

**CUÁNDO
INSCRIBIRSE**
Página 12

**CONOZCA
SU PLAN**
Página 3



**EVITE LOS
RIESGOS**
Página 12

**AYUDA DE
SU ESTADO**
Página 14

ConsumerReports®

Medicare: 6 cosas que debe saber ahora

Disminuya los costos de medicamentos cuando se encuentra en el período sin cobertura [Página 4](#)

Exámenes gratuitos de atención preventiva [Página 6](#)

Nuevo máximo para algunos costos de su bolsillo [Página 8](#)

Alerta: Los beneficios de la Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés) de Medicare podrían reducirse [Página 8](#)

Las personas de la tercera edad con ingresos altos podrían pagar más [Página 10](#)

Nuevas fechas para cambiar de plan [Página 11](#)

**Guía especial de los
Jefes de Redacción de
Consumer Reports**

**APROVECHE
LOS NUEVOS
CAMBIOS EN LOS
BENEFICIOS**

Obtenga lo mejor de sus beneficios de Medicare



Si bien el futuro a largo plazo del programa Medicare forma parte de un debate nacional, debe conocer los nuevos servicios y cambios importantes del programa, disponibles ahora mismo, que formaron parte de la Ley de Cuidado Asequible que fue aprobada en 2010. Estos se aplican, ya sea que actualmente se encuentre inscrito en Medicare, próximo a ser elegible o ayudando a uno de sus padres o a un ser querido, que están en el programa.

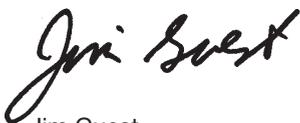
CONSUMER REPORTS ha desarrollado esta breve guía para informarle cómo la nueva ley de atención médica ha afectado a Medicare y sus beneficios en 2011. Desde nuestra fundación hace 75 años, nos hemos centrado en brindar información comparativa fácil de comprender, a fin de ayudar a los consumidores a tomar las mejores decisiones del mercado.

Además de los beneficios individuales que cubre esta guía, hay muchos otros cambios que están entrando en vigencia, en el programa Medicare, con el objetivo de reducir los costos mejorando la calidad y la seguridad de la manera en que se brindan los servicios. Estos cambios no afectan directamente los beneficios individuales, pero están diseñados para fortalecer a Medicare y mejorar los resultados de salud.

Mientras tanto, puede cumplir la función de ayudar a mantener bajos los costos de Medicare: Revise atentamente sus facturas e informe cualquier error. También informe cualquier oferta inusual o sospechosa para obtener los servicios de Medicare. Para obtener más información sobre cómo prevenir prácticas engañosas y costosas, visite www.stopmedicarefraud.gov.

Además, le pedimos que comparta esta guía con otras personas. Puede encontrar copias disponibles para descargar en nuestro sitio web, en ConsumerReportsHealth.org y, en idioma español, en espanol.ConsumerReports.org/salud.

Y, como siempre, agradecemos sus opiniones, su cooperación y colaboración, conforme trabajamos juntos, para responder mejor a las preocupaciones e impulsar los intereses de los consumidores de atención médica en los Estados Unidos.

A handwritten signature in black ink that reads "Jim Guest". The signature is written in a cursive, flowing style.

Jim Guest
PRESIDENTE
CONSUMER REPORTS

Cómo usar esta guía

Conozca los cambios realizados en sus beneficios, ya sea que esté inscrito en Medicare original o en Medicare Advantage.

SI ESTÁ PREGUNTÁNDOSE CÓMO le afectarán los cambios realizados en Medicare a partir de la ley de reforma del sistema de salud de 2010, no es el único. Alrededor de 36 millones de estadounidenses están cubiertos por Medicare original, y más de 11 millones están inscritos en los planes privados Medicare Advantage. Esta publicación de CONSUMER REPORTS es su guía para la información que necesita, a fin de comprender el sistema actual de Medicare.

¿Usted...

- tiene alrededor de 65 años? Aquí le brindamos lo que debe saber antes de inscribirse en Medicare (página 12).
- se ve muy afectado por los costos de los medicamentos de venta con receta? Ahora, las personas de la tercera edad que lleguen al período sin cobertura (la brecha de cobertura de medicamentos de Medicare) obtendrán considerables descuentos (página 4).
- está pagando (o evitando) servicios de atención preventiva? Obtenga su nueva visita anual de bienestar en forma gratuita (página 6).
- está más ajustado con los copagos de Medicare Advantage? Ahora, hay un límite en los costos anuales de su bolsillo (página 8).
- piensa que es hora de realizar un cambio? Consulte las nuevas fechas para la inscripción abierta de Medicare (página 11).
- necesita más información? La sección de recursos que se encuentra al dorso de este folleto indica la información de contacto de las agencias clave que pueden responder sus preguntas específicas sobre Medicare.

Las prioridades, primero: Conozca qué tipo de plan Medicare tiene

Aproximadamente, una de cada cuatro personas que reciben Medicare pertenece, en la actualidad, a un plan privado Medicare Advantage, en lugar de Medicare original. Sus costos y beneficios podrían variar en forma



significativa, según el tipo de plan Medicare que tenga, de modo que es importante saber la diferencia.

¿No está seguro de qué plan Medicare tiene?

Si usted participa en un plan Medicare Advantage, su tarjeta de seguro probablemente no dirá “Medicare Advantage”. En su lugar, el nombre del plan, por ejemplo “Secure Horizons”, aparecerá en su tarjeta de seguro.

MEDICARE		HEALTH INSURANCE	
1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)			
NAME OF BENEFICIARY JOHN DOE			
MEDICARE CLAIM NUMBER 000-00-0000-A		SEX MALE	
IS ENTITLED TO HOSPITAL (PART A)		EFFECTIVE DATE 04-01-2011	
MEDICAL (PART B)		04-01-2011	
SIGN HERE → _____			

A continuación le indicamos cómo averiguar qué plan Medicare tiene:

- Llame al 800-MEDICARE (800-633-4227).
- El sistema le pedirá que diga su “número de Medicare”. Ese es el número que aparece en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare. Todos tienen esta tarjeta, incluso aquellos inscritos en los planes Medicare Advantage.
- Cuando el representante esté en línea, se le pedirá su número de Medicare nuevamente y alguna otra información que lo identifique, como su fecha de nacimiento y su dirección completa.
- Una vez que se haya confirmado su identidad, pregunte al representante: “¿Podría decirme si tengo Medicare original o Medicare Advantage?” Le dirán: “No hay ningún plan Medicare Advantage registrado” o el nombre de su plan Medicare Advantage. Los cuidadores pueden realizar esta llamada en nombre del beneficiario, si tienen la información solicitada.

1 Descuentos en medicamentos

Su medicamento de venta con receta puede ser más asequibles.

ES POSIBLE QUE ESTÉ FAMILIARIZADO CON el término “período sin cobertura” (“doughnut hole”). En los planes de medicamentos de Medicare, ese es el punto en el que sus costos aumentan y usted tiene que comenzar a pagar la cantidad total de sus medicamentos.

¿Qué es lo nuevo?

Si usted alcanza el período sin cobertura en 2011, recibirá un descuento del 50% en los medicamentos de marca y un descuento del 7% en los medicamentos genéricos. Obtendrá esos descuentos automáticamente, sin tener que aplicar ni inscribirse.

Cómo funciona

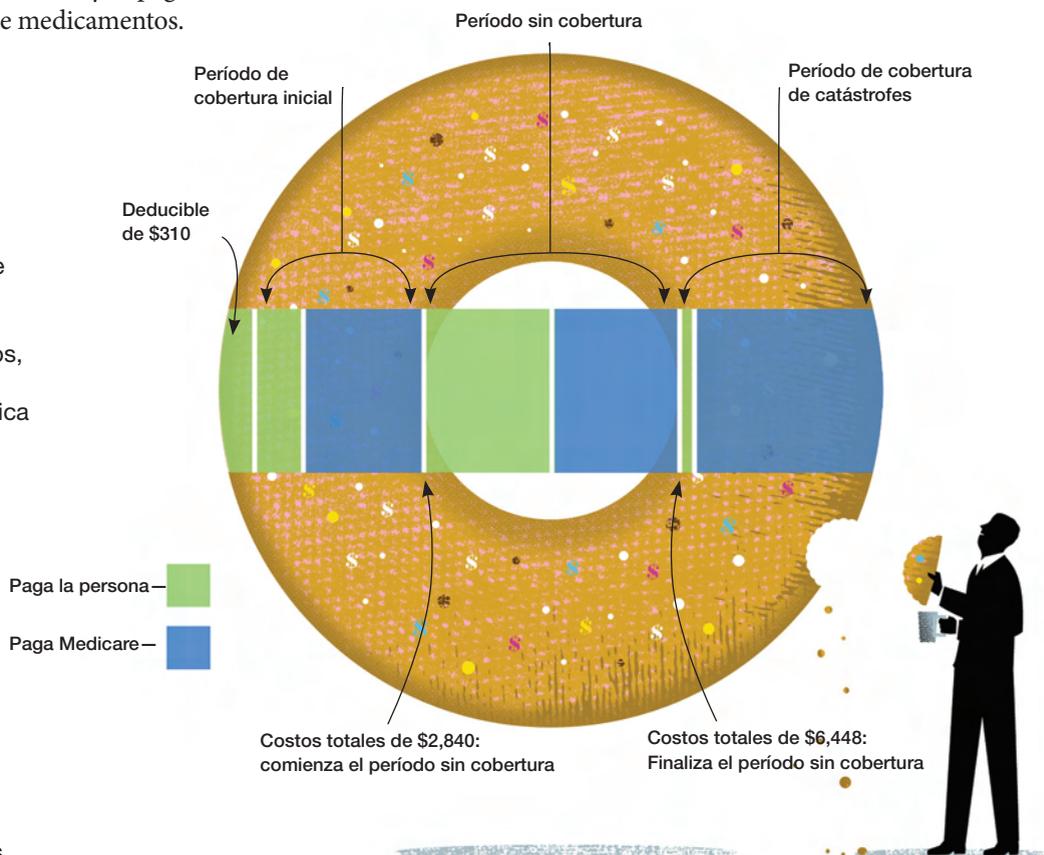
Usted es elegible para obtener los descuentos una vez que usted y su plan de medicamentos hayan pagado en forma conjunta \$2,840 en costos de medicamentos.

Esto no cuenta sus primas de la Parte D. Su parte de pago dependerá de los deducibles y de los copagos de su plan.

Una vez que se encuentre en el período sin cobertura, automáticamente comenzará a obtener el descuento en su farmacia. Este descuento se aplicará hasta que usted y su plan de medicamentos hayan pagado en forma conjunta \$3,608 adicionales. Luego, usted será elegible para tener la cobertura de catástrofes durante el resto del año, lo que significa que pagará solo el 5% de sus costos de medicamentos restantes hasta fin de año. En los próximos años, su parte de los costos que se encuentre dentro del período sin cobertura disminuirá gradualmente a no más del 25%, la misma parte que usted pague, en promedio, por los medicamentos antes de ingresar en el período sin cobertura.

Cómo reducir parte de los costos de medicamentos

Muchas personas de la tercera edad, especialmente las que toman varios medicamentos o medicamentos muy costosos, han entrado en el “período sin cobertura”, lo cual significa que alcanzaron una brecha de cobertura y tuvieron que pagar las facturas de los medicamentos de su propio bolsillo, hasta ser elegibles para tener la cobertura de catástrofes. En 2011, Medicare cubrirá la mitad del costo de los medicamentos de marca en el período sin cobertura y, para 2020, dicho período habrá finalizado y no habrá ninguna brecha en la cobertura de medicamentos.





DAVID PEZZAT

“Mi plan no cubre mucho y tengo que pagar elevados copagos por mi insulina y el medicamento para la presión arterial. Este descuento en el período sin cobertura ayudará”.

—Benita Martinez, 71 años, de McAllen, Texas, se encuentra cerca del período sin cobertura y está preocupada por saber si va a poder pagar sus medicamentos.

Cómo elegir un plan de medicamentos de Medicare

Si usted ya está inscrito en un plan “independiente” de la Parte D o en un plan Medicare Advantage que incorpora la cobertura de medicamentos, puede cambiar los planes para el próximo año calendario durante el período anual de inscripción abierta. En 2011, la inscripción abierta tiene lugar del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Según dónde viva, podría tener docenas de planes privados para elegir, con diferentes primas, copagos y niveles de cobertura, que incluyen los medicamentos que están cubiertos. La diferencia entre elegir un plan que sea adecuado para usted y elegir uno que no lo sea puede implicar un gasto de miles de dólares por año en primas y gastos de su bolsillo.

¿PREGUNTAS?



Puede encontrar los aspectos básicos sobre los planes de la Parte D en el sitio web de Medicare, Medicare.gov. Este sitio puede responder la mayoría de las preguntas. Además, está vinculado al Buscador de Planes de la Parte D de Medicare, que puede usarse para comparar las ofertas y las opciones de cobertura de su área. Esta función incluye una herramienta interactiva fácil de usar, que le permite comparar los planes según la cantidad que pagaría por su lista personalizada de medicamentos. También consulte el sitio web del Centro de Derechos de Medicare (Medicare Rights Center), en medicareinteractive.org, cuando explore sus opciones. Además, este sitio cuenta con un buen análisis de los aspectos básicos del beneficio de la Parte D de Medicare.

2 Atención preventiva gratuita

No es necesario posponer exámenes por su costo.

SI USTED TIENE EL PLAN MEDICARE ORIGINAL, a partir de 2011, tiene el derecho de recibir una cobertura gratuita o de bajo costo de los servicios preventivos seleccionados, incluida una “visita de bienestar” anual, en la que puede revisar con su médico el estado general de su salud y trabajar junto con él en la elaboración de un plan para mantenerse lo más sano posible.

¿Quién está cubierto?

Todas las personas inscritas en Medicare original son elegibles para recibir servicios preventivos, como la vacuna contra la gripe y la vacuna antineumocócica;

mediciones de la masa ósea; asesoramiento para dejar de fumar y pruebas de detección de cáncer (colorrectal, de próstata y seno) y de VIH. Algunos servicios preventivos, como las pruebas de detección de aneurisma de aorta, glaucoma o diabetes, y las vacunas contra la hepatitis B, están cubiertos solo si usted reúne determinados criterios de riesgo. Consulte la tabla que aparece en la siguiente página para obtener más detalles.

Cómo funciona

Si su médico o su clínica participan en Medicare (y la mayoría lo hace), usted no tiene que hacer otra cosa que acordar una cita de atención preventiva, a fin de aprovechar el beneficio. En otras palabras, no tendrá que pagar por adelantado ni recibir un reembolso más adelante.

Algunos de estos servicios están cubiertos solo una vez cada pocos años y otros están cubiertos solo si usted reúne los criterios específicos; por lo tanto, asegúrese de seguir las pautas de Medicare.

Si bien no pagará nada para realizarse las pruebas o las pruebas de detección, es posible que se le cobre un copago por la visita al consultorio relacionada o si en la prueba se detecta algún resultado que necesite ser diagnosticado de inmediato (como un pólipo que se extrae durante una colonoscopia).

¿Qué sucede si tengo un plan Medicare Advantage?

Los planes Medicare Advantage no tienen la obligación de proporcionar dicha atención preventiva en forma gratuita hasta el año 2012; sin embargo, la mayoría lo hace. Vuelva a verificar su plan para asegurarse de estar cubierto.

“Me alegró escuchar que el nuevo plan me brindaría un examen físico gratuito, para poder entender mejor qué sucede con mi salud”.

—Larry Gibbons, 68 años, de Fuquay Varina, N.C., a partir de este año tiene el derecho de realizar una visita anual de bienestar en forma gratuita debido a los cambios en Medicare.



SCOTT DINGMAN

“No he consultado a mi médico familiar en muchos años. Simplemente no podía pagarlo”.

—Bessie Fields, 74 años, de Manchaca, Texas, ahora puede acceder a servicios de atención preventiva sin costos de su bolsillo, junto con otros millones de personas que reciben Medicare.



BLAKE HUTSON

¿Qué está cubierto?

SERVICIO	A PARTIR DE ESTE AÑO, MEDICARE ORIGINAL CUBRE...
Examen físico “Bienvenido a Medicare”	100% de la cantidad aprobada por Medicare (sin deducible de la Parte B)
Visita anual de bienestar	100% de la cantidad aprobada por Medicare (sin deducible de la Parte B)
Prueba de detección de cáncer de próstata	100% para la prueba de antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés) (sin deducible de la Parte B); 80% de la cantidad aprobada por Medicare para el examen rectal digital (después del deducible de la Parte B)
Prueba de detección de cáncer de colon	100% para el análisis de sangre oculta en materia fecal, sigmoidoscopia flexible y colonoscopia (sin deducible de la Parte B); 80% de la cantidad aprobada por Medicare para el enema de bario (sin deducible de la Parte B)
Mamografías de detección	100% de la cantidad aprobada por Medicare (sin deducible de la Parte B)
Prueba de detección de la diabetes	100% de la cantidad aprobada por Medicare (sin deducible de la Parte B)
Pruebas de Papanicolaou, exámenes pélvicos y exámenes clínicos de seno	100% para análisis de laboratorio de Papanicolaou, recolección de muestras para la prueba de Papanicolaou, examen pélvico y examen clínico de seno (sin deducible de la Parte B)
Análisis de sangre para enfermedad cardíaca	100% de la cantidad aprobada por Medicare (sin deducible de la Parte B)
Vacuna contra la gripe	100% de la cantidad aprobada por Medicare (sin deducible de la Parte B)
Vacuna contra la neumonía	100% de la cantidad aprobada por Medicare (sin deducible de la Parte B)
Vacuna contra la hepatitis B	100% de la cantidad aprobada por Medicare (sin deducible de la Parte B)
Terapia nutricional médica	100% de la cantidad aprobada por Medicare (sin deducible de la Parte B)
Prueba de detección del glaucoma	80% de la cantidad aprobada por Medicare (después del deducible de la Parte B)

3 Límites en Medicare Advantage

Los costos son limitados si usted permanece en la red.

LOS CONSUMIDORES QUE TIENEN planes privados Medicare Advantage obtuvieron una nueva protección financiera importante este año. Previamente, si usted elegía obtener sus beneficios de Medicare a través de Medicare Advantage, no había ningún límite con respecto a la cantidad que podría adeudar en concepto de coseguro o copagos. Y está prohibido por ley que las aseguradoras le vendan una póliza suplementaria, conocida como Medigap, para adquirir esos costos, la manera en que pueden hacerlo con Medicare original.

¿Qué es lo nuevo?

A partir de 2011, el programa Medicare requiere que los planes Medicare Advantage establezcan un máximo en los gastos totales de su bolsillo. La cantidad más alta que tendrá que pagar este año es de \$6,700; aunque los planes tengan la opción de establecer un máximo de gastos de su bolsillo tan bajo como \$3,400. Es importante tener en cuenta que el límite de gastos de su bolsillo no se aplica a la atención que recibe fuera de la red del plan.

4 Los beneficios de Medicare Advantage pueden reducirse

Se reducen los pagos excesivos a las aseguradoras privadas.

UNA JUNTA DE EXPERTOS que aconseja al Congreso ha observado, durante varios años, que el gobierno federal básicamente paga en exceso a los planes Medicare Advantage por los servicios que brindan a los inscritos. Estos pagos en exceso implican un costo adicional para los contribuyentes y para las personas que pagan la prima de la Parte B. Durante los próximos años, dejarán de realizarse pagos en exceso en forma gradual. A partir de 2012, los pagos a los planes disminuirán gradualmente hasta que reciban la misma cantidad de dinero, en promedio, que Medicare original gasta por inscrito. Eso podría cambiar sus beneficios o los costos de su bolsillo, si usted está en alguno de estos planes.

Qué hacer

Dentro de ciertos límites, los planes Medicare Advantage pueden cambiar sus precios y sus beneficios cada año, de modo que es posible que un plan que actualmente satisface

sus necesidades no sea la mejor opción el año que viene. Analice detenidamente sus opciones durante su próximo período de inscripción abierta, momento en que puede cambiarse de un plan Medicare Advantage a otro o regresar a Medicare original, si lo desea (consulte la página 11 para conocer las nuevas fechas de inscripción abierta).

“He comparado precios y ahora tenemos un plan Medicare Advantage mejor que el que teníamos antes. Debe ver cuáles son los beneficios y mantenerse informado”.

—Joy Johnson, 67 años, de Las Vegas, Nev., encontró un plan Medicare Advantage que cubría una silla de ruedas motorizada para su esposo Dwayne, de 69 años, cuya movilidad se encuentra limitada debido a la esclerosis múltiple. Su plan anterior les negó la cobertura.

Tampoco se aplica a la cobertura de medicamentos, si su plan Medicare Advantage tiene ese beneficio.

Revise su plan

La mayoría de los planes Medicare Advantage requieren que obtenga su atención dentro de la red de proveedores locales, mientras que con Medicare original, puede obtener sus servicios de atención de cualquier médico del país que atienda y acepte a los pacientes nuevos de Medicare.

Cualquier plan Medicare Advantage sustituye la Parte A, el beneficio de hospital de Medicare y la Parte B, que cubre la mayoría de los demás gastos médicos, excepto los medicamentos de venta con receta. La mayoría de los planes también incluyen la cobertura de medicamentos de la Parte D. Probablemente, usted pagará una prima mensual menor por Medicare Advantage que por la Parte B, más los planes independientes de Medigap y de la Parte D. Sin embargo, los planes Medicare Advantage también tienen deducibles y copagos, que pagará de su propio bolsillo y, de todos modos, deberá pagar su prima de la Parte B.



FOTOGRAFÍA DE SAMPSEL PRESTON



Nancy Metcalf es la experta en seguros, atención médica y reforma del sistema de salud de CONSUMER REPORTS. Comuníquese con ella escribiendo a asknancy@consumerreportshealth.org.

Pregúntele a Nancy:

¿Qué sucederá con mi plan Medicare Advantage?

Pregunta: Actualmente, estoy inscrito en un plan de salud Medicare Advantage. Con los cambios a estos planes, ¿me conviene inscribirme en Medicare original o continuar con el plan Medicare Advantage?

Respuesta: No hay una única respuesta a si le conviene quedarse con su programa Medicare Advantage actual o cambiar a otro. Los planes Medicare Advantage pueden cambiar sus estructuras de beneficios, y frecuentemente lo hacen.

La mejor forma de proceder es lo que usted debería hacer todos los años, de todos modos: durante el período de inscripción abierta en el otoño, analice detenidamente sus opciones. ¿Ha cambiado su plan actual? ¿Sus médicos y sus medicamentos siguen estando en su lista? ¿Cómo se comparan la prima (si la hay) más los gastos de salud previstos que pagaría de su bolsillo con el costo de Medicare original además de un plan suplementario de Medigap y otro de la Parte D?

Para hacer su elección, no se base únicamente en los folletos brillantes que recibe por correo. Ingrese en el Buscador interactivo de planes Medicare del programa Medicare en Medicare.gov, donde puede comparar los planes en función de la calidad, el costo y los beneficios, e incluso puede hacer clic en ellos para ver la red de proveedores de un plan. También puede obtener asesoramiento personal gratuito de su Programa de Asistencia del Seguro de Salud Estatal (consulte la lista de programas que comienza en la página 14).



CHRIS HAMILTON

“No me molesta pagar una prima más alta. Es una evaluación de los medios económicos, y todos deberían estar dispuestos a participar. Pero nuestras primas siguen subiendo cada año; esa es la espina que tengo clavada”.

—Thomas Schwarzer, de 72 años, y su esposa, Marie, de 73 años, de Atlanta, Ga., pagan primas más altas para la Parte B y la Parte D debido a su nivel de ingresos.

5 Las personas de la tercera edad con ingresos altos podrían pagar más

Ahora se ven afectadas las primas para la cobertura de medicamentos de venta con receta.

LOS BENEFICIARIOS CON INGRESOS MÁS ALTOS han tenido que pagar primas más altas de la Parte B, la parte que cubre los honorarios médicos, desde 2007. Pero el nivel de ingresos en el que se aplicó el aumento estaba indexado a la inflación; es decir, aumentaba cada año.

¿Qué es lo nuevo?

La ley de reforma de la atención médica congela el umbral de ingresos en \$85,000 para las personas solas y en \$170,000 para las parejas, hasta 2019. En 2011, las personas

que ganan más del límite pagan primas de la Parte B de \$161.50 a \$369.10 al mes, según los ingresos y la categoría de contribuyente. Las personas cuyos ingresos están por debajo del límite pagan \$115.40 al mes. A partir de 2011, los beneficiarios con ingresos más altos también están pagando más por su cobertura de medicamentos de venta con receta de la Parte D, según los niveles de ingresos usados para calcular las primas de la Parte B. Para obtener más información, visite www.socialsecurity.gov/pubs/10161.pdf.

6 Nuevas fechas para cambiar de plan

El período de inscripción abierta comenzará y finalizará más temprano, a partir de 2011.

PUEDA INSCRIBIRSE EN un plan Medicare Advantage o de la Parte D, cambiarlo o abandonarlo, entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de 2011. Su cobertura comenzará el 1 de enero de 2012.

¿Qué otras cosas nuevas hay?

¿Qué sucede si desea realizar cambios en su cobertura después del 31 de diciembre de 2011? Entre el 1 de enero y el 14 de febrero de 2012, usted puede abandonar su plan Medicare Advantage y cambiarse a Medicare original. Si realiza este cambio, también tendrá hasta el 14 de febrero para agregar cobertura de medicamentos. Los cambios realizados durante este período entran en vigencia el primer día del siguiente mes.

Durante este período, no se le permite:

- Cambiarse de un plan Medicare original a un plan Medicare Advantage.
- Cambiarse de un plan Medicare Advantage a otro.
- Cambiarse de un plan de medicamentos de venta con receta de Medicare a otro.

Qué hacer

Es importante revisar su plan todos los años antes de la inscripción abierta, para asegurarse de que aún satisfaga sus necesidades. Por ejemplo, todos los planes de la Parte D tienen un formulario o lista de medicamentos cubiertos. Sin embargo, los planes de medicamentos pueden cambiar. Su medicamento no solo puede ser retirado de dicho formulario, sino que también podría ser transferido a otro nivel de pago. Los planes también pueden establecer nuevas restricciones en los medicamentos, por ejemplo, requerir a su médico que obtenga la aprobación de la aseguradora antes de recetarlos. Durante la inscripción abierta, usted puede cambiarse a un plan nuevo si su antiguo plan realizó cambios con los que no está conforme.

Use el buscador interactivo de formularios de Medicare en Medicare.gov para averiguar qué planes de su área cubren sus medicamentos y qué parte del costo total tendrá usted que pagar.

MEDICARE: FECHAS IMPORTANTES

15 de octubre de 2011—
7 de diciembre de 2011

Usted puede cambiar su cobertura de medicamentos de venta con receta o su plan de salud Medicare Advantage en 2012.

1 de enero de 2012

La nueva cobertura comienza si cambia de plan o se inscribe en uno.

Los nuevos costos y los cambios de cobertura comienzan si usted mantiene su cobertura existente.

¿PREGUNTAS?



El Centro de Derechos de Medicare es una organización no comercial y sin fines de lucro, cuyo único propósito es ayudar a los consumidores a sacar el mejor provecho de Medicare. El servicio interactivo gratuito de Medicare disponible en medicareinteractive.gov puede responder prácticamente cualquier pregunta que tenga sobre Medicare (y, probablemente, muchas preguntas que no se le han ocurrido).

El sitio oficial del gobierno, Medicare.gov, es fácil de usar si usted se siente cómodo con los sitios interactivos de Internet y le enseñará los aspectos básicos. Además, puede observar y descargar desde su computadora el libro *Medicare y Usted 2011*. Las personas de la tercera edad que deseen obtener ayuda por teléfono pueden llamar al 800-MEDICARE (800-633-4227).

Comenzar bien con Medicare

Si está por cumplir 65 años, infórmese sobre los detalles de Medicare.

Cuándo inscribirse

El período de inscripción inicial para Medicare comprende los tres meses antes de que cumpla 65 años, el mes de su cumpleaños y los tres meses posteriores a cumplir 65 años.

Si usted desea que su cobertura comience para cuando cumpla 65 años, debe inscribirse durante el período de los primeros tres meses. Si se inscribe durante el mes de su cumpleaños, la cobertura comenzará a principios del mes siguiente. Sin embargo, si se inscribe en los últimos tres meses, enfrentará demoras cada vez mayores en el comienzo de su cobertura. Por lo tanto, si, por ejemplo, su cumpleaños es el 15 de junio, pero se inscribe en septiembre, su cobertura no comenzará hasta el 1 de diciembre. Si su cumpleaños es el primer día de un mes, todo su cronograma retrocede un mes.

Si aún está trabajando cuando cumple 65 años y su empleador tiene 20 empleados o más, usted puede esperar para inscribirse para una parte de Medicare: la Parte B, que cubre los servicios de médicos y para la cual le cobran una prima.

Cómo inscribirse

Si ya está inscrito en el Seguro Social, Medicare automáticamente lo inscribirá y le enviará una notificación. De lo contrario, debe inscribirse usted mismo por Internet o visitando la oficina del Seguro Social más cercana.

Qué cosas debe y no debe hacer

Si no es cuidadoso al momento de inscribirse para Medicare, puede tomar decisiones equivocadas que podrían excluirlo de determinados tipos de cobertura en el futuro y costarle miles de dólares en primas y costos de su bolsillo adicionales durante toda su vida. A continuación, le indicamos cómo evitar los riesgos:

- **Inscríbese en la Parte B de Medicare cuando deje de trabajar.**

“Esta es la trampa más grande del programa Medicare”, sostiene Joe Baker, presidente del Centro de Derechos de Medicare, un grupo de defensa del consumidor, sin fines de lucro. La Parte A de Medicare cubre los gastos de hospital y es gratuita para cualquier persona que haya pagado los

impuestos de Medicare durante más de una década (o que esté casada con otra persona que lo haya hecho). Sin embargo, hay una prima mensual (\$115.40 es la cantidad estándar para 2011) para la Parte B, que cubre la mayoría de los demás gastos médicos, excepto los medicamentos de venta con receta.

Si usted no se inscribió para la Parte B cuando debió hacerlo, se le aplicará una multa severa: un aumento permanente del 10% en su prima por cada año que podría haberse inscrito y no lo hizo. La mayoría de las personas deben inscribirse cuando cumplen 65 años o cuando dejan de trabajar, lo que ocurra más tarde.

Sin embargo, hay consideraciones especiales para determinados grupos, por ejemplo, los empleados del gobierno federal. Consulte con su gerente de beneficios para el empleado, a fin de averiguar si usted se encuentra en uno de esos grupos. Luego, confirme esa información con Medicare y el Seguro Social, y tome nota de todo lo que le informen.

Hay una circunstancia en la cual la mayoría de las personas pueden demorar su inscripción en la Parte B sin que aplique ninguna multa: cuando tienen un seguro de salud mediante su propio trabajo actual o el de su cónyuge, en un lugar de trabajo con 20 empleados o más. “A menos que usted o su cónyuge estén empleados en forma activa, usted necesita la Parte B, y punto”, sostuvo Bonnie Burns, especialista en políticas de Medicare de California Health Advocates, una organización para consumidores, sin fines de lucro, de Sacramento, Calif. “Se sorprendería de la cantidad de personas que desconocen esta norma. Nadie les informa al respecto”. Si su lugar de trabajo tiene menos de 20 empleados, usted debe inscribirse para la Parte B no bien cumpla 65 años. De este modo, su plan de salud para el empleado se convierte en un plan secundario que se aplica una vez que Medicare haya pagado su parte de las facturas.

Los asesores del consumidor advierten sobre estas situaciones que, por lo general, hacen que las personas se equivoquen:

Usted o su cónyuge se jubilaron antes de los 65 años y estaban cubiertos por el plan para jubilados de una compañía. Usted debe inscribirse para la Parte B cuando cumpla 65 años, incluso si conserva el mismo plan para jubilados. Después de ingresar en Medicare, el plan para jubilados se convierte en un plan secundario.

El cónyuge de menor edad dejó de trabajar y recibía cobertura en virtud de la Ley Ómnibus Consolidada de Conciliación Presupuestaria (COBRA, por sus siglas en inglés). “Una situación típica es que el cónyuge de mayor edad tiene cobertura de

Medicare, pero no necesita la Parte B porque el cónyuge de menor edad sigue trabajando”, sostuvo Burns. “Luego, el cónyuge de menor edad deja de trabajar y recibe cobertura en virtud de la ley COBRA, y nadie le informa que ahora el cónyuge de mayor edad que tiene la cobertura de Medicare debe conseguir la Parte B”.

- **Inscríbese para la Parte D cuando sea elegible.**

La Parte D, el beneficio de medicamentos de venta con receta de Medicare, se brinda exclusivamente a través de los planes privados, con una prima promedio de aproximadamente \$41 por mes, en 2011.

Al igual que la Parte B, usted pagará una multa de prima permanente por la inscripción tardía, pero para la Parte D, se cobra 1% adicional por cada mes que podría haberse inscrito, pero no lo hizo. Si tiene bajas facturas de medicamentos, podría creer que no necesita de inmediato la Parte D, pero debería comparar esos ahorros con la multa posterior en la que incurriría, si acaba necesitando recetas costosas y cambiando de opinión.

Su cobertura para empleados o jubilados lo eximirá de la multa si tiene una cobertura de medicamentos “acreditable”, lo cual significa que, al menos, es tan buena como el plan de la Parte D. Su empleador debe otorgarle una notificación anual que determine si su plan es acreditable.

- **Averigüe cómo funciona con Medicare su plan para jubilados.**

Según Rich Fuerstenberg, socio de la práctica de beneficios y salud de Mercer, una firma internacional de consultoría

sobre beneficios, los planes de salud para jubilados pueden adoptar muchas formas. Algunos empleadores ofrecen planes independientes para jubilados, y otros son iguales al plan para empleados activos; cualquiera de los dos tipos de planes pagará a Medicare en forma secundaria. Algunos empleadores ofrecen opciones adicionales, como los planes privados Medicare Advantage. Estos pueden interactuar con Medicare de muchas maneras complicadas.

Si usted tiene un plan para jubilados, consulte con sus administradores antes de tomar cualquier decisión sobre sus beneficios de Medicare.

- **No se excluya de la cobertura Medigap en forma accidental.**

Si usted tiene un plan Medicare Advantage y tiene 65 años o más, cada año la ley federal le permite cambiarse a uno nuevo, sin preocuparse por las afecciones preexistentes. Sin embargo, en el caso de Medigap es diferente. Las leyes estatales varían, pero, en la mayoría de los lugares, su prima reflejaría sus antecedentes

médicos, a menos que sea durante determinados períodos de inscripción protegidos. Estos incluyen el momento cuando usted se inscribe por primera vez para la Parte B de Medicare, cuando pierde su cobertura Medicare Advantage porque se cierra el plan o usted se muda fuera de su área de servicio, o cuando pierde su cobertura para jubilados. Si abandona su plan Medigap para participar en un plan Medicare Advantage, puede volver a Medigap sin realizarse pruebas médicas, solo si ha estado en el plan durante menos de un año. Después de dicho período, usted podría ser excluido de Medigap definitivamente si tiene una afección preexistente o si desarrolla una afección que le impediría cambiarse a otro plan de seguro o adquirirlo, según las leyes de su estado.

Para averiguar sobre las normas de Medigap de su estado, consulte su Programa de Asistencia del Seguro de Salud Estatal. (Consulte la página 14).



¿Aún tiene preguntas?

Para información sobre su plan, póngase en contacto con una de las siguientes agencias.

Para obtener información básica sobre Medicare, Medicare Advantage y el beneficio de medicamentos de Medicare, o para obtener una copia de *Medicare y Usted*, un manual publicado por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services):

800-MEDICARE (800-633-4227)

877-486-2048 (TTY)

www.medicare.gov

Para obtener información sobre la inscripción y la elegibilidad de Medicare:

Administración del Seguro Social

800-772-1213

800-325-0778 (TTY)

www.ssa.gov

Para obtener ayuda a fin de comprender sus derechos y beneficios, y navegar por el sistema de Medicare:

Centro de Derechos de Medicare

www.medicareinteractive.org

El Centro de Derechos de Medicare es una organización nacional de servicios para el consumidor sin fines de lucro que trabaja para garantizar el acceso a los servicios de atención médica asequible para adultos mayores y personas con discapacidades, a través de asesoramiento y

defensoría, programas educativos e iniciativas de política pública.

Para consultas sobre Medicare de hispanohablantes:

Consejo Nacional Hispano de Personas Adultas Mayores (NHCOA, por sus siglas en inglés)

866-488-7379

www.nhcoa.org

Para obtener información integral sobre las opciones de seguro de salud disponibles para consumidores, incluida una sección sobre el impacto que causó la reforma del sistema de salud sobre los adultos mayores:

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

www.healthcare.gov

En español: cuidadodesalud.gov

Si sospecha un fraude:

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

Oficina del Inspector General

800-447-8477

800-377-4950 (TTY)

www.stopmedicarefraud.gov

Ayuda de su estado

Para obtener información y asesoramiento gratuito acerca de Medicare, Medigap, Medicare Advantage y atención a largo plazo, comuníquese con su **Programa de Asistencia del Seguro de Salud Estatal (SHIP, por sus siglas en inglés)**. Estos programas financiados por el gobierno federal no están conectados con ninguna compañía de seguro ni plan de salud. Los SHIP se establecieron para ayudar a los beneficiarios con las elecciones de los planes, los problemas de facturación, las quejas acerca de la atención médica o el tratamiento y los derechos en virtud de Medicare.

Alabama

800-243-5463

www.alabamaageline.gov

Alaska

800-478-6065

ó 907-269-3680

www.hss.state.ak.us/dsds/medicare/

Arizona

800-432-4040

ó 602-542-4446

www.azdes.gov

Arkansas

800-224-6330

ó 501-371-2782

insurance.arkansas.gov/seniors/homepage.htm

California

800-434-0222

www.aging.ca.gov/HICAP/

Colorado

888-696-7213

www.dora.state.co.us/insurance/senior/senior.htm

Connecticut

800-994-9422

www.ct.gov/agingservices/cwp/view.asp?a=2513&q=313032

Delaware

800-336-9500 ó 302-674-7364

www.delawareinsurance.gov/departments/elder/eldindex.shtml

District of Columbia

202-739-0668

dcoa.dc.gov/DC/DCOA/Our+Programs/Health+Insurance+Counseling

Florida

800-963-5337
www.floridashine.org

Georgia

866-552-4464
aging.dhr.georgia.gov/portal/site/

Hawaii

888-875-9229
866-810-4379 (TTY)
www.hawaii.gov/health/eoa/SAGEP.html

Idaho

800-247-4422
www.doi.idaho.gov/shiba/shwelcome.aspx

Illinois

800-548-9034
217-524-4872 (TDD)
insurance.illinois.gov/ship/

Indiana

800-452-4800
866-846-0139 (TDD)
www.in.gov/idoi/2495.htm

Iowa

800-351-4664
www.shiip.state.ia.us/

Kansas

800-860-5260
www.agingkansas.org/SHICK/shick_index.html

Kentucky

877-293-7447
www.chfs.ky.gov/dail/ship.htm

Louisiana

800-259-5301
www.la.state.la.us/Health/SHIIP/index.html

Maine

800-262-2232
800-606-0215 (TTY)
www.maine.gov/dhhs/oes/hiap/index.shtml

Maryland

800-243-3425 ó 410-767-1100
www.aging.maryland.gov/senior.html#SeniorHealth

Massachusetts

800-243-4636 ó 617-727-7750
800-872-0166 (TDD/TTY)
www.mass.gov/?pageID=eldershomepage&L=1&L0=Home&sid=Eelders

Michigan

800-803-7174
www.mmapinc.org

Minnesota

800-333-2433
www.mnaging.org/advisor/SLL_SHIP.htm

Mississippi

800-345-6347 ó 601-359-4929
www.mdhs.state.ms.us/aas_info.html

Missouri

800-390-3330
www.missouricclaim.org

Montana

800-551-3191
www.dphhs.mt.gov/sltc/services/aging/SHIP/ship.shtml

Nebraska

800-234-7119 ó 402-471-2201
800-833-7352 (TDD)
www.doi.ne.gov/shiip/

Nevada

800-307-4444 ó 702-486-3478
www.nvaging.net/ship/ship_main.htm

New Hampshire

866-634-9412
www.nh.gov/servicelink/

New Jersey

800-792-8820
www.state.nj.us/health/senior/ship.shtml

New Mexico

800-432-2080 ó 505-476-4846
www.nmaging.state.nm.us/Resource_Center.html

New York

800-701-0501
www.aging.ny.gov/HealthBenefits/HIICAPIndex.cfm

North Carolina

800-443-9354
ó 919-807-6900
www.ncdoi.com/shiip/default.asp

North Dakota

888-575-6611 ó 701-328-2440
800-366-6888 (TTY)
www.nd.gov/ndins/consumer/shic/

Ohio

800-686-1578
www.insurance.ohio.gov/Consumer/Pages/ConsumerTab2.aspx

Oklahoma

800-763-2828
[www.ok.gov/oid/Consumers/Information_for_Seniors/Senior_Health_Insurance_Counseling_Program_\(SHIP\)/index.html](http://www.ok.gov/oid/Consumers/Information_for_Seniors/Senior_Health_Insurance_Counseling_Program_(SHIP)/index.html)

Oregon

800-722-4134
www.oregon.gov/DCBS/SHIBA

Pennsylvania

800-783-7067
www.portal.state.pa.us/portal/server.pt?open=514&objID=616587&mode=2

Rhode Island

401-462-4000
www.dea.ri.gov/insurance/

South Carolina

800-868-9095
aging.sc.gov/seniors/medicare/Pages/index.aspx

South Dakota

800-536-8197
www.shiine.net/

Tennessee

877-801-0044
www.state.tn.us/comaging/ship.html

Texas

800-252-9240
www.tdi.state.tx.us/consumer/hicap/hicaphme.html

Utah

800-541-7735
www.hsdaas.utah.gov/insurance_programs.htm

Vermont

800-642-5119
www.medicarehelpvt.net

Virginia

800-552-3402
ó 804-662-9333
www.vda.virginia.gov

Washington

800-562-6900
www.insurance.wa.gov/shiba/index.shtml

West Virginia

877-987-4463
ó 304-558-3317
www.wvship.org/

Wisconsin

800-242-1060
www.dhs.wisconsin.gov/aging/SHIP.htm

Wyoming

800-856-4398
www.wyoming seniors.com/WSHIIP.htm

Consumers Union

101 Truman Avenue
Yonkers, NY 10703-1057

Org. sin fines de lucro
Franqueo de los EE. UU.
PAGADO
Consumers Union
of United States, Inc.

Haga correr la voz

¿Tiene familiares, amigos o vecinos que necesitan conocer los cambios recientes a los beneficios de Medicare? ¿Pertenece a una organización que desearía distribuir esta Guía a sus miembros? Aquí le informamos cómo obtener copias:

Copia individual

Descargue el PDF en ConsumerReportsHealth.org
o llame al 512-477-4431

Copias en cantidad

Descargue el PDF e imprima sus propias copias en ConsumerReportsHealth.org
o envíe un mensaje de correo electrónico a Guide@ConsumersUnion.org para obtener múltiples copias
o pida las copias impresas al: 512-477-4431

Edición en idioma español

Descargue el PDF en espanol.ConsumerReports.org/salud
o llame al 512-477-4431

Pregúntele a Nancy

Para hacer una pregunta a nuestra experta en seguros de salud,
envíe un mensaje de correo electrónico a asknancy@consumerreportshealth.org
o escríbale a Nancy Metcalf, Consumer Reports,
101 Truman Avenue, Yonkers, NY 10703