

Bienvenido a Medicare

CENTROS DE SERVICIOS DE MEDICARE Y MEDICAID

2016



Bienvenido a Medicare

Medicare es un seguro médico para personas mayores de 65 años, menores de 65 con ciertas incapacidades y personas de cualquier edad con enfermedades renales terminales (ESRD) (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

Usted está recibiendo este paquete porque usted ha sido inscrito automáticamente en la Parte A de Medicare (Seguro de hospital). Usted no tiene que pagar una prima mensual por la Parte A. Usted también ha sido inscrito automáticamente en la Parte B de Medicare (Seguro médico). Usted deberá pagar una prima mensual por la Parte B si decide quedarse con ella.

Este folleto explica algunas decisiones importantes que usted deberá tomar, incluido si quiere quedarse con la Parte B. También incluye información sobre las decisiones que deberá tomar sobre su cuidado de salud y su cobertura de medicamentos recetados.

Lea este folleto detenidamente antes de tomar cualquier decisión.

La información de este folleto describe el Programa Medicare y era correcta en el momento en que se imprimió. Puede ser que haya cambios después que se imprima. Visite Medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener la información más actualizada. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

“Bienvenido a Medicare” no es un documento legal. La asesoría legal del Programa Oficial de Medicare se encuentra en los estatutos, reglas y regulaciones correspondientes

Contenido

Puntos básicos sobre Medicare	4
Decisiones que debe tomar	5
Decisión 1: ¿Debo conservar la Parte B?	6–14
Decisión 2: ¿Cómo obtengo mi cobertura Medicare?	15–17
Decisión 3: ¿Necesito cobertura Medicare para medicamentos recetados (Parte D)?	18–21
Decisión 4: ¿Necesito una póliza de Seguro Suplementario de Medicare (Medigap)?	23–24
Próximos pasos	25
Ayuda para personas con ingresos y recursos limitados	26
¿Cómo puedo obtener respuestas a mis preguntas sobre Medicare?	27

Puntos Básicos sobre Medicare

A continuación, aparece una breve descripción de las diferentes partes de Medicare. Busque en su manual “Medicare y Usted” o visite Medicare.gov para obtener más información.

- Coberturas de Medicare Parte A (Seguro de hospital)
 - Internación en hospitales
 - Cuidado en un centro de enfermería especializada
 - Cuidado de hospicio
 - Cuidado de la salud en el hogar
- Coberturas de Medicare Parte B (Seguro médico)
 - Servicios de médicos y otros proveedores del cuidado de la salud
 - Cuidado de paciente ambulatorio
 - Cuidado de la salud en el hogar
 - Equipo médico duradero
 - Muchos servicios preventivos
- Medicare Parte C (Planes Medicare Advantage: opciones de planes de salud que combinan cobertura Parte A, Parte B y generalmente Parte D)
- Medicare Parte D (cobertura Medicare para medicamentos recetados)

Nota: Medicare no pagará sus facturas médicas o del hospital si no reside legalmente en los EE. UU.

Decisiones que debo tomar

Decisión 1: ¿Debo conservar la Parte B?

Fue inscrito en forma automática en la Parte B. Si no desea conservar la Parte B, háganoslo saber antes de la fecha de entrada en vigencia en el frente de su tarjeta Medicare, incluida en este paquete. Vea las páginas 6–14.

Decisión 2: ¿Cómo obtengo mi cobertura Medicare?

Si conserva la Parte B además de la Parte A, puede elegir cómo obtener su cobertura médica. Puede elegir Medicare Original (administrado por el gobierno federal) o el Plan Medicare Advantage (administrado por una compañía de seguros privada). Vea las páginas 15–17.

Decisión 3: ¿Necesito cobertura Medicare para medicamentos recetados (Parte D)?

Si elige Medicare Original y desea cobertura para medicamentos, deberá registrarse en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. Si, en cambio, elige registrarse en un Plan Medicare Advantage (como HMO o PPO), verifique si el plan incluye cobertura Medicare para medicamentos. Vea las páginas 18–21

Decisión 4: ¿Necesito una póliza de Seguro Suplementario de Medicare (Medigap)?

Si elige Medicare Original, es posible que quiera comprar una póliza que lo ayude a pagar algunos de los costos de los servicios cubiertos que Medicare no cubre (como coseguros y los deducibles). No necesita ni puede usar una póliza Medigap si elige un Plan Medicare Advantage. Vea las páginas 22–24.

Decisión 1: ¿debo conservar la Parte B?

Conservar la Parte B es su elección y depende de su situación.

Importante: Si no conserva la Parte B cuando es elegible por primera vez, existen algunos riesgos:

- Si cambia de opinión y quiere obtener la Parte B más tarde, deberá esperar hasta el Período General de Inscripción (del 1 de enero al 31 de marzo de cada año) para inscribirse y su cobertura comenzará el 1 de julio de ese año. Esto provocará una falta de cobertura en su cobertura médica.
- En la mayoría de los casos, también deberá pagar una multa por inscripción tardía mientras tenga la cobertura Parte B. (La multa aumentará cuanto más tiempo pase sin cobertura Parte B. Vea la página 14 para obtener más información sobre los costos de la multa).

Lea la información en las páginas siguientes que lo ayudarán a decidir.

¿Debo conservar la Parte B?

Encuentre cuál es su situación a continuación para ayudarlo a decidir si debe conservar la Parte B.

- Todavía estoy trabajando y tengo cobertura a través de mi empleador.** O, mi cónyuge (o un miembro de la familia, en caso de ser incapacitado) todavía está trabajando y estoy cubierto por su empleador. Vea la página 8.
- Soy jubilado y tengo cobertura a través de un empleador o tengo cobertura COBRA o VA.** Vea la página 9.
- Tengo cobertura mediante el Mercado de Seguros Médicos como persona o a través de un empleador.** Vea la página 10.
- Tengo cobertura TRICARE (seguro para militares en servicio activo, militares retirados o sus familias).** Debe tener la Parte B para conservar la cobertura TRICARE. No obstante, si es un miembro de las fuerzas armadas en servicio activo, o cónyuge o hijo dependiente de un miembro de las fuerzas armadas en servicio activo, no tiene que inscribirse a la Parte B de inmediato.
- Tengo cobertura CHAMPVA.** Debe tener la Parte B para conservar la cobertura CHAMPVA.
- Tengo cobertura a través de un plan de seguro privado (no enumerado en esta página).** Vea la página 11.
- No tengo otro seguro médico. Si no tiene ningún seguro médico,** debe conservar la Parte B si quiere cobertura para servicios de médicos o servicios preventivos. **Si no conserva la Parte B, conozca los riesgos que se describen en la página anterior.**

Todavía estoy trabajando y tengo cobertura a través de mi empleador.

Pregúntele a su empleador o administrador de beneficios del sindicato si es necesario que se inscriba en la Parte B. Si su empleador no necesita que se inscriba en la Parte B de inmediato, puede inscribirse en la Parte B más tarde durante el Período Especial de Inscripción sin una multa de inscripción tardía si alguna de las situaciones que aparecen a continuación se aplica a usted:

- Es **mayor de 65 años**, usted o su cónyuge están trabajando en la actualidad y están cubiertos por un plan de salud grupal del empleador o sindicato basado en su trabajo.
- Es **menor de 65 años y está incapacitado**, usted o un miembro de su familia están trabajando o están cubiertos por un plan de salud grupal del empleador o sindicato (con al menos 100 empleados) basado en ese empleo.

Si es elegible para un Período Especial de Inscripción, puede inscribirse en la Parte B:

- En cualquier momento mientras que esté cubierto por un plan de salud grupal del empleador o sindicato basado en el empleo actual.

O

- Durante los 8 meses posteriores a que la cobertura del plan de salud grupal o el empleo finalicen, lo que suceda primero.

Nota: Si tiene cobertura COBRA, cobertura VA o un plan de salud para jubilados, **no** tiene cobertura basada en un empleo actual. No será elegible para un Período Especial de Inscripción cuando esta cobertura finalice. Vea la página 9.

Soy jubilado y tengo cobertura a través de un empleador o tengo cobertura COBRA o VA.

Si es jubilado y tiene un seguro de salud para jubilados de un empleador o sindicato o tiene cobertura COBRA o VA, Medicare se convertirá en su seguro de salud primario. Medicare pagará la parte de los costos de cualquier servicio de cuidados de la salud que usted tenga y, por lo tanto, cualquier suma no cubierta por Medicare podrá ser enviada al plan de su empleador.

Si no conserva la Parte B, su cobertura actual podría no pagar sus gastos médicos durante ningún período en el que usted fue elegible para Medicare pero no se inscribió en el mismo.

Puede necesitar tener tanto la Parte A como la Parte B para obtener los beneficios totales de esta cobertura. Usted tampoco será elegible para un Período Especial de Inscripción cuando esta cobertura finalice. Esto significa que:

- Deberá esperar hasta el Período General de Inscripción (del 1 de enero al 31 de marzo de cada año) para inscribirse, y su cobertura comenzará el 1 de julio de ese año.
- En la mayoría de los casos, también deberá pagar una multa por inscripción tardía mientras tenga la cobertura Parte B. La multa aumentará cuanto más tiempo pase sin cobertura Parte B. Vea la página 14 para obtener más información sobre los costos de la multa.

Importante: Si tiene preguntas, la mejor fuente de información sobre su seguro actual es su administrador de beneficios, asegurador o proveedor del plan.

Tengo cobertura del Mercado de Seguros Médicos.

El Mercado de Seguros Médicos en general es para personas que necesitan comprar un seguro médico personal o familiar o para aquellos a los que se les ofrezca cobertura del empleador (a veces denominada cobertura “SHOP”) a través del Mercado. **Medicare no es parte del Mercado.** Una vez que comienza su cobertura de Medicare, en general no puede inscribirse en un plan a través del Mercado para personas o familias.

La ley sobre cuidados de la salud requiere que la mayoría de las personas tengan una cobertura médica. Una vez que comienza su cobertura Parte A, usted cumplirá con este requisito.

Si tiene un plan del Mercado, considere estas cosas al decidir conservar la Parte B:

- Si no conserva la Parte B y elige inscribirse en ella más tarde, en la mayoría de los casos, deberá esperar para inscribirse y pagará una multa por inscripción tardía mientras tenga Medicare. Vea la página 14.
- Ya no será elegible para un crédito fiscal adicional y otros ahorros para un plan del Mercado basado en sus ingresos una vez que comience su cobertura de la Parte A. Deberá pagar el precio total por su plan del Mercado.
- Si tiene una cobertura SHOP basada en un empleo activo, esto se tratará de la misma forma que si usted estuviese trabajando y cubierto por un empleador. Vea la página 8.

Si se inscribió en un plan del Mercado antes de ser elegible para Medicare, **podrá finalizar su cobertura en el plan del Mercado una vez que comience su cobertura Medicare.** Visite CuidadoDeSalud.gov para obtener más información.

Tengo cobertura a través de un plan de seguro privado (no a través del Mercado de Seguros Médicos o de un empleador)

Si tiene un plan de seguro privado, Medicare se convertirá en su cobertura médica primaria. Medicare pagará su parte de los costos de cualquier servicio de cuidados de la salud que obtenga y, luego, cualquier suma no cubierta por Medicare podrá ser enviada a su plan privado.

Si no conserva la Parte B, su cobertura actual podría no pagar sus gastos médicos durante ningún período en el que usted fue elegible para Medicare pero no se inscribió en el mismo.

Puede necesitar tener tanto la Parte A como la Parte B para obtener los beneficios totales de esta cobertura. Usted tampoco será elegible para un Período Especial de Inscripción cuando esta cobertura finalice. Esto significa que:

- Deberá esperar hasta el Período General de Inscripción (del 1 de enero al 31 de marzo de cada año) para inscribirse, y su cobertura comenzará el 1 de julio de ese año.
- En la mayoría de los casos, también deberá pagar una multa por inscripción tardía mientras tenga la cobertura Parte B. La multa aumentará cuanto más tiempo pase sin cobertura Parte B. Vea la página 14 para obtener más información sobre los costos de la multa.

Importante: Contacte a su proveedor del plan de seguro actual para obtener más información sobre cómo funcionará su cobertura con Medicare.

Quiero conservar Medicare Parte B

Para conservar la Parte B, lo único que debe hacer es pagar las primas. Simplemente corte y firme el frente de su tarjeta Medicare y guárdela en un lugar seguro.

La prima mensual será deducida en forma automática de su pago de beneficios del Seguro Social desde el momento en que comience la cobertura. Si sus beneficios de Seguro Social no son suficientes como para cubrir la totalidad de la prima Parte B, recibirá una factura por su prima de la Parte B cada 3 meses. La prima estándar mensual de la Parte B es de \$121.80 en 2016.

Su prima mensual será más alta si su ingreso bruto ajustado modificado según se informa en su declaración de impuestos del Servicio de Rentas Internas desde hace 2 años es mayor de \$85,000 (si es soltero y presenta una declaración de impuestos personal) o más de \$170,000 (si es casado y presenta una declaración conjunta de impuestos). Estos montos cambian todos los años.

No quiero mantener Medicare Parte B

Si no quiere mantener la Parte B, deberá hacer lo siguiente:

1. Marque el casillero que dice “No quiero un Seguro Médico” al dorso de la tarjeta de Medicare que se adjunta.
2. Firme al dorso de la tarjeta.
3. Devuelva el formulario completo (incluyendo la tarjeta) en el sobre adjunto **antes** de la fecha de vigencia que aparece en el frente de la tarjeta de Medicare.

Medicare le enviará la nueva tarjeta Medicare que muestre que usted tiene solo la Parte A en unas pocas semanas. Escriba su número de Medicare (que aparece al frente de la tarjeta). Guárdelo en caso de que necesite ir al hospital antes de que llegue su nueva tarjeta.

¿Cuánto es la multa por inscripción tardía de la Parte B?

Si se inscribe en la Parte B más tarde y no es elegible para un Período Especial de Inscripción, deberá pagar 10 % más por cada período de 12 meses completo que podría haber tenido la Parte B pero que no la tuvo. En la mayoría de los casos, deberá pagar dicha multa mientras tenga la Parte B.

Ejemplo

Si esperó 2 años completos (24 meses) para inscribirse en la Parte B y no tiene otra cobertura, deberá pagar una multa por inscripción tardía del 20 % (10 % por cada período de 12 meses completo que podría haber estado inscrito), más su prima mensual de la Parte B estándar (\$121.80 en 2016).

\$121.80 (prima estándar de la Parte B en 2016)
+ \$24.36 (10 % [de \$121.80] por cada período de 12 meses completo que podría haber tenido Parte B)

\$146.16 será su prima mensual de la Parte B para 2016. Esta cantidad se redondea al \$0.10 más cercano e incluye la multa por inscripción tardía.

Nota: El ejemplo que antecede se aplica si se demoró en la inscripción en la Parte B por **24 meses**. No paga una multa por inscripción tardía si se inscribe antes de que haya pasado el primer período de 12 meses completo o si califica para un Período Especial de Inscripción. Vea la página 8.

Decisión 2: ¿cómo obtengo mi cobertura Medicare?

Tiene 2 opciones principales para obtener su cobertura médica Medicare. Tendrá en forma automática Medicare Original a menos que elija inscribirse en un Plan Medicare Advantage.

Medicare Original Parte A y Parte B	Plan Medicare Advantage También denominado Parte C – Incluye TANTO la Parte A como la Parte B
<p>Cómo funciona:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Medicare proporciona esta cobertura en forma directa. ▪ Puede elegir entre los médicos y hospitales que estén inscritos en Medicare y acepten nuevos pacientes de Medicare. ▪ Generalmente, la cobertura suplementaria o usted pagan los deducibles y el coseguro. ▪ Por lo general, debe pagar una prima mensual por la Parte B. 	<p>Cómo funciona:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Debe tener la Parte A y la Parte B para inscribirse. ▪ Las compañías de seguro privadas aprobadas por Medicare proporcionan esta cobertura. ▪ En la mayoría de los planes, debe usar los médicos, hospitales y demás proveedores del plan, de lo contrario pagará más o todos los costos. ▪ Es posible que deba pagar una prima mensual además de la prima de la Parte B y un copago o coseguro por los servicios cubiertos.
<p>Cobertura para medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si desea tener cobertura para medicamentos, debe elegir e inscribirse en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. Vea las páginas 18–22. 	<p>Cobertura para medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La mayoría de los planes incluyen cobertura para medicamentos. De lo contrario, en la mayoría de los casos, puede registrarse para un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare.
<p>Cobertura suplementaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Puede comprar una póliza de Seguro Suplementario de Medicare (Medigap) para completar las faltas de cobertura. Vea las páginas 23–24. 	<p>Cobertura suplementaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si se inscribe para un Plan Medicare Advantage, no necesita ni puede usar la póliza Medigap. ▪ El Plan Medicare Advantage podría cubrir servicios además de los servicios cubiertos por las Parte A y Parte B.

Elección entre Medicare Original y un Plan Medicare Advantage

A continuación, aparecen algunas preguntas que lo ayudarán a decidir:

- ¿Están cubiertos los servicios que necesito?** Tanto en Medicare Original como en Medicare Advantage, obtendrá todos los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B. Los Planes Medicare Advantage pueden ofrecer cobertura adicional, a veces por un costo adicional. Compare los costos y servicios de ambas opciones de cobertura.
- ¿Es importante la elección del médico o del hospital?** En Medicare Original, puede usar cualquier proveedor u hospital que acepte Medicare. La mayoría de los Planes Medicare Advantage lo limitan a ciertos médicos u hospitales, le piden derivaciones o le cobran más por cuidados fuera de la red.
- ¿Viajo mucho?** Medicare Original cubrirá el cuidado en todas partes dentro de los EE. UU. El Plan Medicare Advantage debe cubrir cuidado de emergencia fuera del área del plan, pero algunos no cubren otros servicios de cuidado de la salud fuera del área en donde reside.
- ¿Tiene cobertura médica de un empleador?** Si la tiene, hable con su empleador o administrador de beneficios del sindicato antes de hacer algún cambio. En algunos casos, inscribirse en un Plan Medicare Advantage puede ocasionar que pierda la cobertura del empleador o del sindicato.

Consejo: Para comparar los Planes Medicare Advantage dentro de su área, visite [Medicare.gov/find-a-plan](https://www.Medicare.gov/find-a-plan).

¿Puedo cambiar mi cobertura más tarde?

Tendrá la oportunidad por lo menos una vez al año de hacer cambios en su cobertura Medicare. Puede inscribirse en el Plan Medicare Advantage o en un plan Medicare para medicamentos desde **el 15 de octubre al 7 de diciembre** de cada año. También puede decidir dejar su Plan Medicare Advantage y regresar a Medicare Original en este momento, o inscribirse en un Plan Medicare Advantage diferente, si ya se encuentra en uno. Si realiza modificaciones durante este período, la cobertura nueva comenzará el 1 de enero del año siguiente. Además, si está en un Plan Medicare Advantage, puede dejar su plan y cambiarse a Medicare Original desde el 1 de enero al 14 de febrero. Si cambia a Medicare Original durante este período, podrá inscribirse al Plan de Medicamentos Recetados de Medicare hasta el 14 de febrero.

Debería comparar los costos y beneficios de coberturas diferentes de los Planes Medicare Advantage en su área y asegurarse de que comprende cualquier regla o límite que se aplique. **No existe multa si no se inscribe en un Plan Medicare Advantage cuando usted es elegible por primera vez.**

Decisión 3: ¿necesito una cobertura Medicare para medicamentos recetados?

Medicare ofrece cobertura para medicamentos recetados (también llamado “Parte D”) para todas las personas con Medicare. **Sin embargo, no es automático para la mayoría de las personas: usted debe inscribirse para ello.** Usted obtendrá cobertura Medicare para medicamentos recetados tanto al inscribirse en el Plan de Medicamentos Recetados de Medicare o a través de un Plan Medicare Advantage que ofrece cobertura para medicamentos. Ambos tipos de cobertura Medicare para medicamentos se denominan “planes Medicare para medicamentos” en esta publicación.

Los planes Medicare para medicamentos cubren una variedad de medicamentos recetados de marca y genéricos. La mayoría de los planes tienen primas, deducibles y copagos que usted paga además de la prima de la Parte B. Los costos y la cobertura son diferentes en cada plan.

Puede inscribirse en un plan Medicare para medicamentos cuando es elegible para Medicare por primera vez. **Si no se inscribe en un plan Medicare para medicamentos cuando usted es elegible para Medicare por primera vez y no tiene otra cobertura para medicamentos acreditable, deberá pagar una multa por inscripción tardía a la Parte D si se inscribe más tarde.** En la mayoría de los casos, deberá pagar la multa siempre que tenga cobertura Medicare para medicamentos recetados y aumentará cuanto más tiempo esté sin cobertura para medicamentos acreditable.

Nota: La cobertura para medicamentos recetados acreditable es una cobertura que, en promedio, debería pagar al menos la cobertura estándar para medicamentos recetados de Medicare.

Lea la información en las páginas siguientes que lo ayudarán a decidir.

¿Debo inscribirse en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare?

A continuación, aparecen algunas preguntas que lo ayudarán a decidir si necesita una cobertura Medicare para medicamentos recetados:

- ¿Ya tengo cobertura para medicamentos?** Si tiene o es elegible para una cobertura para medicamentos recetados de un empleador o sindicato, TRICARE, el Departamento de Asuntos de los Veteranos (VA), el Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales (FEHB), o un programa estatal, es probable que no tenga que inscribirse ahora. Puede inscribirse en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare más tarde sin tener que pagar una multa siempre que no exceda 63 días o más seguidos sin una cobertura para medicamentos acreditable. Su plan debe comunicarle cada año si su cobertura para medicamentos es una cobertura acreditable. Si todavía tiene preguntas, comuníquese con su administrador de beneficios, asegurador, o proveedor de plan antes de hacer algún cambio a su cobertura actual. En algunos casos, inscribirse en un Plan Medicare para medicamentos puede ocasionar que pierda la cobertura del empleador o del sindicato.
- ¿Necesito cobertura para medicamentos?** Incluso si en este momento no está tomando muchos medicamentos, aún puede querer inscribirse en un plan Medicare para medicamentos para evitar quedarse sin cobertura. En la mayoría de los casos, si usted no se inscribe cuando es elegible por primera vez, deberá esperar para inscribirse y deberá pagar una multa. Vea la página 18.
- ¿Estoy planeando inscribirme en un Plan Medicare Advantage que incluya cobertura para medicamentos?** Si se está inscribiendo en un plan que incluye cobertura para medicamentos, no es necesario que se inscriba en un plan Medicare para medicamentos separado. Si se inscribe en un plan Medicare Advantage que no tiene cobertura para medicamentos, en la mayoría de los casos no podrá agregar un plan Medicare para medicamentos separado.

Cómo elegir e inscribirse en un Plan Medicare Advantage o un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare

Averigüe primero qué planes se encuentran disponibles en su área. A continuación, le diremos cómo:

- **Visite [Medicare.gov/find-a-plan](https://www.medicare.gov/find-a-plan).**
- **Mire el manual “Medicare y Usted”.** Los planes disponibles en su área están enumerados al dorso.
- **Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).** Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Una vez que considere las opciones, podrá inscribirse en un Plan Medicare Advantage o Plan de Medicamentos Recetados de Medicare visitando [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) o comunicándose directamente con el plan. Si necesita ayuda para decidir, visite [shiptacenter.org](https://www.shiptacenter.org), o llame al 1-800-MEDICARE para obtener información de contacto para su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP).

¡Consejo! Es probable que quiera hacer una lista con todos los medicamentos y servicios de cuidado de la salud que usa y calcular cuánto gastaría en cada plan que esté considerando.

¿Puedo obtener una cobertura Medicare para medicamentos recetados más tarde?

Si usted ya tiene otra “cobertura para medicamentos recetados acreditable”, puede esperar e inscribirse a una cobertura Medicare para medicamentos más tarde sin tener que pagar una multa siempre que no pase más de 63 días seguidos sin una cobertura para medicamentos acreditable. La cobertura para medicamentos recetados acreditable es una cobertura para medicamentos recetados que, en promedio, debería pagar al menos la cobertura estándar para medicamentos recetados de Medicare.

Los ejemplos de cobertura acreditable podrían ser la cobertura para medicamentos recetados de un empleador o sindicato, TRICARE, el Departamento de Asuntos de los Veteranos (VA), el Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales (FEHB), o un programa estatal.

Luego de este Período de inscripción inicial, en general solo puede inscribirse o cambiar una cobertura del **15 de octubre al 7 de diciembre** de cada año. Si hace algún cambio durante este período, su nueva cobertura comenzará el 1 de enero del año siguiente. Su inscripción generalmente durará el año calendario.

¿De cuánto será la multa si me inscribo en el plan Medicare para medicamentos más tarde?

El costo de la multa por inscripción tardía de la Parte D depende de cuánto tiempo no tuvo cobertura para medicamentos recetados acreditable. Actualmente, la multa por inscripción tardía se calcula multiplicando el 1 % de la “prima a nivel nacional para beneficiarios” (\$34.10 en 2016) por la cantidad de meses completos que haya pasado sin cobertura en los que era elegible pero no se inscribió en ningún plan Medicare para medicamentos y durante los cuales tampoco tuvo otro tipo de cobertura para medicamentos recetados acreditable. La cantidad total se redondea al \$0.10 más cercano y se agrega a su prima mensual.

Ejemplo

Si pasa 20 meses sin otra cobertura para medicamentos acreditable antes de que se inscriba en un plan Medicare para medicamentos, deberá pagar una multa mensual de \$6.80 en 2016 ($\$34.10 \times 0.01 = \$0.3410 \times 20 = \6.82, redondeada a \$6.80) además de pagar la prima mensual de su plan.

Consejo: Si califica para Ayuda Adicional pagando los costos de Medicare para medicamentos recetados, puede registrarse en un plan Medicare para medicamentos en cualquier momento sin tener que pagar una multa. Vea la página 26 para obtener más información sobre Ayuda Adicional y otros programas para personas con ingresos y recursos limitados.

Decisión 4: ¿necesito una póliza de Seguro Suplementario de Medicare (Medigap)?

Las pólizas de Seguro Suplementario de Medicare (Medigap) son un tipo de seguro privado diseñado para ayudar a pagar algunos de los gastos directos de su bolsillo por los servicios cubiertos (como coseguro, copagos y deducibles) en Medicare Original. Se compran en compañías de seguro privadas.

Necesita tanto la Parte A como la Parte B para comprar una póliza Medigap.

Las compañías de seguro solo pueden vender pólizas estandarizadas identificadas en la mayoría de los estados por planes designados con letras (por ejemplo Plan A o Plan B). Cada póliza estandarizada debe ofrecer los mismos beneficios básicos, sin importar qué compañía de seguros la venda. Esto significa que fácilmente puede comparar el Plan A vendido por una compañía de seguros con un Plan A vendido por otra. Las pólizas Medigap que se venden en la actualidad en general no cubren el cuidado a largo plazo, cuidado de la visión y odontológico, atención privada de enfermería ni cobertura para medicamentos recetados. El posible que no todas las pólizas estén disponibles en todos los estados o en todas las compañías.

¿Cuánto cuesta una póliza Medigap?

Aunque los beneficios de la póliza Medigap son estandarizados, los costos pueden variar dependiendo de la compañía en la que la compre y de dónde viva usted. Deberá pagar una prima mensual directamente a la compañía a la que le compró la póliza, además de la prima de la Parte B.

Consejo: Cada póliza Medigap cubre a una sola persona. Si usted y su cónyuge quieren tener cobertura Medigap, deberán comprar dos pólizas Medigap separadas.

¿Necesito una póliza Medigap?

A continuación, aparecen algunas preguntas que lo ayudarán a decidir si necesita una cobertura Medigap.

- ¿Estoy planeando inscribirme en un Plan Medicare Advantage?** Si se inscribe en un Plan Medicare Advantage, no necesita y no puede usar pólizas Medigap.
- ¿Necesito beneficios y cobertura adicional?** Si permanece en Medicare Original, una póliza Medigap lo puede ayudar a reducir los gastos directos de su bolsillo y le brinda más cobertura de seguro de salud.

Si decide comprar una póliza Medigap, debe comprársela directamente a una compañía de seguros. Puede averiguar qué compañía de seguros vende pólizas Medigap en su área visitando Medicare.gov.: Para obtener más información sobre Medigap, visite Medicare.gov/publications para ver la publicación “Cómo Elegir una Póliza Medigap: La Guía del Seguro Médico para Personas con Medicare” (en inglés). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Consejo: El mejor momento para comprar una póliza Medigap es durante el período de 6 meses a partir del primer mes desde que cumple 65 años y que está inscrito en la Parte B. Este período se llama Período de Inscripción Abierta de Medigap. Durante este período, puede comprar cualquier póliza Medigap que se venda en su estado. Luego de este período, deberá pagar más, o es posible que no pueda comprar la póliza Medigap que desea.

Pasos siguientes

- **Más información sobre Ayuda Adicional para personas con ingresos y recursos limitados.** Vea la página 26.
- **Se le enviará por correo una copia del manual “Medicare y Usted”.** Le dará más detalles sobre Medicare. Puede encontrar el manual en línea en [Medicare.gov/medicare-and-you](https://www.Medicare.gov/medicare-and-you).
- **Respuestas a sus preguntas sobre Medicare.** Vea la página 27 para obtener más información.
- **Pregúntele a su médico sobre la consulta preventiva por única vez “Bienvenido a Medicare”** y otros servicios de prevención (como controles e inyecciones) que pueda necesitar. Lea el manual “Medicare y Usted” para obtener más información.
- **Acceda a su información personal de Medicare visitando MyMedicare.gov.** Puede registrarse para obtener versiones electrónicas de sus Notificaciones de Resumen de Medicare (eMSNs) para Medicare Original. Podrá hacer un seguimiento de sus reclamos de Medicare, ver su información de elegibilidad y más. Visite [MyMedicare.gov](https://www.MyMedicare.gov) para crear una cuenta.
- **Considere completar un formulario de autorización** en caso de que alguna vez necesite que Medicare comparta su información de salud personal con alguien más, como por ejemplo, un miembro de la familia o un cuidador. Complete el formulario en línea en [Medicare.gov/medicareonlineforms](https://www.Medicare.gov/medicareonlineforms), o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener una copia. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Ayuda para personas con ingresos y recursos limitados

Existe ayuda disponible para pagar algunos de los costos de cuidados de la salud y costos de medicamentos recetados.

Programas de Ahorros Medicare: Los estados tienen programas que pagan las primas de Medicare de personas con ingresos y recursos limitados y, en algunos casos, también pueden pagar deducibles y coseguros de Medicare. Para obtener más información, llame a la Oficina Estatal de Asistencia Médica (Medicaid). Para obtener el número de teléfono, visite [Medicare.gov/contacts](https://www.Medicare.gov/contacts) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar 1 877 486 2048.

Medicaid: Medicaid es un programa estatal y federal conjunto que ofrece ayuda con los costos médicos para ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Para obtener más información, llame a la Oficina Estatal de Asistencia Médica (Medicaid). Para obtener el número de teléfono, visite [Medicare.gov/contacts](https://www.Medicare.gov/contacts) o llame a 1-800-MEDICARE.

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI): SSI es un beneficio mensual pagado por el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados que sean incapacitadas, ciegas o mayores de 65 años. Para obtener más información, visite [socialsecurity.gov](https://www.socialsecurity.gov), o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Ayuda Adicional para costos de medicamentos recetados: Si tiene ingresos o recursos limitados, puede calificar para obtener ayuda para pagar la prima mensual del plan para medicamentos, deducibles anuales y copagos. Para solicitar este programa, visite [socialsecurity.gov/i1020](https://www.socialsecurity.gov/i1020), o llame al Seguro Social.

Nota: Si vive dentro de un territorio de los EE. UU. y tiene ingresos y recursos limitados, existen distintos programas para ayudarlo a pagar los costos de Medicare. Llame a la oficina local de Medicaid para obtener más información

¿Cómo puedo obtener respuestas a mis preguntas sobre Medicare?

Para información sobre . . .	Comuníquese con . . .
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inscripción en Medicare o corrección de su tarjeta Medicare ▪ Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) ▪ Ayuda para pagar la cobertura Medicare para medicamentos recetados ▪ Cambio de dirección 	<p>Seguro Social: socialsecurity.gov 1-800-772-1213 TTY: 1-800-325-0778</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Información general sobre Medicare ▪ Elecciones de planes Medicare de salud y para medicamentos recetados en su área 	<p>Medicare - Medicare.gov 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) TTY: 1-877-486-2048</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Orientación gratuita y personalizada sobre seguros de salud y ayuda para tomar decisiones sobre coberturas médicas 	<p>Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP)— shiptacenter.org Para obtener el teléfono de SHIP local, visite Medicare.gov/contacts, o llame al 1-800-MEDICARE.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conozca sus derechos si cree que ha sufrido discriminación por su raza, color, religión, nacionalidad, incapacidad, edad o sexo 	<p>Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles hhs.gov/ocr 1-800-368-1019 TTY: 1-800-537-7697</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Protección contra fraude de Medicare ▪ Protección contra robo de identidad 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1-800-MEDICARE ▪ Comisión Federal de Comercio ID Theft Hotline at 1-877-438-4338 TTY: 1-866-653-4261

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
Penalty for Private Use, \$300
CMS Product No. 11095-S
Multas por Uso Privado: \$300

Medicare es administrado por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). CMS es parte del Departamento de Salud y Servicios Humanos. El Seguro Social trabaja junto a CMS inscribiendo a las personas en Medicare, calificando a las personas para Ayuda Adicional pagando sus costos de medicamentos recetados y cobrando las primas de Medicare.

Tiene el derecho a obtener la información en este paquete en un formato alternativo.

Visite [Medicare.gov/about-us/nondiscrimination/nondiscrimination-notice.html](https://www.cms.gov/about-us/nondiscrimination/nondiscrimination-notice.html), o llame a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener más información. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

