

# Protéjase: Cómo elegir y usar Medicare

Por lo costoso y complejo que es el seguro de salud, muchas personas esperan con ansias cumplir sus 65 años para finalmente recibir Medicare. Para aquellos que califican, principalmente personas mayores de 65 años y algunos más jóvenes con discapacidades, el programa federal de seguro médico puede ser menos costoso y más flexible que el seguro médico privado. Para aquellos que no pudieron pagar un seguro de salud cuando eran más jóvenes, Medicare finalmente podría permitirles disfrutar de la cobertura que necesitan. Pero Medicare no es un programa que aplica a todos por igual. Tendrá que tomar importantes decisiones sobre algunas opciones que afectarán su cobertura y la cantidad que paga.

Esta publicación explicará cuándo y cómo inscribirse en Medicare, qué cubre cada una de las “partes” del programa, qué se debe considerar al tomar decisiones de cobertura y dónde encontrar más información.

## Lo que cubre Medicare y los costos

---

Medicare tiene cuatro “partes” (a las Partes A y B juntas, con frecuencia, se les llama “Medicare Original”):

■ **La Parte A** cubre estancias hospitalarias, centros de enfermería especializada, algunas visitas médicas a domicilio y cuidado paliativo (al final de la vida) (pero no cuidado de custodia o “a largo plazo” [“long-term care”]). La mayoría de las personas califican para la Parte A sin primas por los impuestos de Medicare que ellos, o sus cónyuges, pagaron durante sus años de trabajo (al menos 40 trimestres [10 años]). Los que no califican pueden tener primas de hasta \$437 por mes en 2020. Pero los beneficios de la Parte A están sujetos a un deducible (la cantidad que usted paga antes de que Medicare pague; \$1,408 en 2020) y requieren copagos o coseguro (una tarifa fija o un porcentaje del costo del servicio que usted debe pagar) por estadías prolongadas en el hospital y en centros de enfermería especializada. No hay límite anual sobre gastos de bolsillo.

■ **La Parte B** cubre visitas al médico, servicios ambulatorios o “outpatient” (rayos X, pruebas de laboratorio, etc.), algunos equipos médicos solicitados por el médico (una silla de ruedas, por ejemplo) y algunos otros servicios o suministros diversos que sean “medicamente necesarios”. Por lo general, usted paga una prima mensual por la Parte B (desde alrededor de \$144.60 por mes hasta un máximo de \$491.60 en 2020, dependiendo

de sus ingresos), descontado de los beneficios del Seguro Social si los recibe, o si no, facturado. También está sujeto a un deducible (\$198 en 2020) y, por lo general, un 20% de coseguro para la mayoría de los servicios y suministros, aunque algunos servicios preventivos son gratuitos. No hay límite anual sobre gastos de bolsillo.

■ **La Parte C** se refiere a los planes de Medicare Advantage, aprobados por Medicare que ofrecen compañías de seguros privadas (HMO y PPO, por ejemplo). Los planes Advantage deben cubrir todo lo que proporcionan las Partes A y B (Medicare Original). La mayoría incluye cobertura de medicamentos recetados (Parte D), y ofrece cobertura adicional, como visión, audición y cuidado dental. Para inscribirse en la Parte C, ya debe estar inscrito en las Partes A y B. Además de la prima que pague para la Parte B, tendrá que pagar una prima mensual para Medicare Advantage. También por lo general se cobra un copago por servicios. (Los planes Medicare Advantage no están disponibles en todo Estados Unidos y, en algunas regiones, tal vez solo haya un plan disponible.)

■ **La Parte D** cubre los medicamentos recetados. Esta parte le permite agregar cobertura por recetas médicas a Medicare Original (Partes A y B). Quienes se inscriben, deberán pagar primas mensuales (el promedio proyectado para 2020 es de \$30; quienes tengan ingresos más altos pagarán más por la Parte B y la Parte D como resultado de los recargos que

## Costos

- **Prima:** El costo del seguro, generalmente expresado como cantidad mensual.
- **Copago:** Es una cantidad que usted paga cuando recibe un servicio. Por ejemplo, es posible que tenga un copago de \$10 por una visita al consultorio de un médico de atención primaria o un copago de \$35 por una visita al consultorio de un especialista, como un dermatólogo o un cardiólogo. A otros servicios médicos, como visitas a la sala de emergencias, servicios de ambulancia, cirugía ambulatoria (“outpatient”) y servicios radiológicos de diagnóstico, con frecuencia se les aplican copagos. Los montos de copago varían de un plan a otro.
- **Coseguro:** Es el porcentaje que usted paga cuando recibe servicios médicos o medicamentos recetados. Algunas categorías de medicamentos recetados pueden llevar un copago (\$40, por ejemplo), y otras coseguro (33%, por ejemplo). Los montos de coseguro pueden variar de un plan a otro.
- **Deducible:** Es la cantidad que debe pagar por servicios médicos por cada período antes de que Medicare o un plan relacionado comience a pagar. Por ejemplo, si usted tiene un deducible de \$1,000, debe pagar \$1,000 de su bolsillo antes de que sus gastos médicos estén cubiertos por la aseguradora. Los montos deducibles pueden variar de un plan a otro.

se aplican por el ajuste mensual sobre ingresos, o IRMAA, por sus siglas en inglés); un deducible anual; y costos compartidos (copagos o coseguro) por recetas médicas, con costos que varían según el plan, la receta y la farmacia. Al igual que la Parte C, la cobertura por medicamentos recetados está disponible en compañías privadas aprobadas por Medicare. (Consulte la barra lateral para obtener información sobre la brecha de cobertura de recetas médicas conocida como el “agujero de donut” o “donut hole”).

Utilice la herramienta en línea de Medicare “Find a Plan that works for you” (Encuentre un plan adecuado para usted) (<https://www.medicare.gov/plan-compare/#/?lang=es>) para ver las opciones de Medicare Advantage (Parte C) y de cobertura de recetas médicas de Medicare (Parte D).

## Pólizas Medigap

El Medicare Original junto con la cobertura de medicamentos recetados Parte D es bastante completo, pero aun así quedan costos sin cobertura que se pagarían de su bolsillo. Para cerrar la brecha entre lo que está cubierto y lo que no, a los afiliados de Medicare Original se les recomienda considerar la adquisición de un plan “Medigap”.

Medigap es un seguro suplementario que se compra de una compañía privada para pagar la totalidad o parte de los cargos que no están completamente cubiertos por Medicare Original (Partes A y B), por ejemplo, coseguro, copagos, deducibles y facturas médicas incurridas mientras viaja en el exterior. (Medicare A y B tienen deducibles y coseguro.)

Medigap no paga ningún servicio que no cubre Medicare Original (por lo que no cubre cuidado de la vista, cuidado dental, audífonos, recetas, etc.). Para la cobertura de medicamentos recetados, debe comprar la Parte D de Medicare (<https://www.medicareresources.org/medicare-benefits/medicare-part-d/>).

Los planes Medigap se distinguen con letras. Cada letra ofrece un nivel diferente de cobertura. Sin embargo, los planes con la misma letra (G o K o L, etc.) proporcionarán la misma cobertura sin importar quién se la venda (con algunas excepciones en Massachusetts, Minnesota y Wisconsin). Esto no significa que el costo sea el mismo, sin embargo, por lo que es importante comparar precios.

La compañía de seguros le informará sus opciones para pagar sus primas de Medigap.

Busque un plan Medigap en su área con la herramienta de Medicare.gov: <https://es.medicare.gov/medigap-supplemental-insurance-plans/>. (En algunos estados, es posible que pueda comprar otro tipo de póliza Medigap llamada Medicare SELECT, que puede requerir que utilice médicos y hospitales que pertenezcan a una red para calificar para recibir beneficios completos.) Money Talks News ofrece orientación sobre cómo elegir un plan suplementario en “How to Pick the Best Medicare Supplement Plan in 4 Steps” (<https://www.moneytalksnews.com/the-abcs-selecting-medicare-supplement-plan/>). Las primas varían mucho, desde menos de \$100 hasta más de \$400 por mes, dependiendo del tipo de plan.

# Medigap versus Advantage

Los afiliados de Medicare que deseen cobertura adicional deben decidir entre la compra de un plan Advantage (Parte C) o Medicare Original (Partes A y B) más una póliza Medigap. Ambas opciones ofrecen pros y contras; cuál sea la mejor para usted depende de una variedad de factores, incluyendo sus necesidades y presupuesto.

Algunos ejemplos de lo que debe considerar:

- Un plan Medigap le permite ir a cualquier médico que acepte Medicare (la mayoría). Los planes Advantage en su mayoría se componen de redes de profesionales médicos.
- No necesita una derivación para consultar a un especialista en las pólizas de Medicare Parte B o Medigap. Algunos planes Medicare Advantage pueden requerir derivaciones.
- Medigap es más fácil de elegir y usar: los planes están estandarizados y son fáciles de comparar. Y con Medigap, el programa normalmente envía el pago directamente al proveedor de servicios, mientras que Advantage generalmente requiere que usted haga su copago, si lo hay, directamente al proveedor.
- La cobertura original de Medicare más Medigap normalmente resulta en gastos de bolsillo más bajos (copagos, coseguros y deducibles) que un plan Medicare Advantage comparable. Pero un plan Medicare Advantage normalmente cuesta menos por mes, incluso hay algunos planes que cuestan \$0 por encima de su prima de la Parte B.
- Mientras que un plan Advantage premium de \$0 puede ser atractivo, si necesita atención médica durante el año, podría terminar pagando mucho más de su bolsillo que con un plan que tiene una prima mensual. (Los planes Advantage tienen un máximo de gastos de bolsillo de \$6,700 en 2020, aunque algunos lo establecen en una cantidad menor.)
- Algunos planes Advantage incluyen cobertura de recetas médicas, que puede resultar más barata que comprar la Parte D por separado.
- Si tiene problemas médicos costosos, se beneficiará más con una póliza Medigap porque el coseguro, los copagos y, a menudo, los deducibles están cubiertos. (Ni Medicare Original ni la Parte D tienen un máximo sobre lo que podría tener que pagar de su bolsillo, por lo que, una cirugía cardíaca sin un plan Medigap podría resultar en un desembolso de cinco cifras.). Si goza de buena

## Brecha de cobertura

Los planes de medicamentos de Medicare (Parte D) tienen una brecha de cobertura, también conocida en inglés como el “donut hole” (agujero de donut) (<https://es.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap>). La brecha de cobertura se refiere al intervalo que comienza al alcanzar un cierto nivel de gastos por recetas médicas (\$4,020 en 2020) y que termina cuando comienza la cobertura catastrófica (\$6,350 en 2020). Anteriormente, durante este intervalo de cobertura limitada, los afiliados tenían que pagar el 100% de los gastos por medicamentos recetados. Esto cambió bajo la ley de cuidado de salud asequible Affordable Care Act. Sin embargo, si se encuentra en el intervalo de brecha de cobertura, aún podría tener que pagar cantidades significativas. Durante la brecha, los afiliados a la Parte D aún deben pagar el 25% del costo de cualquier receta. Si participa en el programa de asistencia “Extra Help” (consulte la sección “Asistencia financiera”), no aplicará la brecha de cobertura. eHealthMedicare.com ofrece consejos sobre cómo controlar los gastos de recetas médicas: <https://www.ehealthmedicare.com/medicare-part-d/articles/five-ways-avoid-medicare-part-d-coverage-gap-donut-hole/>. Medicare ofrece consejos para elegir planes de cobertura de medicamentos en el artículo “6 tips for choosing Medicare drug coverage”: <https://es.medicare.gov/drug-coverage-part-d/how-to-get-prescription-drug-coverage/6-tips-for-choosing-medicare-drug-coverage>.

salud, es posible que ahorre dinero con las primas más bajas del plan Advantage.

- El costo de los planes Medigap varía según la empresa, el estado y el tipo de plan. Las primas se basan en su edad actual (“attained age pricing”; lo que significa que las primas aumentan a medida que envejece); su edad al inscribirse (“issue-age pricing”; lo que significa que su prima nunca subirá en función de su edad); o no se basan en la edad en absoluto (“community-rated pricing”, lo que significa que todos los participantes del plan pagan la misma prima, independientemente de la edad o la salud general). Las primas también pueden ser más altas para los fumadores, y pueden aumentar debido a la inflación.
- Si gasta mucho en recetas médicas, busque un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos y compare ese costo con las primas de cobertura Parte D de Medicare para ver cuál es la mejor oferta. Además, revise el formulario del plan para asegurarse de que los medicamentos que toma estén cubiertos.

■ Si no compra una póliza Medigap dentro de los seis meses posteriores a su inscripción en la Parte B, pueden rechazarlo debido a problemas de salud preexistentes. Puede cambiar su plan Medigap o Medicare Advantage durante el periodo anual de elección (Annual Election Period o AEP, por sus siglas en inglés) e incluso cambiar de uno a otro, aunque podrían aplicar ciertos límites o requerirse una evaluación de riesgos médicos (<https://www.medicareresources.org/faqs/can-i-switch-between-medicare-advantage-and-original-medicare/>).

■ No puede usar o comprar una póliza Medigap si tiene un plan Medicare Advantage. Si se inscribe en un plan Medicare Advantage, debe cancelar su plan de seguro Suplementario de Medicare ya que este plan no pagará ningún deducible, copago o coseguro del plan Medicare Advantage. (Si abandona su plan Medigap, podrá inscribirse en otro si deja Medicare Advantage, aunque se le puede cobrar una prima más alta.)

Obtenga información sobre cómo elegir un plan Medigap en la guía de Medicare “Choosing a Medigap Policy” (<https://www.medicare.gov/pubs/pdf/02110-medicare-medigap-guide.pdf>).

## Calificación e inscripción

Es importante conocer cuándo califica y los periodos de inscripción en Medicare para que no se encuentre sin cobertura médica o tenga que pagar una multa.

### Calificación

**Partes A y B:** Para calificar para la Parte A y la Parte B de Medicare, debe ser ciudadano estadounidense o residente legal permanente durante al menos cinco años continuos. También debe cumplir al menos uno de los siguientes criterios:

- Tener 65 años o más y calificar para recibir pagos del Seguro Social (compruebe si califica para recibir Seguro Social aquí: <https://ssabest.benefits.gov/es>)
- Estar discapacitado permanentemente y recibir beneficios por discapacidad durante por lo menos dos años.
- Tener insuficiencia renal permanente, requerir diálisis o trasplante de riñón, o sufrir de la enfermedad Lou Gehrig (esclerosis lateral amiotrófica, o ALS por sus siglas en inglés)

**Parte C (Advantage):** Para calificar para inscribirse en un plan Advantage, ya debe estar inscrito en la Parte A y la Parte B de Medicare, y debe vivir en el área de servicio del plan Advantage que elija.



**Parte D:** Para calificar para inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos recetados, ya debe estar inscrito en la Parte A o Parte B de Medicare y debe vivir en el área de servicio del plan de medicamentos recetados que elija.

### Inscripción

**Partes A y B:** Si ya recibe beneficios del Seguro Social (SS) o de la Junta de Retiro Ferroviario (Railroad Retirement Board o RRB, por sus siglas en inglés), se le inscribirá automáticamente en la Parte A y la Parte B a partir del primer día del mes en que cumpla 65 años (o del mes anterior si su cumpleaños es el primer día del mes). Deberá recibir el paquete de Medicare por correo tres meses antes de que comience su cobertura.

Si aún no está recibiendo beneficios de jubilación del Seguro Social o RRB, su inscripción no será automática. El periodo de inscripción inicial (IEP, por sus siglas en inglés) para la Parte A y la Parte B de Medicare es el periodo de siete meses que comienza tres meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65, y termina tres meses después del mes en que cumple 65.

La inscripción en las Partes A y B es automática si ha recibido beneficios de discapacidad del Seguro Social o RRB durante 24 meses o si tiene la enfermedad esclerosis lateral amiotrófica (ALS, siglas en inglés). Si sufre de insuficiencia renal, se debe inscribir en Medicare.

**Parte C:** El periodo de inscripción inicial del plan

Medicare Advantage es el mismo que para Medicare Original (Parte A y Parte B). O bien, puede inscribirse (o cambiar de planes) durante el periodo de elección anual (Annual Election Period), desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre, para obtener una cobertura efectiva el 1 de enero del año siguiente. (La inscripción no es automática.) Solo puede dejar un plan Medicare Advantage entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre y entre el 1 de enero y el 14 de febrero. Fuera de estos periodos, solo puede cambiar entre Medicare Advantage y Medicare Original si cumple con ciertos requisitos (salir del área de servicio de su plan o entrar o salir de un centro de enfermería, por ejemplo).

**Parte D:** Puede inscribirse en la cobertura de medicamentos recetados durante su periodo de inscripción inicial. Para la mayoría de personas este periodo es el mismo de siete meses de Medicare Original. (La inscripción no es automática.)

Se debe solicitar un plan de la Parte D de Medicare o un plan Medicare Advantage que incluye cobertura de medicamentos directamente a través de la aseguradora que ofrece el plan. No se puede estar inscrito tanto en un plan de la Parte D y también en un plan Advantage que incluya cobertura de medicamentos.

También puede inscribirse en cualquier cobertura de Medicare (Parte A, B, C o D) durante un "período de inscripción especial" (Special Election Period o SEP, por sus siglas en inglés), sin penalización, en algunas circunstancias (por ejemplo, si la cobertura patrocinada por su empleador se termina). Averigüe cuáles eventos de vida lo califican para inscribirse durante el periodo de inscripción especial en: <https://es.medicare.gov/sign-up-change-plans/when-can-i-join-a-health-or-drug-plan/special-circumstances-special-enrollment-periods>. Se le pedirá que demuestre que tenía cobertura médica o de medicamentos recetados "acreditables" para evitar que le apliquen sanciones permanentes a la prima (ver "Sanciones").

**Medigap:** El período de inscripción abierta (Open Enrollment) para Medigap es de seis meses a partir del primer día del mes en que cumple 65 años (siempre y cuando también esté inscrito en la Parte B de Medicare) o dentro de los seis meses posteriores a la inscripción a la Parte B de Medicare. Durante ese periodo, usted puede comprar cualquier póliza Medigap por la misma prima que pagaría una persona en buen estado de salud ("derechos de emisión garantizada"). Si intenta comprar una póliza Medigap fuera de ese plazo podría ser rechazado

debido a problemas de salud preexistentes. O, si obtiene cobertura, sus tarifas podrían ser más altas.

En la mayoría de los casos, cuando cambia de Medicare Advantage a Medicare Original, pierde sus derechos de "emisión garantizada" para Medigap. Se hace una excepción si pierde la cobertura de Advantage (porque se muda o el plan deja de operar en su área) o si compró un plan Medicare Advantage cuando calificó por primera vez para Medicare y dentro de los primeros 12 meses decidió que no estaba satisfecho. En estos casos, puede cambiar a Medicare Original con derechos de emisión garantizada por un corto plazo para un plan Medigap.

## Sanciones

En términos generales, usted debe inscribirse en la Parte B de Medicare cuando califique por primera vez. Sin embargo, hay algunas excepciones. Por ejemplo, tener cobertura médica "acreditable" (igual o mejor que la cobertura de Medicare) a través de un empleador con 20 o más empleados podría permitirle posponer la inscripción y el pago de la Parte B. (Para la mayoría, no hay razón para no inscribirse en la Parte A de Medicare tan pronto como califique porque la cobertura es sin costo).

Si no se inscribe en la Parte B de Medicare cuando califica por primera vez, es posible que tenga que pagar una multa de 10% por cada año transcurrido desde que haya calificado por primera vez hasta que por fin se inscriba. Esta penalización se le sumará a su prima mensual mientras tenga la cobertura Parte B. (Ejemplo: Según sus ingresos, sus primas de la Parte B serían de \$150 por mes. Sin embargo, ya que calificó para recibir Medicare hace cinco años y demoró su inscripción, si se inscribe hoy, deberá pagar los \$150 más otros \$15 por cada uno de los cinco años de retraso; o un total de \$225 al mes durante todo el tiempo que permanezca inscrito). Si deja de tener cobertura acreditable que no es de Medicare, tendrá ocho meses para inscribirse en la Parte B sin penalización. Más información en <https://es.medicare.gov/your-medicare-costs/part-b-costs/part-b-late-enrollment-penalty>.

Del mismo modo, si no se inscribe en la Parte D (cobertura de medicamentos) cuando califica por primera vez y no tiene beneficios acreditables de medicamentos a través de otra fuente (como un plan Advantage o un plan patrocinado por el empleador), se agregará una multa del 1% a la prima por cada mes sin cobertura hasta que finalmente se

inscriba. Si pierde su cobertura acreditable que no es de Medicare, tendrá dos meses para inscribirse en la Parte D sin penalización. Más información en Medicare.gov (<https://es.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/part-d-late-enrollment-penalty>).

Para evitar multas permanentes por retrasos:

- Regístrese en la Parte B y en la Parte D tan pronto como califique, a menos que tenga cobertura acreditable a través de un empleador u otra fuente.
- Confirme con su empleador o Medicare que la cobertura patrocinada por su empleo (u otra) es acreditable y le permite evitar una penalización por no inscribirse en la Parte B o la Parte D.
- Inscríbase en Medicare cuando termine su cobertura patrocinada por su empleo (u otra), incluso si sigue cubierto por COBRA o beneficios de salud para jubilados.

Obtenga más información en la página web de AARP titulada “Enrolling at the Right Time” (sobre el momento ideal para inscribirse) (<https://www.aarp.org/espanol/salud/medicare-y-medicaid/info-04-2011/inscripcion-medicare.html?migration=rdrc>) y en artículo de Money Talks News titulado “Can You Opt Out of Medicare” (sobre cuándo puede excluirse voluntariamente de Medicare) (<https://www.moneytalksnews.com/can-you-opt-out-of-medicare/>).

El día exacto en que comienza su cobertura depende de cuándo se inscribió. Ver los gráficos en MyMedicareMatters.org: <https://www.mymedicarematters.org/enrollment/when-can-i-enroll/>.

## Asistencia financiera

Si tiene ingresos y recursos limitados, podría calificar para recibir asistencia directamente de los centros de servicio de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, o CMS) o a través de programas estatales. Estas son algunas opciones de ayuda financiera:

- **Programas de ahorro Medicare (Medicare Savings Programs, o MSP):** Estos programas administrados por el estado pueden pagar todo o parte de sus gastos de bolsillo de Medicare Original (Partes A y B), incluidas las primas. (Cada estado decide si proporciona o no ayuda con las primas de los planes Advantage). Para obtener más información sobre los cuatro tipos de programas de ahorro Medicare y sus límites de ingresos y otros requisitos de calificación, vea el artículo de HealthMarkets.com titulado “Help with Medicare

Premiums: How to Qualify for Assistance” (sobre cómo calificar para ayuda con el pago de las primas de Medicare) (<https://www.healthmarkets.com/resources/medicare/help-with-medicare-premiums/>); el artículo de MedicareResources.org titulado “Is there help for me if I can't afford Medicare's premiums? (sobre ayuda para quienes no pueden pagar las primas de Medicare) (<https://www.medicareresources.org/faqs/is-there-help-for-me-if-i-cant-afford-medicare-premiums/>) y visite Medicare.gov (<https://www.medicare.gov/your-medicare-costs/get-help-paying-costs/medicare-savings-programs>).

- **Programa de subsidio para la Parte D para personas de bajos ingresos** (Part D Low-Income Subsidy program, o LIS, y también conocido como Extra Help, que significa “ayuda extra”): El programa Extra Help asiste con los costos relacionados con los planes de medicamentos recetados de Medicare, incluyendo primas, deducibles y copagos. Obtenga detalles sobre este programa en el artículo de Medicare titulado “Understanding the Extra Help with Your Medicare Prescription Drug Plan”: <https://www.ssa.gov/pubs/EN-05-10508.pdf>.

- **Programas estatales, de empresas farmacéuticas y de organizaciones sin fines lucrativos para la asistencia con recetas médicas:** Hay una serie de programas que ayudan a los hogares de bajos ingresos con el costo de las recetas, incluyendo: RxHope (<https://www.rxhope.com/>); RxAssist (<https://www.rxassist.org/>); NeedyMeds (<https://www.needymeds.org/>); y Partnership for Prescription Assistance (<https://medicineassistancetool.org>).

## Cómo acceder a sus beneficios

Medicare solo paga por los servicios prestados por médicos, hospitales y otras entidades de atención médica certificadas por Medicare. Los proveedores reciben certificación de Medicare si aprueban una inspección realizada por una agencia del gobierno estatal. Puede visitar a cualquier médico, proveedor, hospital u otro centro certificado por Medicare que acepte nuevos pacientes de Medicare. Si está inscrito en un plan Advantage, es posible que se le limite a proveedores dentro de la red HMO o PPO. O bien, podría tener la opción de obtener servicios de proveedores que no pertenecen a la red, pero lo más probable es que le cueste más.

Si tiene Medicare Original y necesita encontrar un médico que acepte pagos de Medicare, visite la herramienta de búsqueda en línea de



Centers for Medicare and Medicaid Services que permite hacer comparaciones de médicos: (<https://es.medicare.gov/physiciancompare/>). Puede buscar un profesional de atención médica por su nombre, nombre del consultorio médico, especialidad médica, enfermedad y algunos otros criterios. Esta herramienta mostrará los resultados del área geográfica que especifique, y otros detalles.

Si tiene un plan Advantage, consulte con el administrador del plan (servicio al cliente) para averiguar cuáles son las opciones y limitaciones de su proveedor de atención médica.

## Proteja su cuenta de Medicare

Sus beneficios de Medicare y la información personal conectada a su cuenta son valiosos para los estafadores y ladrones de identidad. Los beneficiarios de Medicare y del Seguro Social en todo el país con frecuencia reciben llamadas de estafadores que dicen ser parte de Medicare, del Seguro Social o de una compañía de seguros, y quieren que les revele su número de cuenta u otra información confidencial. Siga estos consejos para protegerse:

- Solo proporcione su tarjeta o número de Medicare u otra información personal a médicos, proveedores de atención médica, compañías de seguros y representantes de confianza de Medicare con los que haya iniciado contacto. Si

alguien lo llama y le pide su número de Medicare u otra información personal, cuelgue y llame al 800-MEDICARE (800-633-4227/TTY: 877-486-2048) para verificar la comunicación. (Medicare solo llama y pide información personal si usted llamó y dejó un mensaje o un representante le dijo que alguien de la agencia lo llamaría.)

- Si no está seguro acerca de una llamada, correo electrónico o carta que solicite su número de Medicare, Seguro Social u otros datos confidenciales, comuníquese directamente con Medicare, el proveedor de atención médica o la aseguradora usando el número o la dirección de correo electrónico que usted ya conoce como correctos (los impresos en su estado de cuenta, por ejemplo), y no con los datos de contacto que le de el autor de la llamada o el remitente.
- Revise su aviso de resumen de Medicare (Medicare Summary Notice o MSN, por sus siglas) en busca de errores o señales de fraude. Apunte las fechas de sus citas médicas y guarde los recibos y estados de cuenta de los proveedores para compararlos con su estado de cuenta de Medicare. Establezca una cuenta en línea en MyMedicare.gov (<https://www.mymedicare.gov/helppages/gettingstarted/register/>) para que pueda revisar sus reclamaciones y comprobar la actividad de la cuenta las 24 horas del día. O llame al 800-MEDICARE para obtener información automatizada sobre sus reclamos de Medicare Original que se hayan procesado en los últimos 12 meses.
- Revise las declaraciones de los proveedores de atención médica para asegurarse de que a usted y a Medicare no se les facturen servicios o artículos que no recibió.
- Desconfíe de las ofertas de equipos, pruebas o servicios gratuitos a cambio de su número de Medicare. Estas ofertas a menudo son para productos de mala calidad o innecesarios y las reclamaciones presentadas en su nombre son fraudulentas.

Si sospecha fraude de Medicare, denúncielo al 800-MEDICARE o llame a la línea directa de fraude del departamento de salud federal (Department of Health and Human Services Office of Inspector General) al 800-HHS-TIPS (800-447-8477/TTY: 800-377-4950). O, visite [forms.oig.hhs.gov](https://forms.oig.hhs.gov) para presentar una denuncia en línea.

Obtenga más información sobre el fraude de Medicare en la publicación de Medicare titulada "Protecting Yourself and Medicare from Fraud" (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10111-Protecting-Yourself-and-Medicare.pdf>).

Si sospecha ser víctima de robo de identidad o si cree que proporcionó información personal a alguien que no debe tenerla, visite IdentityTheft.gov (<https://www.robodeidentidad.gov/>).

## Quejas

Si tiene alguna queja sobre el programa Medicare o un plan de salud o de medicamentos recetados de Medicare, puede presentarla a los centros de servicio de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, o CMS) en línea, en <https://es.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>. Si es un asunto urgente, llame al 800-MEDICARE (800-633-4227/TTY: 877-486-2048). Para obtener información más detallada sobre el envío de diferentes tipos de quejas, visite <https://es.medicare.gov/claims-appeals/file-a-complaint-grievance/filing-complaints-about-your-health-or-drug-plan>. Reporte fraude y el desperdicio o abuso de atención médica relacionados con Medicare, Medicaid, CHIP y con el mercado de seguros médicos (Health Insurance Marketplace) a CMS por teléfono, correo, fax o en línea (<https://www.cms.gov/About-CMS/Components/CPI/CPIReportingFraud.html>).

## Recursos

- **Medicare.gov** (<https://www.medicare.gov/>) es la ventanilla única para obtener información detallada sobre todos los aspectos del programa. Aquellos que no tienen acceso a Internet pueden llamar al 800-MEDICARE (800-633-4227/TTY: 877-486-2048) para obtener asistencia las 24 horas del día.
- **“Medicare y Usted”** (<https://www.medicare.gov/Pubs/>)

### Acerca de Consumer Action

[www.consumer-action.org](http://www.consumer-action.org)

A través de materiales multilingües educativos, extensión comunitaria y defensa del consumidor, Consumer Action faculta al consumidor infrarepresentado en todo el país para que haga valer sus derechos y prospere económicamente.

**Asesoramiento y asistencia para el consumidor:** Presente quejas de consumidor en <https://complaints.consumer-action.org/forms/spanish-form> o 415-777-9635. (Se hablan chino, inglés y español.)

[pdf/10050-s-medicare-and-you.pdf](https://www.medicare.gov/pubs/pdf/10050-s-medicare-and-you.pdf)) es la guía integral en español del programa que los beneficiarios reciben cada año, puede ayudarlo a entender sus beneficios de Medicare incluso antes de inscribirse. (También disponible en inglés, “Medicare & You”: <https://www.medicare.gov/pubs/pdf/10050-Medicare-and-You.pdf>)

- **El programa estatal de asistencia de seguro médico** (State Health Insurance Assistance Programs o SHIP, por sus siglas) (<https://www.shiptacenter.org>) ofrece asesoramiento y asistencia a los beneficiarios de Medicare en cada estado. Para acceder a los servicios, visite el sitio web nacional de SHIP (<https://www.shiptacenter.org/about-medicare>) y haga clic en el botón “Find Local Medical Help” (Buscar ayuda local de Medicare) en la esquina superior derecha, o llame al 877-839-2675.
- **MedicareResources.org** (<https://www.medicareresources.org>) ofrece información extensa y actualizada sobre Medicare, incluidos los recursos específicos de cada estado. Mientras que es técnicamente una empresa con fines de lucro (gana dinero al vincular a los consumidores con las aseguradoras), la información que proporciona es gratuita.
- **BoomerBenefits.com** (<https://boomerbenefits.com/>) es otro sitio que ofrece amplia información sobre Medicare. Gana dinero vendiendo planes de Medicare (Advantage, Medigap, etc.), pero la información fácil de entender que proporciona sobre las opciones del plan es gratuita.
- **Money Talks News** (<https://www.moneytalksnews.com/>) ofrece información imparcial sobre una amplia gama de temas de consumo y finanzas personales. Ingresar la palabra “Medicare” en la barra de búsqueda le dará como resultado docenas de artículos sobre todas las facetas de Medicare.
- **El módulo educativo de Consumer Action sobre el seguro médico** ([https://www.consumer-action.org/modules/module\\_health\\_insurance](https://www.consumer-action.org/modules/module_health_insurance)) ofrece hojas informativas gratuitas como esta sobre temas de seguro médico individual y seguro que ofrece el empleador, así como una publicación con preguntas y respuestas con detalles adicionales sobre temas relacionados con seguro de salud.

## Acerca de esta guía

Esta guía fue creada por el Insurance Education Project de Consumer Action.