



CALIFORNIA HEALTH ADVOCATES

Complementado Medicare: Un Resumen General

Esta hoja de datos cubre nueve posibles situaciones para personas (de 65 años y más) que son elegibles para Medicare:

1. Cobertura mientras trabaja
2. Plan de Jubilación
3. Tricare por Vida
4. Sistema de Asuntos de Veteranos
5. Ingresos Limitados: Medicaid (Medi-Cal)
6. Programas de Ahorros de Medicare
7. Seguro Complementario de Medicare: Pólizas Medigap
8. Planes Medicare SELECT
9. Planes Medicare Advantage (HMOs, PPOs, PFFSs, SNPs, MSAs)

Medicare no cubre todos sus gastos de atención médica y usted será responsable de pagar deducibles y costos. Las siguientes son maneras de llenar los huecos en Medicare:

1. Cobertura Después de 65 Años de Edad Mientras Usted o su Cónyuge Estén Trabajando

Si usted tiene más de 65 años de edad, y si usted o su cónyuge todavía trabajan, pueda que usted tenga cobertura de atención médica por parte de su empleador. Si su empleador tiene más de 20 empleados, su empleador debe ofrecerle el mismo plan de grupo de salud que le ofrezca a otros empleados. Si usted decide tener ambos plan de grupo de salud patrocinado por el empleador y Medicare, el plan patrocinado por el empleador será el primario y pagará primero. Medicare será el secundario y pagará solamente después del plan del empleador.

Para más información, vea la hoja de datos "Cobertura Después de 65 años Si Usted o Su Cónyuge Trabajan" en cahealthadvocates.org.

Cobertura Si Es Menor de 65 Años de Edad, Recibe Medicare, y Usted, Su Cónyuge, o un Padre Todavía Esta

Trabajando: Las personas con incapacidades que reciben Medicare y beneficios de un plan de grupo de salud por medio de un miembro de la familia que esté empleado, tienen derecho a los mismos beneficios de salud igual que otros empleados y sus dependientes si la compañía tiene 100 empleados o más. Si usted opta por el plan de salud del empleador, ese plan será primero en pagar y Medicare pagará en segundo lugar.

Cobertura Si Es Menor de 65 Años de Edad y Sufre de Insuficiencia Renal:

Algunas personas que sufren de insuficiencia renal, conocida como Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD por sus siglas en Inglés), continúan trabajando y también son elegibles para cobertura de Medicare. Otros están cubiertos por el plan de su empleador aun después de no poder trabajar. Si usted tiene ESRD y está cubierto por un plan de grupo de salud patrocinado por su empleador, y tiene Medicare, se requiere que el plan de su empleador pague primero por 30 meses a partir de la fecha en que empiezan sus beneficios de Medicare. Esto es válido sin importar el tamaño del grupo y sin importar que la persona con ESRD esté trabajando o no.

Para más información, lea la hoja de datos: "Cobertura Mientras Usted o Su Cónyuge Trabajan" y "Medicare para Personas con Incapacidades" en la página de Web cahealthadvocates.org.

2. Planes de Jubilación

Hay quienes reciben seguro médico como beneficio de jubilación de parte del empleador o unión anterior de usted, de su cónyuge o su padre. Los beneficios y costos varían mucho entre los planes. Algunos planes cubren los costos que no están cubiertos por Medicare, tales como beneficios dentales y anteojos. Otros

Llame al Programa de Asistencia y Consejería de Asuntos de Seguros de la Salud (HICAP) al 1-800-434-0222 11-20-07 © California Health Advocates: cahealthadvocates.org

El financiamiento para la traducción de esta Hoja de Datos fue provisto por el Departamento para las Personas Mayores de California (CDA por sus siglas en Inglés) el Programa de Consejería y Abogacía sobre el Seguro de Salud, con ayuda financiera a través de un subsidio de los Centros para Servicios de Medicare & Medicaid, y la Agencia Federal Medicare.

tienen deducibles altos que tienen que cumplirse antes que se pague algún beneficio. Mientras que estos beneficios se coordinan con otros pagados por Medicare, estos planes no son planes de Medigap.

Los empleadores pueden cambiar los beneficios, costos compartidos o primas para estos planes, o dar término al plan a voluntad. Los jubilados pueden perder sus beneficios si un empleador anterior se declara en bancarrota. Para más información, vea la hoja de datos “Complementando Medicare: Planes de Jubilación” y “Complementando Medicare: Su Derecho a Comprar una Póliza Medigap” en la página de Internet cahealthadvocates.org.

3. TRICARE Por Vida (TFL por sus siglas en Inglés)

TFL es un programa que provee cobertura a todos los jubilados de servicio uniformado, sus cónyuges, sobrevivientes, y otros dependientes cualificados. Los beneficiarios deben estar inscritos en Medicare Parte A y B. No hay primas o co-pagos para los servicios cubiertos por Medicare aparte de la prima de la Parte B de Medicare. TFL provee cobertura médica completa adicional para todos los servicios de Medicare e incluye el beneficio de recetas médicas. Para más información llame al 1-800-538-9552 ó 1-866-363-5433 o visite la página de Internet tricare.osd.mil/tfl/default.cfm.

4. Asuntos de Veteranos (VA por sus siglas en Inglés)

Los veteranos de todas las edades, con la excepción de los que han sido dados de baja deshonrosamente, pueden aplicar para un beneficio de salud llamado el Paquete de Beneficios Uniformes en el Departamento de Asuntos de los Veteranos. No hay primas, y el VA provee cuidado al paciente hospitalizado, asistencia médica inicial, servicios diagnósticos y análisis de laboratorio, servicio de salud mental, tratamiento de abuso de sustancias, cuidados de salud en casa, cuidado de alivio, cuidado en residencia para personas que tienen enfermedad terminal (hospicio), algunos servicios de atención inmediata y limitados fuera de las instalaciones de VA, y recetas médicas. El VA tal vez provea

cuidado en un establecimiento de cuidado médico continuo no intenso, cuidado para adultos durante el día, cuidado dental, y anteojos.

El VA anima a los veteranos inscritos a que se queden con su seguro médico actual, incluyendo Medicare. Los veteranos con plan de seguro médico privado o financiado con fondos federales por el Departamento de Defensa (Tricare), Medicare o Medicaid/Medi-Cal, pueden optar por usar estos servicios de cobertura además de los beneficios de atención médica de VA. Para inscribirse en el Paquete de Beneficios Uniformes, aplique en cualquier centro de servicios médicos VA u oficina de beneficios para veteranos, o envíe por correo el formulario completo. Para más información, llame al 1-800-827-1000 ó 1-877-222-VETS (8387) o visite la página de Internet de VA en va.gov/elig.

5. Medicaid (conocido como Medi-Cal en California)

La cobertura Medi-Cal está disponible a ciertas personas de ingresos y recursos limitados. Medi-Cal paga por atención médica que considera “medicamente necesaria”, que incluye servicios para paciente hospitalizado, servicios de hospital de paciente no hospitalizado, terapia física, sala de emergencia, consultas con el doctor, cuidado en un establecimiento de cuidado médico continuo no intenso, cuidado para adultos durante el día, anteojos, algunos servicios de cuidado dental, audífonos, servicio de ambulancia, y ciertos medicamentos recetados que no están cubiertos por Medicare. También paga las primas de Medicare Parte B y los co-pagos y deducibles si usted elige ser atendido por proveedores que aceptan Medicare y Medi-Cal. Si usted está recibiendo beneficios de Medi-Cal, no necesita una póliza Medigap, y es ilegal que las compañías le vendan tal póliza.

Para más información, vea la hoja de datos “Asistencia para Personas de Ingresos Limitados: Medi-Cal” en la página de Internet cahealthadvocates.org.

6. Programas de Ahorros Medicare y Otra Asistencia para Ingresos Limitados

Varios programas federales, tales como el Programa Beneficiario Calificado de Medicare (QMB por sus siglas en Inglés), El Programa Beneficiario Especificado de Ingresos Limitados de Medicare (SLMB por sus siglas en Inglés), y el Programa Individuo Calificado (QI por sus siglas en Inglés), ayudan a las personas de ingresos limitados a pagar por Medicare. Todos estos programas pagan las primas mensuales de Medicare Parte B. QMB también paga por los deducibles y co-pagos de Medicare, y la prima por Medicare Parte A (\$423 por mes en el 2008) para los que no califiquen para recibir la Parte A gratis. Existen varios requisitos en cuanto a los ingresos y recursos para estos programas.

Para más información, vea la hoja de datos "Asistencia con Ingresos Limitados: Programa de Ahorros Medicare" en la página de Internet cahealthadvocates.org

Si ninguna de las seis opciones mencionadas arriba le es aplicable, puede considerar la posibilidad de comprar una póliza Medigap o unirse a un plan de Medicare Advantage. Un consejero HICAP le puede proveer información sobre estas opciones.

7. Pólizas Medigap / Pólizas de Seguro Complementario de Medicare

Seguro Complementario de Medicare o pólizas Medigap los venden las compañías de seguros comerciales. Hay 12 planes regulares catalogados de A - L que pagan parte, o todo, de los co-pagos y deducibles de Medicare. Algunos tal vez cubran los costos de atención médica que Medicare no paga, tales como cuidados médicos de emergencia en viajes al extranjero. Dos planes, F y J, tienen una opción de un deducible alto. Una vez que compre una póliza Medigap, la compañía no puede cambiar los beneficios cubiertos por el plan, y no puede cancelar la póliza a menos que usted no cumpla con el pago de la prima mensual. Sin embargo la compañía puede, a su discreción, aumentar la prima que usted pague.

Para más información, vea nuestra hoja de datos "Complementando Medicare: Pólizas Medigap" en cahealthadvocates.org.

8. Planes Medicare SELECT

Los planes Medicare SELECT son un tipo de póliza de seguro complementario de Medicare. Un plan Medigap SELECT es una combinación de una póliza normal de Medigap y una Organización de Proveedor Preferido (PPO por sus siglas en Inglés). Los PPO son grupos de profesionales de salud, tales como hospitales y doctores, que han acordado limitar cuanto les cobran a los miembros que usen a los proveedores de servicios de la red de del plan.

Los planes Medicare SELECT complementan Medicare si usted recibe todo su cuidado de parte de la los proveedores de servicios de la red de del plan, el PPO. Si usted recibe atención medica fuera de la los proveedores de servicios de la red de del plan, puede que tenga que pagar todo o la mayoría de los costos. En California, solo unas cuantas compañías venden planes Medicare SELECT. Una vez que compre la póliza Medicare SELECT, la compañía no puede cambiar los beneficios cubiertos por la póliza y no puede cancelarla a menos que usted no cumpla con el pago de la prima mensual.

9. Planes de Medicare Advantage (antes conocido como Medicare+Choice)

Medicare tiene contratos con compañías de seguros comerciales para ofrecer planes de Medicare Advantage a los beneficiarios de Medicare. Medicare le paga a la compañía de seguro con la que tiene contrato una prima mensual por cada miembro del plan de Medicare Advantage. Usted debe estar inscrito en Medicare Parte A y B y continuar pagando la prima de la Parte B para unirse a uno de estos planes. Cuando se inscribe en un plan de Medicare Advantage, usted ya no tiene la Medicare Original; en cambio sus beneficios de Medicare están cubiertos por el plan de Medicare Advantage. Estos beneficios pueden incluir algunos servicios adicionales que no estén cubiertos por la Medicare Original.

Los planes de Medicare Advantage deben cubrir todo los servicios de Medicare Parte A y B y se

Llame al Programa de Asistencia y Consejería de Asuntos de Seguros de la Salud (HICAP) al 1-800-434-0222 11-20-07 © California Health Advocates: cahealthadvocates.org

El financiamiento para la traducción de esta Hoja de Datos fue provisto por el Departamento para las Personas Mayores de California (CDA por sus siglas en Inglés) el Programa de Consejería y Abogacía sobre el Seguro de Salud, con ayuda financiera a través de un subsidio de los Centros para Servicios de Medicare & Medicaid, y la Agencia Federal Medicare.

requiere que acepten a cualquier beneficiario de Medicare que aplique cuando sea elegible para hacerlo (excepto los individuos con enfermedad renal en etapa final (ESRD por sus siglas en Inglés).

Hay diferentes clases de planes de Medicare Advantage: la Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO por sus siglas en Inglés), la Organización de Proveedor Preferido (PPO por sus siglas en Inglés), Privada Tarifa-por-Servicio (PFFS por sus siglas en Inglés), Plan de Necesidades Especiales (SNP por sus siglas en Inglés) y la Cuenta de Ahorros de Medicare (MSA por sus siglas en Inglés). Algunos planes de Medicare Advantage incluyen beneficios de recetas médicas que son igual de buenos o mejores que la cobertura regular de Medicare Parte D y se le conoce como MA-PDs (Planes Medicare Advantage de Recetas Médicas). Otros planes de Medicare Advantage no incluyen beneficios de recetas médicas (otras aparte de ciertas medicinas que están cubiertas bajo la Parte B), y se les conoce como planes MA-solamente.

Para más información sobre planes de Medicare Advantage incluyendo detalles sobre los varios tipos de planes mencionados arriba, por favor vea la hoja de datos “Medicare Advantage: Un Resumen General” en cahealthadvocates.org.

###

El Programa de Consejería y Abogacía Sobre el Seguro de Salud (HICAP por sus siglas en Inglés) provee gratis información objetiva y consejería sobre Medicare y otros temas relacionados. Usted puede llamar al **1-800-434-0222** si tiene preguntas o para hacer cita en la oficina de HICAP más cercana. Para hallar la oficina de HICAP en su área, visite cahealthadvocates.org.