulte "Las apelaciones a Medicare".
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Si la persona a la que usted cuida está inscrita en un Plan Medicare Advantage o en otro plan de salud de Medicare, llame al plan o lea los documentos que le enviaron.

Denuncie el fraude

La mayoría de médicos, proveedores de servicios de salud, farmacéuticos y planes que trabajan con Medicare son honestos. Desafortunadamente algunos no lo son. El fraude contra Medicare ocurre cuando se le cobra a Medicare por servicios o suministros que usted nunca recibió. Todos los años, este fraude ocasiona pérdidas a Medicare.

Cuando la persona a quien usted cuida reciba un servicio, marque la fecha en un calendario y guarde los recibos que le entreguen los proveedores. Use el calendario y los recibos para fijarse si en los informes que recibe hay discrepancias. Los informes incluyen el MSN si está en el Medicare Original o un resumen similar que liste los servicios o medicamentos recibidos a través de un plan de salud o de medicamentos.

Usted puede ayudar a la persona a quien cuida a controlar las reclamaciones del Medicare Original visitando www.MiMedicare.gov. Las reclamaciones generalmente están disponibles a las 24 horas de haber sido procesadas. Si desea más información sobre MiMedicare.gov, consulte la página 46.

Recuerde estos consejos que le ayudarán a prevenir el fraude:

- ¡Haga preguntas! Usted tiene el derecho de saber todo lo relacionado con su salud incluidos los gastos que se le facturan a Medicare.
- Edúquese junto a la persona a quien cuida sobre Medicare. Conozca sus derechos, revise atentamente el MSN y otros informes o facturas. Si es necesario, pregúntele a su proveedor cuáles son los servicios y artículo que le facturó a Medicare.
- Sospeche de los proveedores que le dicen que un servicio o suministro generalmente no está cubierto pero que “ellos saben cómo cobrárselo a Medicare” para que lo pague.

Denuncie el fraude (continuación)

Los próximos pasos

Si sospecha de algún fraude en la facturación:

- Si usted o la persona a la que cuida conoce al proveedor, llámelo para asegurarse de que haya facturado correctamente.
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Llame al 1-877-7SAFERX (1-877-772-3379) si la persona a la que cuida está inscrita en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados o en un Plan Medicare Advantage que ofrece la cobertura de las recetas médicas.

SECCIÓN
SECCIÓN
SECCIÓN
SECCIÓN
SECCIÓN

"Juana está mejorando de su enfermedad, pero es posible que necesite más ayuda. ¿Dónde puede buscar los servicios que necesita?

5

Cómo ayudar – los próximos pasos

Usted puede brindarle apoyo a la persona a quien cuida familiarizándose con Medicare y otros servicios. Los recursos mencionados en esta publicación son su punto de partida. Una vez que obtenga la información, el paso siguiente es ponerse en contacto con la gente y organizaciones que puedan ayudarle.

Esta sección le menciona algunos de los recursos de Medicare y le indica dónde obtener más ayuda.

Las palabras en color azul se definen en las páginas 49–52.

Cómo lidiar con una enfermedad

Padecer una enfermedad crónica o una cirugía le generará a la persona a la que usted cuida una cantidad de preguntas e inquietudes. Su apoyo es importante. Hable con el paciente sobre su condición y el tratamiento y sobre lo que indica el médico en cada visita. Hablar sobre el tema puede aclararle el panorama y tranquilizar al paciente al tener una visión más realista de la situación. Tenerlo a usted para hablar no sólo le dará consuelo sino que le ayudará a la hora de tomar decisiones sobre su salud.

Ayudar a otra persona a lidiar con un problema grave de salud, especialmente si es durante un período de tiempo largo, puede agotarlo física y afectivamente.

Si usted cuida de otra persona, a continuación le mencionamos algunas medidas que puede tomar.

- Hable con alguien sobre lo que siente. Todos los sentimientos son válidos incluso aquellos que le molestan o enojan.
- Póngase objetivos realistas. Lograr un equilibrio entre su trabajo, la familia y el tiempo que desea para usted mismo es una tarea difícil. Haga una lista de prioridades y pida ayuda a otras personas con alguna de las tareas.
- Hágase tiempo para usted, aun si es una hora o dos.

Nota: Si se lo ofrecieran, aproveche el cuidado de relevo. Este servicio brinda atención temporal. El cuidado de relevo puede ser ayuda con una tarea específica, o que un proveedor de la salud cuide a un paciente en su hogar o en otra dependencia mientras usted se toma ese tiempo libre. Medicare generalmente no paga por el cuidado de relevo, excepto cuando esté relacionado con el cuidado de hospicio. Sin embargo, podría haber otro tipo de ayuda disponible.

Cómo lidiar con una enfermedad (continuación)

Los próximos pasos

Compartir experiencias con otros puede ayudarle a lidiar con el estrés, localizar recursos y reducir el sentimiento de aislamiento. Tal vez existan recursos en su comunidad para ayudarle. Para localizar un grupo de apoyo para las personas que cuidan de otros en su zona, usted puede:

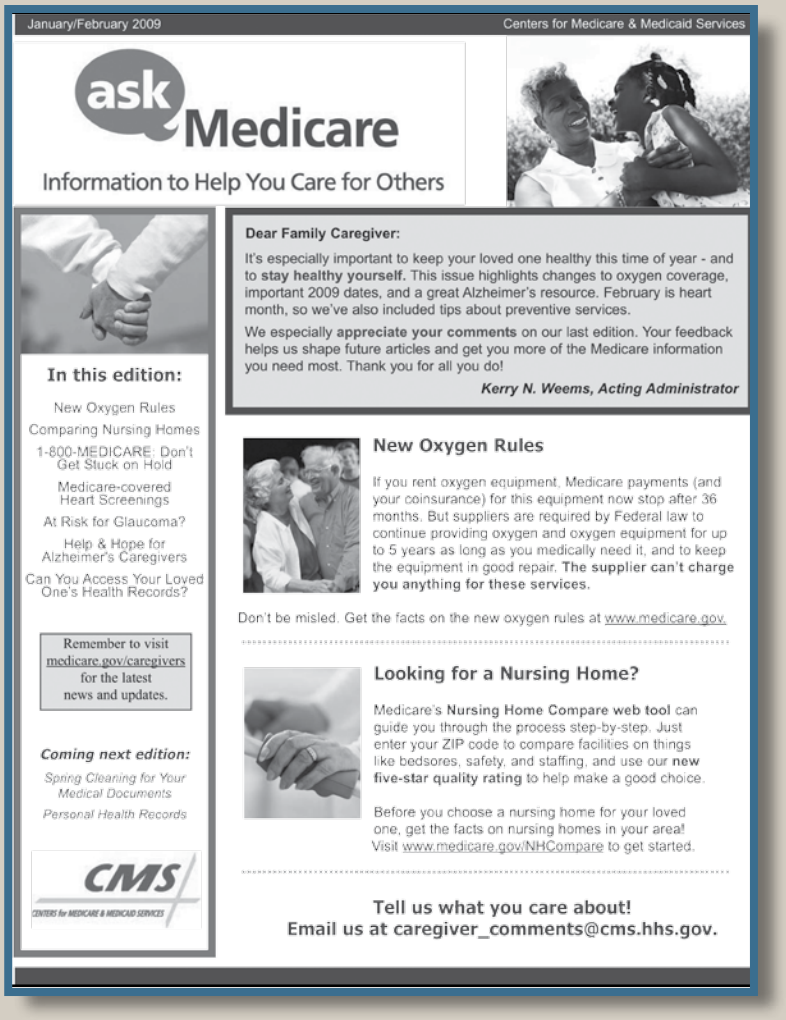
- Leer el periódico o ir a su biblioteca local para averiguar sobre la ayuda disponible en su comunidad.
- Comunicarse con la Agencia sobre Envejecimiento de su Área. Visite al Localizador Eldercare en www.eldercare.gov, o llame al 1-800-677-1116 para obtener los números de teléfono.
- Visite "Pregúntele a Medicare" en www.medicare.gov/caregivers para encontrar los recursos en su comunidad y en Internet. Si desea más información sobre este sitio Web, consulte la página 44.
- Averigüe si hay un programa de ayuda disponible para empleados en su lugar de trabajo. Tal vez pueda hablar con un profesional entrenado para asesorarlo en los asuntos relacionados con los que cuidan de otras personas.

Pregúntele a Medicare – Información para ayudarle a cuidar de otros

Medicare trabaja para satisfacer las necesidades de sus beneficiarios y de aquellos que los cuidan. Medicare tiene dos herramientas nuevas para ayudarle a obtener la información que usted necesita.

"Pregúntele a Medicare" es el sitio Web principal para los que cuidan a otras personas. Visite www.medicare.gov/caregivers para ayudar a la persona a la que usted cuida a escoger un plan de medicamentos, a comparar asilos para ancianos, obtener ayuda con las facturas, localizar recursos locales y más.

Desde el sitio Web "Pregúntele a Medicare", usted puede inscribirse para recibir un boletín electrónico bi-mensual gratuito con información actualizada entre la que se incluyen fechas importantes, cambios al programa Medicare, recursos en la comunidad y consejos para que usted se cuide y atienda a la persona a la que cuida.



January/February 2009 — Centers for Medicare & Medicaid Services

ask Medicare

Information to Help You Care for Others

Dear Family Caregiver:

It's especially important to keep your loved one healthy this time of year - and to **stay healthy yourself.** This issue highlights changes to oxygen coverage, important 2009 dates, and a great Alzheimer's resource. February is heart month, so we've also included tips about preventive services.

We especially **appreciate your comments** on our last edition. Your feedback helps us shape future articles and get you more of the Medicare information you need most. Thank you for all you do!

Kerry N. Weems, Acting Administrator

In this edition:

New Oxygen Rules
Comparing Nursing Homes
1-800-MEDICARE: Don't Get Stuck on Hold
Medicare-covered Heart Screenings
At Risk for Glaucoma?
Help & Hope for Alzheimer's Caregivers
Can You Access Your Loved One's Health Records?

Remember to visit medicare.gov/caregivers for the latest news and updates.

Coming next edition:

Spring Cleaning for Your Medical Documents

Personal Health Records

CMS — CENTERS for MEDICARE & MEDICAID SERVICES

New Oxygen Rules

If you rent oxygen equipment, Medicare payments (and your coinsurance) for this equipment now stop after 36 months. But suppliers are required by Federal law to continue providing oxygen and oxygen equipment for up to 5 years as long as you medically need it, and to keep the equipment in good repair. **The supplier can't charge you anything for these services.**

Don't be misled. Get the facts on the new oxygen rules at www.medicare.gov.

Looking for a Nursing Home?

Medicare's **Nursing Home Compare web tool** can guide you through the process step-by-step. Just enter your ZIP code to compare facilities on things like bedsores, safety, and staffing, and use our **new five-star quality rating** to help make a good choice.

Before you choose a nursing home for your loved one, get the facts on nursing homes in your area! Visit www.medicare.gov/NHCompare to get started.

Tell us what you care about!
Email us at caregiver_comments@cms.hhs.gov.

Programas Estatales de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP por su sigla en inglés)

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) brinda asesoría gratuita personalizada sobre Medicare y otros temas relacionados con el seguro. El SHIP puede ayudar a las personas con Medicare, o a un familiar o amigo que tiene autorización para ayudar al beneficiario.

Usted puede hablar con un consejero de SHIP en persona o hacerlo por teléfono. Los consejeros pueden responderle preguntas generales sobre la inscripción en los planes Medicare, el seguro de cuidado a largo plazo, problemas sobre reclamaciones o facturas, información sobre los programas de ayuda pública para las personas con ingresos y recursos limitados y otra información sobre el seguro médico. Cuando usted tenga una inquietud relacionada con Medicare, su SHIP es un buen lugar para empezar a buscar una solución.

Para obtener los números de teléfono de los SHIP más actualizados, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede visitar www.medicare.gov/contacts.

Medicare.gov y MiMedicare.gov

Visite www.medicare.gov el sitio Web oficial del gobierno de los Estados Unidos para las personas con Medicare. Es una herramienta amplia y fácil de usar. A continuación le presentamos algunas de las cosas que usted o la persona a quien cuida puede hacer en este sitio Web:

- Averiguar si es elegible para Medicare y cuándo puede inscribirse.
- Averiguar lo que cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos.
- Obtener información detallada sobre los planes médicos y de recetas médicas de Medicare en su zona, incluyendo información sobre los costos y los servicios que brindan.
- Buscar médicos y proveedores que proporcionen servicios o productos a través del programa Medicare.
- Obtener información sobre la calidad de los servicios brindados por los asilos para ancianos, los hospitales, agencias para el cuidado de la salud en el hogar, los planes Medicare y los centros de diálisis.
- Obtener formularios e información sobre las apelaciones a Medicare.
- Buscar números de teléfono útiles.
- Ver las publicaciones de Medicare.

El sitio seguro de Medicare en Internet, que le permite acceder a su información personal www.MiMedicare.gov, está disponible las 24 horas del día, todos los días de la semana. Usted puede ayudar a la persona a quien cuida a inscribirse en el sitio Web. En www.MiMedicare.gov usted o la persona a la que cuida pueden:

- Llenar el Cuestionario Inicial de Inscripción para que Medicare pueda procesar sus facturas correctamente.
- Hacer un seguimiento de sus reclamaciones.
- Pedir una copia del Resumen de Medicare (MSN por su sigla en inglés) o pedir una tarjeta de Medicare de reemplazo.
- Controlar el estatus del pago del deducible de la Parte B.
- Ver información sobre elegibilidad
- Controlar los servicios preventivos que puede obtener
- Obtener información sobre el plan médico o de medicamentos del beneficiario o buscar un plan nuevo.
- Mantener toda la información de Medicare de la persona que cuida en un lugar accesible
- Inscribirse para recibir el manual “Medicare y Usted” electrónicamente (e-Manual)

1-800-MEDICARE

Medicare está disponible para usted las 24 horas del día, los siete días de la semana. Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para hablar con un representante de servicio al cliente. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Usted o la persona a la que cuida puede llamar al 1-800-MEDICARE por cualquiera de los motivos siguientes:

- Para obtener respuesta a sus preguntas sobre lo que cubren las Partes A y B.
- Para obtener información sobre sus reclamaciones
- Pedir información sobre las opciones de cobertura médica de Medicare, incluidos los costos, beneficios, calidad y más.
- Para obtener información y hacer preguntas sobre los planes médicos y de medicamentos recetados de Medicare en su zona, incluidos los costos y los servicios que brindan.
- Para inscribirse en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados o en un Plan Medicare Advantage (como un HMO o un PPO) cuando sea elegible.
- Para obtener información sobre los asilos para ancianos, hospitales, agencias para el cuidado de la salud en el hogar y centros de diálisis en su zona.
- Para obtener información sobre las apelaciones a Medicare y los derechos del paciente.
- Para solicitar publicaciones de Medicare, entre ellas el manual “Medicare y Usted”.
- Para obtener números de teléfono útiles.

Antes de llamar, tenga a mano el número de Medicare del beneficiario que se encuentra en la tarjeta de Medicare roja, blanca y azul.

1-800-MEDICARE (continuación)

Recuerde que el representante de servicio al cliente sólo puede hablar con usted si la persona a quien cuida lo ha autorizado. Sería una buena idea que dicha persona llene el formulario de autorización con anterioridad y que se lo mande por correo a Medicare. El beneficiario puede autorizarlo de las maneras siguientes:

- Llenando y presentando la autorización electrónicamente, usted puede obtener el formulario en www.medicare.gov/MedicareOnlineForms. Si la persona a quien ayuda tiene problemas para llenarlo electrónicamente, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pedir que le ayuden por teléfono a llenarlo. Presentar el formulario electrónicamente, le permitirá llamar o hablar en nombre del beneficiario a quien cuida casi inmediatamente.

- Descargue y llene el formulario en PDF en www.medicare.gov/MedicareOnlineForms. La persona a quien cuida puede luego de llenarlo y firmarlo, enviar el formulario por correo a:

Medicare BCC, Written Authorization Department
PO Box 1270
Lawrence, Kansas 66044

La persona a quien cuida puede llamar al 1-800-MEDICARE y pedirle al representante de servicio al cliente que le ayude a llenar la autorización estándar por teléfono. El representante de servicio al cliente luego le enviará por correo el formulario completado para que lo firme y lo devuelva. Llenar el formulario impreso retrasará el proceso y usted generalmente tendrá que esperar unas semanas antes de poder hablar en nombre de su representado.

Si necesita ayuda para solucionar algún asunto relacionado con una reclamación a Medicare de una persona que ha fallecido, debe tener el MSN antes de llamar al 1-800-MEDICARE con sus preguntas sobre la reclamación. Si no tiene un MSN, llame al 1-800-MEDICARE y pídalo. Enviarán el MSN a la dirección que figura en los archivos de Medicare. Si bien Medicare no puede hacer el cambio de domicilio del archivo del beneficiario, el Seguro Social tal vez pueda hacerlo. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 si desea más información.

SECCIÓN
SECCIÓN
SECCIÓN
SECCIÓN
SECCIÓN

6

Definiciones

Agencia para el cuidado de la salud en el hogar

Servicios e insumos que su médico indica que usted debe recibir en su hogar siguiendo un plan establecido. Medicare solamente paga por la atención domiciliaria limitadamente y cuando sea ordenada por su médico.

Cantidad aprobada por Medicare

En el Medicare Original, es la cantidad que puede recibir en pago un médico o proveedor que acepta la asignación. Puede ser menos que la cantidad que le cobra su médico o proveedor. Medicare paga su parte y usted paga la diferencia.

Coseguro

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

Cuidado a largo plazo

Una variedad de servicios para ayudar a las personas con sus necesidades médicas y no médicas durante un período de tiempo. El cuidado a largo plazo puede ser brindado en el hogar, en la comunidad o en varias dependencias, como un asilo para ancianos o centros para la vida asistida. La mayoría de las veces es un tipo de cuidado de compañía. Medicare no paga por este tipo de atención si es el único tipo de cuidado que usted necesita.

Cuidado de Hospicio
Una manera especial de cuidar de las personas que padecen una enfermedad terminal. El cuidado de hospicio se basa en un enfoque de equipo que atiende las necesidades médicas, físicas, sociales, emotivas y espirituales de los pacientes. El hospicio también brinda servicios de apoyo a la familia y a la persona que cuida del paciente.

Cuidado de la salud en el hogar (atención domiciliaria)
Servicios y suministros que el médico decide que usted debe recibir en su hogar, de acuerdo con un plan de cuidados diseñado por su médico. Medicare cubre este tipo de atención de forma limitada y siempre que la ordene el médico.

Cuidado de relevo
El cuidado periódico o temporal que se brinda en un asilo para ancianos, centro de vida asistida u otro programa de atención a largo plazo para que la persona que cuida del paciente descanse o se tome un tiempo libre.

Cuidado en un Centro de Enfermería Especializada (SNF por su sigla en inglés)
Es el cuidado diario o de rehabilitación brindado en un centro de enfermería especializada.

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.

Intermediario de cuidado a largo plazo
Un defensor independiente de los pacientes de los asilos para ancianos o centros de vida asistida, que trabaja para resolver los problemas entres los residentes y los asilos o centros de vida asistida. También le pueden brindar información sobre las agencias para el cuidado de la salud en el hogar en su zona.

Instrucciones anticipadas
Un documento escrito que indica cómo desea que se tomen las decisiones sobre su salud, en caso de que usted no pueda decidir por usted mismo. Pueden incluir un Testamento en vida y un Poder legal duradero para decisiones médicas.

PACE (Programa de Cuidado Total de Salud para Ancianos)

PACE es un programa que ofrece todos los servicios cubiertos por Medicare y Medicaid así como servicios adicionales, necesarios por razones médicas, de acuerdo a sus necesidades y según lo determine un equipo interdisciplinario. PACE ayuda a las personas mayores delicadas de salud que necesitan los servicios brindados en un asilo para ancianos, pero que aún pueden seguir viviendo en su comunidad. PACE combina los servicios médicos, sociales y de cuidado a largo plazo y ofrece la cobertura de las recetas médicas.

Plan Medicare de Costo

Un tipo de plan médico disponible en ciertas zonas. En un Plan de Costo de Medicare, si usted recibe los servicios fuera de la red del plan si una orden de su médico de cabecera (referral), los servicios cubiertos serán pagados por el Medicare Original (su plan de costo pagará por los servicios de emergencia o los servicios urgentes).

Plan Medicare Advantage (Parte C)

Un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos los beneficios de las Partes A y B. Los Planes Medicare Advantage incluyen los planes de Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud (HMO), los de Organizaciones de Proveedores Preferidos (PPO), los planes Privados de Pago-por-Servicio, los Planes para Necesidades Especiales o los Planes Medicare de Cuenta de Ahorros Médicos. Si usted está inscrito en un Plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare serán pagados por el Plan Medicare Advantage en vez del Medicare Original. La mayoría de los Planes Medicare Advantage ofrecen la cobertura de las recetas médicas.

Plan Medicare de Cuenta de Ahorros Médicos (MSA por su sigla en inglés)

Estos planes combinan un Plan Medicare Advantage con opción de deducible alto con una cuenta de ahorros médicos para pagar por sus gastos de salud. El plan deposita dinero de Medicare en la cuenta. Usted puede usar ese dinero para pagar sus gastos médicos, pero solamente las expensas cubiertas por Medicare se tendrán en cuenta para el pago del deducible. La cantidad depositada generalmente es menor que la cantidad del deducible, lo que significa que usted tendrá que pagar de su bolsillo antes de que comience la cobertura. Los Planes MSA no pueden ofrecer la cobertura de las recetas médicas (Parte D), pero usted puede inscribirse en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados mientras está inscrito en un Plan MSA.

Plan Medicare de Medicamentos Recetados (Parte D)
Un plan independiente ofrecido por compañías privadas y de seguros aprobadas por Medicare, para agregar la cobertura de sus recetas médicas al Medicare Original, a los planes Privados de Pago-por-Servicio, a los Planes de Costo de Medicare y a los Planes Medicare de Cuenta de Ahorros Médicos. Los Planes Medicare Advantage también pueden ofrecer la cobertura de medicamentos siempre que sigan las mismas normas de los planes Medicare de medicamentos recetados.

Plan Medicare Original
Es un plan de pago-por-visita en el que el gobierno les paga directamente a sus proveedores por los servicios cubiertos por las Partes A y B.

Poder legal
Un documento legal que le permite designar a otra persona para que tome decisiones sobre su atención médica en nombre suyo. A este tipo de instrucción anticipada se le conoce como Poder para atención médica, nombramiento de un agente para las decisiones médicas o poder legal duradero para decisiones médicas.

Poder legal duradero
Un documento legal que le permite designar a otra persona para que actúe en nombre suyo en caso de que usted no pueda hacerlo o esté discapacitado.

Póliza Medigap
Una póliza de seguro suplementaria a Medicare ofrecida a la venta por compañías de seguros privadas para cubrir lo que no cubre el Medicare Original.

Testamento en vida
Un documento legal conocido como instrucciones médicas o instrucciones anticipadas. En el mismo se menciona su voluntad sobre por ejemplo el uso del respirador artificial o cualquier otro tratamiento médico para mantenerlo vivo en ciertas circunstancias, generalmente cuando la muerte es inminente.

Usted no siempre puede planificar con antelación cuando necesita atención médica, pero cuando pueda, tómese el tiempo para comparar. Medicare recaba información sobre la calidad de los servicios brindados por la mayoría de los planes Medicare y otros proveedores de la salud. Visite www.medicare.gov para comparar la calidad de los servicios ofrecidos por los planes médicos y de medicamentos recetados, los proveedores y los centros de todo el país.

Si tiene alguna pregunta o queja sobre la calidad de los servicios recibidos por la persona a la que usted cuida, llame a la Agencia para Mejoras en la Calidad (QIO por su sigla en inglés) local. Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener el número de la QIO. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

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

Asunto oficial
Penalidad por uso privado, $300

CMS Producto No. 11034-S

Revisado en mayo de 2011

¿Necesita una copia en español? Visite www.medicare.gov en el sitio Web. Para saber si esta publicación esta impresa y disponible (en español), llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.