



Medicare y el Mercado de Seguros Médicos

El Mercado de seguros, una parte clave de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio es la nueva manera en la que los individuos, las familias y los empleados de los pequeños negocios pueden obtener la cobertura médica.

Si tengo Medicare, ¿necesito hacer algo?

No. Medicare no es parte del Mercado de seguros por lo tanto, usted no tiene que hacer nada. Si tiene Medicare se considera que tiene cobertura médica.

El Mercado de seguros no afectará sus opciones de Medicare ni sus beneficios. Independientemente de cómo reciba los beneficios de Medicare, ya sea a través del Medicare Original o de un plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO), usted continuará con los mismos beneficios y seguridad que tiene actualmente y no tendrá que hacer cambios.

Nota: El Mercado de seguros no ofrece las pólizas suplementarias (Medigap) ni los planes de medicamentos recetados (Parte D).

¿Cumple la cobertura de Medicare con los requisitos, para que todos los estadounidenses tengan seguro médico?

Si tiene la Parte A de Medicare (Seguro de Hospital), se le considera cubierto y no necesita un plan del Mercado. Si tiene solamente la Parte B de Medicare (seguro médico) no cumple con este requisito.

¿Puedo obtener un plan del Mercado además de Medicare?

No. Es contra la ley que alguien que sabe que usted tiene Medicare trate de venderle un plan del Mercado, incluso si sólo tiene la Parte A o sólo la parte B.

Si desea cobertura diseñada para complementar su Medicare, visite [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) para aprender más sobre las pólizas del Seguro Suplementario de Medicare (Medigap). También puede visitar [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) para aprender más sobre otras opciones de Medicare, como los planes de Medicare Advantage.

¿Puedo comprar un plan en el Mercado de seguros en vez de Medicare?

Por lo general no. Tal como lo mencionamos arriba, es ilegal que alguien le venda un plan del Mercado de seguros si sabe que usted ya tiene Medicare. Sin embargo, hay algunas situaciones en las que puede elegir cobertura del Mercado en lugar de Medicare:

- Usted puede escoger la cobertura del Mercado si es elegible para Medicare pero no se ha inscrito en ella (porque tendría que pagar una prima o porque no cobra los beneficios del Seguro Social). Si es elegible para obtener la Parte A sin prima, pero elige la cobertura del Mercado en lugar de la Parte A, no será elegible para recibir ayuda para pagar las primas del plan del Mercado.
- Si está pagando una prima por la Parte A, puede cancelar la cobertura de la Parte A y Parte B y así obtener un plan del Mercado.

Nota: Si obtiene gratis la prima de la Parte A, no puede cancelar Medicare sin cancelar también sus beneficios de jubilación o por incapacidad (Seguro Social o Junta de Retiro Ferroviario). También tendrá que pagar de regreso todos los beneficios por jubilación o incapacidad que haya recibido y todos los gastos pagados por Medicare por sus reclamos de atención médica.

Antes de tomar una decisión debe tener en cuenta tres aspectos importantes:

1. Si se inscribe en Medicare después de que haya terminado su Período Inicial de Inscripción, tal vez tenga que pagar una multa por todo el tiempo que tenga Medicare.
2. Generalmente, usted solamente se puede inscribir en Medicare durante el período general de inscripción (del 1 de enero al 31 de marzo). Su cobertura no comenzará hasta el 1 de julio de ese año.
3. Si obtiene una Parte A sin primas (libre de primas) después de haber tenido cobertura del Mercado, no será elegible para recibir ayuda para pagar las primas del plan del Mercado.

¿Qué ocurre si soy elegible para Medicare después de haberme inscrito en un plan del Mercado de seguros?

Si tiene cobertura a través de un plan individual del Mercado (no a través de un empleador), debe terminar su cobertura del Mercado e inscribirse en Medicare durante su Período de Inscripción para evitar un retraso en la futura cobertura de Medicare y la posibilidad de una multa por inscripción tardía.

Una vez que se considere elegible para la Parte A, no calificará para recibir ayuda con las primas del plan del Mercado u otros costos médicos. Si continúa recibiendo ayuda para pagar su prima del plan del Mercado después de obtener Medicare, puede que tenga que pagar la ayuda que obtuvo cuando presente sus impuestos. Comuníquese con el Mercado al menos 15 días antes de la fecha en que desea que finalice su cobertura. Por lo general, lo mejor es que su cobertura del Mercado finalice el día antes de que comience la cobertura de Medicare.

Nota: Puede mantener su plan de Mercado después de que comience su cobertura de Medicare. Sin embargo, una vez que la Parte A de su cobertura comienza, los créditos fiscales y la reducción de costos compartidos que obtiene a través del Mercado terminarán.

Si tengo Medicare, ¿puedo obtener cobertura médica de un empleador a través del Mercado SHOP?

Sí. La cobertura de un empleador a través del Mercado SHOP se considera igual que la cobertura de un plan de salud grupal de un empleador. Si recibe cobertura de un empleador a través del Mercado SHOP en base al empleo actual de su cónyuge, se aplicarán reglas secundarias de Medicare. Visite [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) para aprender más sobre cómo funciona Medicare con otros seguros.

Si estoy recibiendo cobertura médica de un empleador a través del Mercado SHOP, ¿puedo retrasar la inscripción en la Parte B sin penalidad?

Sí. Puede retrasar la inscripción si recibe cobertura de salud de un empleador a través del Mercado SHOP en base al empleo actual de su cónyuge. Tiene un Período Especial de Inscripción para inscribirse en la Parte B sin penalidad si:

- está cubierto por el plan de salud grupal en base a usted o al empleo actual de su cónyuge
- durante el período de 8 meses cuando comienza el mes después de que el empleo termina o finalice la cobertura, lo que ocurra primero.

Si no se inscribe durante este Período Especial de Inscripción:

- tendrá que pagar una multa por inscripción tardía.
- sólo puede inscribirse durante el Período de Inscripción General que ocurre cada año a partir del 1 de enero al 31 de marzo con la cobertura que inicia a partir del 1 de julio.

Si actualmente estoy trabajando y obtengo cobertura médica a través del Mercado SHOP y soy elegible para Medicare porque cumplí 65 años pero no me inscribí, ¿puede mi plan cambiar la cantidad o rehusarse a pagar los servicios cubiertos por Medicare?

No. Incluso si usted no tiene Medicare, se espera que el Mercado SHOP (u otra cobertura del Mercado para grupos pequeños, sin derechos adquiridos) pague los servicios cubiertos como el pagador primario. El Mercado SHOP no puede limitar la cobertura basándose en la posibilidad de que tenga otra cobertura y no pueda cambiar la cobertura según la elegibilidad de Medicare. El Mercado SHOP u otro plan médico de grupos pequeños no pagados debe pagar por los servicios, incluso si es elegible para Medicare pero no está inscrito.

Si tengo cobertura de “solo jubilado” del grupo de empleadores y soy elegible para Medicare pero no estoy inscrito, ¿el plan de salud del grupo de jubilados puede cambiar la cantidad o negarse a pagar por los servicios cubiertos por Medicare?

Sí, la cobertura de los jubilados puede pagar a una tasa diferente (o no), siempre y cuando Medicare hubiera sido su cobertura principal.

Si obtengo cobertura médica a través del plan de seguro de grupo individual de mi empleador y soy elegible para Medicare porque tengo 65 años pero no estoy inscrito, ¿puede mi empleador cambiar la cantidad que paga o rehusarse a pagar los servicios cubiertos por Medicare? El empleador tiene menos de 20 empleados.

Sí, si las condiciones contractuales del plan de salud grupal de su empleador le permiten al empleador pagar a una tasa diferente (o no) y Medicare hubiera sido su cobertura principal (como cuando el empleador tiene menos de 20 empleados).

Tengo una enfermedad renal en etapa terminal (ESRD), pero no me he inscrito en Medicare. ¿Puedo obtener un plan del Mercado?

Sí. Las personas con enfermedad renal terminal no están obligados a inscribirse en Medicare. Si tiene una enfermedad renal terminal y no tiene la Parte A o la Parte B de Medicare, usted puede obtener un plan del Mercado. También puede ser elegible para créditos de impuestos y para reducción de costos compartidos a través del Mercado. Sin embargo, una vez que se inicie su cobertura de la Parte A, todos los créditos fiscales y la reducción de costos compartido que obtenga a través del Mercado se detendrán.

Tengo cobertura de Medicare debido a que padezco una ESRD. ¿Puedo dejar mi cobertura de Medicare y elegir un plan del Mercado?

Generalmente, no. Una vez que solicita Medicare, su cobertura de Medicare terminará un año después de dejar de recibir diálisis regularmente o 36 meses después de un trasplante de riñón exitoso. Sin embargo, puede cancelar su solicitud original de Medicare. Tendría que pagar todos los gastos cubiertos por Medicare, los saldos pendientes y reembolsar cualquier beneficio que obtuvo del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario. Una vez que haya realizado todos los pagos, el retiro será procesado como si nunca hubiera tenido Medicare.

¿Puedo obtener un plan dental independiente a través del Mercado?

En la mayoría de los casos, no. Si el Mercado en su estado es administrado por el gobierno federal, no podrá comprar un plan dental independiente. Si su estado maneja su propio Mercado, es posible que pueda comprar un plan dental independiente si hay disponibles.

¿La cobertura de medicamentos recetados a través del Mercado considera acreditable una cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare?

Mientras que la cobertura de medicamentos recetados es un beneficio esencial para la salud, la cobertura de medicamentos recetados del Mercado o plan SHOP no está obligada a ser tan buena como la cobertura de la Parte D de Medicare (acreditable). Sin embargo, todas las aseguradoras privadas que ofrecen cobertura de medicamentos recetados, incluyendo los planes del Mercado y SHOP, están obligados a determinar si su cobertura de medicamentos recetados es acreditable cada año y le hará saber por escrito. Visite Medicare.gov para obtener más información sobre la cobertura acreditable.

¿Cómo puedo obtener ayuda para pagar mis costos médicos?

- Si necesita ayuda con la Parte A y B de sus costos médicos, puede solicitar al Programa de Ahorros de Medicare. Llame a la oficina de asistencia médica de su estado (Medicaid). Para obtener su número de teléfono, visite Medicare.gov/contacts, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Si necesita ayuda adicional para pagar los costos de medicamentos recetados de Medicare, visite socialsecurity.gov/i1020, o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

¿Dónde puedo obtener más información?

- Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 para obtener información sobre la inscripción a Medicare. Para aprender más sobre la cobertura de Medicare y las opciones del plan, visite Medicare.gov, o llame al 1-800-MEDICARE.
- Si tiene familiares y amigos que no tienen cobertura médica o si desea explorar opciones de planes médicos, dígalos que visiten CuidadoDeSalud.gov.

Usted tiene derecho a obtener la información de este producto en un formato alternativo. También tiene el derecho de presentar una queja si piensa que ha sido discriminado. Visite <https://www.cms.gov/About-CMS/Agency-Information/Aboutwebsite/CMSNondiscriminationNotice.html> o comuníquese con el Centro de Llamadas del Mercado al 1-800-318-2596 para obtener más información. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-889-4325.

