



CALIFORNIA HEALTH ADVOCATES

Complementando Medicare: Cobertura Mientras Usted o su Cónyuge Trabajan

Si usted o su cónyuge todavía trabajan y usted llega a ser elegible para Medicare, usted puede enfrentarse con la decisión de si acaso inscribirse en Medicare entonces, o posponer el inscribirse en Medicare. Hay ciertas reglas que aplican al seguro de salud a través de su empleador que tal vez le puedan ayudar a guiar en su decisión. Estas reglas aplican cuando usted o su cónyuge están trabajando activamente de acuerdo a las reglas del IRS. Estas reglas NO aplican cuando usted o su cónyuge ya no están trabajando pero todavía tienen cobertura de un plan de seguros a través de su empleador o un plan que es parte de un paquete de jubilación. Por favor lea nuestra hoja de datos titulada “Planes de Jubilado” o “Medicare y Otra Cobertura de Seguro de Salud” en cahealthadvocates.org.

Nota: Si usted tiene Medicare porque usted tiene insuficiencia renal permanente conocida como Enfermedad Renal en Etapa Final o ESRD (por sus siglas en Inglés), por favor lea nuestra hoja de datos específicamente acerca de ESRD en cahealthadvocates.org. Muchas de las reglas de que se habla en esta hoja de datos NO son aplicables a usted.

Esta hoja de datos considera dos situaciones:

1. Usted es elegible para Medicare porque usted tiene 65 años de edad y usted o su cónyuge continúan estando empleados activamente y tienen cobertura a través del Grupo de Plan de Salud de su empleador (GHP por sus siglas en Inglés).
2. Usted llega a ser elegible para Medicare debido a una incapacidad (no ESRD) antes de que cumpla 65 años de edad, y su cónyuge o un miembro de la familia designado continúan estando empleados

activamente y usted tiene cobertura por medio del grupo grande de plan de salud (LGHP por sus siglas en Inglés).

Nota: Hay reglas especiales que tal vez apliquen cuando parejas domésticas, otros miembros de la familia, o hijos adultos dependientes que no tienen Medicare tienen cobertura por medio del grupo de plan de salud de otra persona que no se mencionan en esta hoja de datos. Puede obtenerse más información de la Administración del Seguro Social (SSA por sus siglas en Inglés). Visite la SSA en Internet al ssa.gov, o llame al 1-800-772-1213.

Cobertura por un Empleador a la Edad de 65 Años o Mayor

Si usted o su cónyuge trabajan para un empleador que tiene por lo menos 20 empleados, y usted llega a ser elegible para Medicare a la edad de 65 años, el empleador debe ofrecerle a usted la misma cobertura médica que ofrece a otros empleados. Esto se conoce como Grupo de Plan de Salud (GHP por sus siglas en Inglés).

Los empleadores con 20 o más empleados deben proveerle a usted cobertura primaria (significando que esa cobertura paga primero y Medicare paga en segundo lugar). El empleador no puede proveerle a usted cobertura que es secundaria a Medicare o que complementa los beneficios de Medicare.

El grupo de plan de salud del empleador puede, y a menudo lo hace, proveer mejores beneficios que los que Medicare provee, incluyendo algunos beneficios que no están cubiertos en absoluto por Medicare, tales como cuidado dental, cuidado de la vista, o audífonos.

Llame al Programa de Asistencia y Consejería de Asuntos de Seguros de la Salud (HICAP) al 1-800-434-0222 06-04-08 © 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.

No se requiere que los empleadores que tienen menos de 20 empleados le provean a usted la misma cobertura de salud que a otros empleados si usted es elegible para Medicare. Los empleadores usualmente requieren que usted se inscriba en Medicare para reducir la cantidad de la prima que ellos pagan por beneficios de salud de los empleados. Sin embargo, ellos tal vez puedan, ofrecerle a usted cobertura secundaria o complementaria que actúa como una póliza Medigap si ellos deciden hacerlo. El costo por esta cobertura es usualmente mucho menos que el costo de la cobertura primaria para un empleado de mayor edad.

Cobertura por un Empleador Para Las personas Menores de 65 Años que tienen Medicare

Si usted es elegible para Medicare debido a una incapacidad (no ESRD) antes de cumplir 65 años de edad, y su cónyuge o miembro de familia designado trabaja para un empleador con 100 ó más empleados, el empleador debe ofrecerle la misma cobertura de salud que a los demás trabajadores, sus cónyuges y dependientes. Esto se conoce como Plan de Salud de Grupo Grande (LGHP por sus siglas en Inglés). Los empleadores con menos de 100 trabajadores no tienen este mismo requisito, pero pueden proveerle cobertura adicional.

Posponiendo el Inscribirse en la Parte B y la Parte D y Cobertura por un Empleador

Si usted está cubierto por un plan de seguro del empleador sin importar el número de trabajadores, una opción que usted tiene es la de demorar su inscripción en la Parte B y/o Parte D de Medicare.

Nota: La mayoría de las personas no demoran en inscribirse en la Parte A de Medicare porque la reciben “gratis”. Las personas que han trabajado de tiempo completo por los menos 10 años y tienen 40 trimestres o más de créditos del Seguro Social, no pagan una prima por la Parte A. Para más información vea la hoja de datos “Medicare: Un Resumen” en cahealthadvocates.org.

Se le permite demorar su inscripción en la Parte B si su cobertura de salud se basa en el empleo actual activo de usted o de su cónyuge. Este derecho a demorar su inscripción en la Parte B aplica a empleadores de cualquier tamaño.

Nota: Si usted es menor de 65 años de edad y recibe Medicare, sus beneficios del Plan de Salud de Grupo Grande (LGHP por sus siglas en Inglés) pueden basarse en el empleo actual y activo de otros miembros de la familia aparte de usted y su cónyuge. Para más información visite la página de Internet del Seguro Social ssa.gov.

Si se demora en inscribirse en la Parte B de Medicare cuando primero sea elegible porque está cubierto bajo el plan de salud de un empleador, usted tiene ocho meses para aplicar para la Parte B comenzando cuando usted, su cónyuge (o miembro de familia) deja de trabajar, o cuando termina la cobertura del GHP o LGHP, lo que ocurra primero. A este período de 8 meses se le nombra Período de Inscripción Especial (SEP por sus siglas en Inglés). Si usted se inscribe en la Parte B de Medicare durante el SEP, usted **no** tendrá que pagar una multa por inscribirse tarde.

Si no se inscribe durante el SEP, no podrá inscribirse para la Parte B hasta el siguiente Período de Inscripción General (GEP por sus siglas en Inglés), cual es el 1° de Enero hasta el 31 de Marzo de cada año. Si se espera para inscribirse durante un GEP, los beneficios de Medicare no comenzarán hasta el 1° de Julio de ese mismo año, y es posible que tenga que pagar una multa por inscribirse tarde que se añadirá a su prima mensual cuando pague la Parte B mientras usted esté cubierto por la Parte B.

La Parte D de Medicare cubre recetas médicas. Si usted no compra el plan de la Parte D cuando primero llega a ser elegible debido a que su beneficio de recetas médicas a través del GHP o LGHP de su empleador es “cobertura acreditable” (que significa que es igual de buena o mejor que los beneficios normales de la Parte D de Medicare), solo tendrá 2 meses para inscribirse en el plan Parte D después del mes en

que terminen los beneficios del plan de salud de su empleador. Note que este período de tiempo es más corto que el período de ocho meses que usted tiene para inscribirse en la Parte B. Si usted está cubierto por COBRA vea nuestra hoja de datos “Medicare y Otra Cobertura de Seguro de Salud” en cahealthadvocates.org.

Si a usted se le pasa el Período de Inscripción Especial de 2 meses, por lo general puede inscribirse en el plan de la Parte D solamente durante el Período de Elección Anual, cual es del 15 de Noviembre al 31 de Diciembre de cada año, y sus beneficios comenzarán el 1° de Enero siguiente. Por cada mes que usted pospone el inscribirse en el plan de la Parte D de Medicare y que no ha tenido “cobertura acreditable” se le cobrará una prima de multa de 1% del promedio nacional de la prima para los planes de la Parte D. La multa será agregada a su prima mensual de la Parte D mientras esté cubierto por el plan de la Parte D.

Sus Opciones de Cobertura

Además de posponer su inscripción en Medicare Parte B y/o Parte D, sus otras opciones son:

- Escoger ambos Medicare y el GHP ó LGHP del empleador (en cual caso el plan del empleador será el primario y, paga primero, y Medicare paga en segundo lugar); o
- Rehusar el plan del empleador, inscribirse en Medicare y complementar su Medicare de otras maneras.

Tener ambos Medicare y un Plan del Empleador: Pago Primario y Secundario

Si usted escoge tener ambos Medicare y un GHP (20 ó más empleados) o LGHP (100 ó más empleados) del empleador, el plan del empleador usualmente será su cobertura primaria y paga primero, y Medicare será su cobertura secundaria. Cuando Medicare paga en segundo lugar, usa una fórmula que encuentra la cantidad más baja posible que se debe. Medicare tal vez pague algo de su co-seguro del plan del empleador. Usted necesitará del plan documentación por escrito de cualquier gastos que le corresponde pagar, y luego usted o el

proveedor necesitarán enviarle la factura por esas cantidades al Programa Pagador Secundario de Medicare.

Nota: Algo que usted debe considerar es si acaso la cobertura adicional de Medicare como seguro secundario merece pagar el valor de la prima mensual de la Parte B \$96.40 (en el 2008). Si la cobertura del plan del empleador tiene beneficios médicos y de recetas médicas que es mejor que los beneficios de Medicare, usted tal vez decida posponer su inscripción en la Parte B y la Parte D hasta que usted o su cónyuge (o miembro de la familia) deje de trabajar o ya no tiene cobertura del plan del empleador, como se explicó arriba. Si usted escoge posponer su inscripción, asegúrese de que usted se inscriba para la Parte B y la Parte D tan pronto como se dé cuenta de que ya no va a tener cobertura del plan del empleador. Si usted llega a ser elegible para la cobertura COBRA, vea nuestra hoja de datos “Medicare y Otra Cobertura de Seguro de Salud” en cahealthadvocates.org. Si usted tiene Medicare hay diferentes reglas, responsabilidades, y opciones que aplican a la cobertura de COBRA. Algunos tipos comunes de grupos de planes de salud patrocinados por el empleador se describen abajo:

Planes de Seguro de Salud Tarifa-Por-Servicio Patrocinado por el Empleador

Si el GHP o LGHP de su empleador es un plan de tarifa-por-servicio, usted recibirá un estado de cuenta que muestra lo que el plan pagó después de que procesó su reclamación. Si usted tiene ambos el plan del empleador y Medicare, el plan del empleador debe de pagar los beneficios de seguro de salud primero y entonces Medicare procesará la reclamación de usted. Si usted o su proveedor le cobra a Medicare por beneficios secundarios, usted recibirá un estado de cuenta que se llama Resumen de Aviso de Medicare (MSN por sus siglas en Inglés) mostrando lo que Medicare pagó. Para evitar demoras en el reembolso, dígame a su doctor y a otros proveedores que envíen los cobros al plan del empleador antes de enviarlos a Medicare junto con la documentación necesaria de lo que el plan pagó. Medicare solo procesará una reclamación

después de que sabe que el plan del empleador ya pagó.

Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud (HMOs por sus siglas en Inglés) y Organizaciones de Proveedor Preferido (PPOs por sus siglas en Inglés) Patrocinadas por el Empleador.

Si el GHP o LGHP de su empleador es con un HMO ó PPO, tal vez sea muy poco lo que Medicare tenga que pagar. Si usted va a fuera del HMO para un servicio médico que cubre el HMO, Medicare no pagará por ese servicio. Si usted utiliza los proveedores de la red de HMO para servicios que no cubre el HMO pero que son cubiertos por Medicare, Medicare usualmente los paga.

Si usted va fuera de la red de proveedores de un PPO, Medicare tal vez pague una cantidad pequeña pero tal vez no sea tanto como la cantidad que usted hubiera recibido por cuidado recibido dentro de la red de proveedores. Usted debe comprobar con el administrador de beneficios de su plan antes de recibir cualquier servicio fuera de la red de proveedores de su plan.

Optando por Declinar el Plan del Empleador

Si usted tiene Medicare, la tercera opción es la de declinar un GHP o LGHP de un empleador. Por ejemplo, si se requiere que usted pague una alta prima por un GHP que tiene beneficios comparables a los de Medicare, o si usted tiene beneficios a través de un empleo anterior tales como plan de jubilado, o porque su cónyuge trabaja para un empleador diferente.

Coberturas de Jubilado y Medicare

Un Grupo de Plan de Salud de un Empleador (GHP por sus siglas en Inglés) o un Plan de Salud de Grupo Grande (LGHP por sus siglas en Inglés) como se describe en esta hoja de datos solo cubre empleados que estén activos y sus dependientes. Estos beneficios no deben confundirse con planes de jubilados, los cuales cubren a los empleados anteriores y/o sus cónyuges que no están trabajando activamente.

Algunos empleadores y uniones ofrecen planes de jubilados con beneficios de atención médica para empleados jubilados, a su cónyuge y aun a sus dependientes. Los planes de jubilados, a diferencia de los planes GHP ó LGHP pagan solo después de que paga Medicare. Los planes de jubilados varían ampliamente, y los empleadores pueden cambiar periódicamente las primas, los beneficios o los deducibles y co-pagos de estos planes. Para más información acerca de estos planes, por favor vea nuestra hoja de datos de "Planes de Jubilados" cahealthadvocates.org.

###

Esta hoja de datos contiene información general y no se debe depender de ella para hacer decisiones individuales. Si le gustaría hablar de su situación específica, llame al Programa de Consejería y Abogacía sobre el Seguro de Salud (HICAP por sus siglas en Inglés). HICAP provee gratis información objetiva y consejería sobre Medicare y le puede ayudar a comprender sus derechos específicos y opciones en atención médica. Usted puede llamar al **1-800-434-0222** para hacer una cita con la oficina HICAP más cerca de usted.