GUÍA COMPLETA

DE

COBERTURA MÉDICA

PARA

NEOYORKINOS

MAYORES DE EDAD

2011

¡LÉALA!

Redactada por el Programa de información, asesoramiento y ayuda sobre seguros médicos (HIICAP, por sus siglas en inglés)

Departamento para Personas Mayores de la ciudad de Nueva York
Actualizada en febrero de 2011

MICHAEL R. BLOOMBERG

Alcalde

Ciudad de Nueva York

Lilliam Barrios-Paoli

Comisionada

Departamento para Personas Mayores de la ciudad de Nueva York

HIICAP
NYC DEPARTMENT FOR THE AGING
Health Insurance Information
Counseling & Assistance Program

Esta guía ha sido desarrollada por el Departamento para Personas Mayores de la Ciudad de Nueva York para el Programa de información, asesoramiento y ayuda sobre seguros de salud (HIICAP) con el fin de ayudar a las personas mayores de Nueva York a entender mejor las opciones de cobertura médica disponibles actualmente en la ciudad. Los temas abarcan desde las Partes A-B de Medicare, la cobertura de "Medigap," los planes médicos de Medicare, la Parte D de Medicare, los Programas de Ahorro de Medicare hasta la cobertura médica de Medicaid y la cobertura médica prolongada. La información detallada en este documento es válida para el año 2011. ¡Úsela con buena salud!

HIICAP es la fuente de información gratuita, actualizada e imparcial sobre cobertura médica para las personas mayores de Nueva York. La línea de ayuda de HIICAP (HIICAP Helpline) puede ayudarlo respondiendo a sus preguntas. Llame al 311 y pregunte acerca del programa HIICAP para hablar con uno de nuestros asesores capacitados.

Disponemos de asesores de HIICAP para entrevistas personales en nuestros lugares de asesoramiento o por teléfono. Solo tiene que llamar a nuestra línea de ayuda para obtener información sobre el asesor más cercano.

La inclusión de programas de beneficios para el cuidado de la salud no necesariamente implica el aval de dichos programas por parte del Departamento para Personas Mayores de la Ciudad de Nueva York.

Marque 311 para recibir información sobre este y otros servicios que ofrece la ciudad.

www.nyc.gov/aging
http://hiicap.state.ny.us

ÍNDICE

Tema	Página
Medicare	3
Parte A	4
Parte B	5
Servicios preventivos	9
Seguro suplementario de Medicare (Medigap)	11
Medicare como pagador secundario	20
Planes de Medicare Advantage (HMO, PPO, SNP)	23
Parte D de Medicare: Cobertura para medicamentos recetados	28
Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage (EPIC) [Programa de cubrimiento del seguro farmacéutico para las personas mayores]	34
Tarjeta New York Prescription Saver	38
Medicare Savings Program [Programas de ahorros de Medicare]	40
Fraude y abuso de Medicare	42
Medicaid	44
Beneficios para veteranos y TRICARE for Life	47
Otras opciones de cobertura médica para los neoyorquinos	49
Derechos de los pacientes y apelaciones	53
Planificación de la atención prolongada	54
Seguro de atención prolongada	58
Directivas anticipadas	62
Cuadros de requisitos	64
Recursos	67
Oficinas de Medicaid en la ciudad de Nueva York	71

MEDICARE

Medicare es un programa de seguro de salud nacional para personas de 65 años o más, ciertas personas más jóvenes con incapacidades y personas con problemas renales. Tiene cuatro componentes:

- Seguro hospitalario (Parte A)
- Seguro médico (Parte B)
- Planes Medicare Advantage (Parte C: HMO, PPO, y Planes para Necesidades Especiales (SNP)). Los planes Medicare Advantage ofrecen cobertura hospitalaria y médica. Cuando una persona se inscribe en un plan Medicare Advantage, recibe la cobertura de la Parte A y de la Parte B a través de ese plan privado y no a través de "Medicare original."
- Cobertura para medicamentos recetados (Parte D). Los afiliados a Medicare Advantage que deseen cobertura para medicamentos deben obtener dicha cobertura a través de su plan. Los afiliados de "Medicare original" que deseen cobertura para medicamentos deben inscribirse en un plan independiente de la Parte D.

¿Quién puede inscribirse en Medicare?

Pueden inscribirse en Medicare las personas de 65 años o más, y los ciudadanos o residentes permanentes de los Estados Unidos que hayan residido en el país durante, al menos, cinco años consecutivos. Los menores de 65 años pueden reunir los requisitos para la cobertura después de recibir el seguro de incapacidad del Seguro Social (SSDI) durante 24 meses; las personas con esclerosis lateral amiotrófica (ALS) reúnen los requisitos a partir del primer mes en que reciben SSDI. Las personas con enfermedad renal terminal (ESRD) reúnen los requisitos para recibir Medicare, independientemente de su edad. Es posible que un trabajador, su cónyuge y sus hijos reúnan los requisitos para inscribirse en Medicare, según los antecedentes laborales del trabajador, si recibe diálisis continua por insuficiencia renal permanente o recibió un trasplante de riñón, incluso si ningún otro miembro de la familia recibe Medicare. Si tiene preguntas sobre si reúne los requisitos para inscribirse en Medicare, o si desea solicitar Medicare, llame a la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778). Puede obtener más información sobre cómo solicitar Medicare en la página web del Seguro Social, www.socialsecurity.gov.

¿Cómo me inscribo en Medicare?

Inscripción automática: Si ya obtiene los beneficios del Seguro Social o de la jubilación para empleados ferroviarios al cumplir 65 años, no es necesario que solicite Medicare. Su inscripción será automática tanto en Parte A como en la B, y se le enviará por correo su tarjeta de Medicare alrededor de tres meses antes de que cumpla 65 años. Si es incapacitado, obtendrá automáticamente una tarjeta de Medicare por correo después de haber recibido sus beneficios por incapacidad del Seguro Social durante 24 meses consecutivos.

Cómo solicitar Medicare: Si no recibe beneficios del Seguro Social ni de la jubilación para empleados ferroviarios cuando cumpla 65 años, tiene un Periodo inicial de inscripción (IEP) de siete meses para inscribirse en Medicare. Usted puede inscribirse comunicándose con la Administración del Seguro Social (SSA) tres meses antes de cumplir 65 años, en el mes de su cumpleaños número 65 y en los tres meses siguientes.

Si no se inscribe durante ese periodo de siete meses, deberá esperar hasta el siguiente periodo de inscripción general, del 1º de enero al 31 de marzo de cada año, pero la cobertura de la Parte B no comenzará hasta julio. Si no se inscribe durante el periodo inicial de inscripción y no recibe otra cobertura a través de su empleador activo o del empleador de su cónyuge, deberá pagar una prima más alta como multa por inscripción tardía. La multa por inscripción tardía es del 10% por cada 12 meses en que no haya estado inscrito en la Parte B.

Empleados activos y personas que reúnen los requisitos para Medicare: Si usted o su cónyuge son empleados activos y tienen seguro médico a través de su empleador, es posible que no necesiten inscribirse en la Parte B de Medicare desde el momento en que reúnan los requisitos por primera vez; comuníquese con su empleador para averiguar si debe inscribirse en la Parte B. Es posible que desee inscribirse en la Parte A de cualquier modo, porque no hay prima por esta cobertura. Consulte la sección sobre Medicare como pagador secundario (página 20) para obtener más información.

Beneficios de la Parte A de Medicare

La parte A de Medicare cubre la internación en el hospital, la atención en instituciones de enfermería especializadas, la atención domiciliaria de la salud y la atención en hogares para enfermos terminales.

Los afiliados a Medicare Advantage obtienen sus beneficios de la Parte A a través de su plan y no pueden presentar facturas a Medicare.

La internación en el hospital: Medicare paga hasta 90 días de atención médica necesaria en un hospital general o psiquiátrico certificado por Medicare durante cada periodo de beneficios. Un **periodo de beneficios** comienza cuando ingresa en el hospital y continúa hasta 60 días consecutivos después de que le hayan dado el alta del hospital o de la institución de enfermería especializada. Después de finalizado un periodo de beneficios, comenzará otro cada vez que reciba atención de internación hospitalaria. Los beneficiarios de Medicare tienen 60 días de reserva de por vida después del día 90 de cada periodo de beneficios.

Medicare pagará un máximo de por vida de 190 días de atención de internación psiquiátrica provista en un hospital psiquiátrico. Una vez transcurridos los 190 días, Medicare pagará la atención de internación psiquiátrica adicional únicamente en un hospital general.

La Parte A colabora con el pago de una habitación compartida, las comidas, los servicios normales de enfermería, los servicios de rehabilitación, los medicamentos, los insumos médicos, los análisis de laboratorio y las radiografías. Usted también tiene cobertura por el uso del quirófano y las salas de recuperación, los servicios de salud mental, unidades de cuidados intensivos y coronarios, y todos los demás servicios e insumos médicamente necesarios.

Costos compartidos de la Parte A de 2011:

- Deducible: $1,132 por periodo de beneficios
- Días 61 a 90 de estadía en el hospital: $283 por día
- Días de reserva de por vida: $566 por día

Atención en institución de enfermería especializada: Si después del alta hospitalaria, necesita acudir a una institución de enfermería especializada, Medicare lo ayudará a pagar hasta 100 días en un periodo de beneficios. La Parte A paga el costo total de los servicios cubiertos durante los primeros 20 días. Medicare paga todos los servicios cubiertos en los siguientes 80 días, excepto el monto de copago diario de $141.50 en 2011. Si necesita más que 100 días de atención en un periodo de beneficios, usted será responsable de todos los gastos a partir del día 101.

Atención médica domiciliaria: Si está confinado en su domicilio y requiere atención especializada por una lesión o enfermedad, Medicare puede pagar la atención provista en su domicilio por una agencia atención médica domiciliaria. No se requiere una estadía previa en el hospital para tener derecho a la atención médica domiciliaria, y usted no debe pagar deducible por servicios médicos domiciliarios. La Parte A de Medicare paga la factura completa de los servicios cubiertos por el periodo en que resulten médicamente razonables y necesarios. Se pueden prestar los servicios por tiempo parcial o de modo intermitente, no por tiempo completo. Se ofrece cobertura de atención especializada, incluidas la atención de enfermería especializada, la terapia física y ocupacional, y la fonoaudiología. Si está recibiendo atención especializada, es posible que reúna los requisitos para otros servicios, como asistente de atención médica domiciliaria o trabajadores sociales médicos.

Cuidado de hospicio: Si padece una enfermedad terminal, puede optar por recibir cuidado de hospicio en lugar de los beneficios regulares de Medicare. La atención en los hospicios está dirigida a ofrecer bienestar y alivio del dolor. La atención puede ser domiciliaria u hospitalaria, e incluye muchos servicios que Medicare habitualmente no cubre, como servicios domésticos, asesoramiento y ciertos medicamentos recetados.

Beneficios de la Parte B de Medicare

La Parte B de Medicare cubre una amplia serie de servicios e insumos médicos, pero lo más importante es que ayuda a pagar los honorarios del médico. Los servicios

médicamente necesarios prestados por un médico están cubiertos independientemente de si la atención se ofrece en el domicilio, el consultorio del médico, la clínica, una residencia para ancianos o en un hospital. La Parte B también ayuda a pagar:

- Servicios hospitalarios como paciente ambulatorio
- Atención de salud mental como paciente ambulatorio
- Sangre, después de las primeras 3 pintas
- Traslado en ambulancia
- Terapia física y ocupacional, y fonoaudiología
- Análisis preventivos y exámenes de detección
- Vacunas contra la gripe, la neumonía y la hepatitis
- Medicamentos inyectables
- Prótesis artificiales
- Radiografías y análisis de laboratorio
- Equipo médico duradero
- Insumos médicos

Los afiliados a Medicare Advantage obtienen sus beneficios de la Parte B a través de su plan y no pueden presentar facturas a Medicare.

¿Qué paga usted según los términos de la Parte B?

Usted debe pagar el deducible anual correspondiente a la Parte B. Una vez alcanzado el deducible, Medicare paga el 80% de los cargos aprobados por Medicare. Usted es responsable del pago del 20% restante, que se conoce como coseguro de Medicare. Cuando recibe servicios de atención mental como paciente ambulatorio, usted debe pagar un coseguro del 45% del costo conforme a los términos de la Parte B (a diferencia del 20% en concepto de todos los demás servicios médicos). A partir de 2010, Medicare ha aumentado el porcentaje que pagará por servicios de salud mental de 50% a 55%; en 2014, los servicios de salud mental se pagarán al 80%, de modo similar a otros servicios cubiertos por la Parte B.

En 2011, Medicare cubrirá servicios de terapia física y fonoaudiología hasta $1,870 por año, y servicios de terapia ocupacional hasta $1,870 por año en 2011. Ciertas excepciones permiten que se incremente este límite. Además, si los servicios terapéuticos se ofrecen en un hospital de forma ambulatoria, no se aplica el límite; el límite se aplica únicamente a los servicios recibidos en un consultorio privado o en la casa de un paciente (si no se ofrece atención médica cubierta por Medicare).

El seguro suplementario de Medicare (Medigap) ayuda a los beneficiarios de Medicare a pagar su parte de los costos no cubiertos por Medicare. Estas pólizas cubren las diferencias ("gap", en inglés) de los reembolsos de Medicare, pero solo para los servicios aprobados por la cobertura de Medicare. Consulte la página 11 para obtener información sobre las pólizas de Medigap.

Costos compartidos de la Parte B de Medicare de 2011

- Prima mensual: $115.40 (las personas y parejas con ingresos anuales superiores a $85,000 y $170,000, respectivamente deberán pagar primas más altas).
- Deducible anual: $162
- Coseguro: 20%; 45% para salud mental

Ajuste de costo de vida (COLA) del Seguro Social y la prima de la Parte B de Medicare

No se aplicará un ajuste de costo de vida del Seguro Social para 2011, lo cual significa que los beneficiarios de la jubilación del Seguro Social y del seguro de sobrevivientes e incapacidad recibirán el mismo beneficio mensual en 2011 que recibieron en 2010. Debido a la disposición de exención (hold harmless, en ingles), los beneficiarios del Seguro Social que pagaron $96.40 o $110.50 por la prima de la Parte B en 2010 continuarán pagando $96.40 o $110.50 en 2011, en lugar de $115.40. Las personas que pagarán una prima más alta de la Parte B en 2011 incluyen:

- Los nuevos afiliados a la Parte B de Medicare en 2011.
- Los beneficiarios de Medicare que no son también beneficiarios del Seguro Social.
- Los beneficiarios que deben pagar primas más altas de la Parte B porque sus ingresos superan los $85,000 en el caso de una persona/$170,000 en el caso de un matrimonio.
- Beneficiarios del Programa de ahorro de Medicare (Medicare Savings Program, MSP, en ingles). El MSP seguirá pagando la prima más alta de la Parte B, pero si la persona pierde la condición de beneficiario del MSP, tendrá que pagar la prima más alta.

Asignación y cargos límites

Hay dos formas en que los médicos pueden participar en Medicare: pueden "*aceptar una asignación*" o "*no aceptar una asignación.*" Esto afecta el monto que usted debe pagar en concepto de servicios médicos. Si su médico *acepta la asignación,* aceptará el monto que Medicare apruebe para un servicio en particular y no le cobrará más del 20% del coseguro. Si el médico *no acepta la asignación*, los cargos estarán sujetos a un "Cargo límite," que es un cargo adicional sobre el cargo aprobado por Medicare. En el estado de Nueva York, el Cargo límite es del 5%, excepto para las visitas al consultorio y las visitas domiciliarias, cuyo Cargo límite es del 15%.

Contratación privada: Opción de darse de baja de Medicare (Medicare Opt Out)

Los proveedores de Medicare tienen el derecho de "darse de baja" oficialmente de Medicare por un periodo de dos años y firmar un contrato de carácter privado por escrito con cualquier paciente de Medicare que desee ser atendido por ellos. El médico fijará un cargo para cada servicio en particular y el paciente aceptará pagar los costos entendiendo que Medicare no le pagará al médico ni reembolsará el dinero al paciente. De igual modo, ninguna póliza suplementaria o "Medigap" pagará estos gastos. El beneficiario de Medicare aun goza de la cobertura de Medicare para los servicios prestados por otros médicos y especialistas en diagnósticos que participen. Los proveedores que se "dan de baja" son un caso diferente del de los proveedores que no aceptan una Asignación de Medicare, en la que los pagos y reembolsos fijos continúan bajo el control de Medicare.

Notificación anticipada al beneficiario de no cobertura (Advance Beneficiary Notice of Non-coverage, en inglés)

Existen algunos servicios de atención médica que Medicare no pagará, y el beneficiario tiene derecho a conocer los motivos antes de que se presten esos servicios. El proveedor de atención de la salud debe entregar por escrito la "Advance Beneficiary Notice of Non-coverage a" (ABN) en la que indique el servicio que cree que Medicare no pagará. El formulario debe contener el servicio en cuestión; la fecha del servicio; un motivo específico por el cual el servicio podría no ser pagado por Medicare y un espacio para que el beneficiario firme como prueba de que entiende y acepta la responsabilidad de pagar dicho servicio.

Notificación resumida de Medicare (Medicare Summary Notice, en inglés)

Para las reclamaciones asignadas, cada trimestre se enviará por correo una notificación resumida de Medicare (MSN) a cada beneficiario por el que se hubiera recibido una reclamación de un proveedor en virtud de la Parte A y/o la Parte B. Para las reclamaciones no asignadas, se enviará la MSN a medida que se procesen las reclamaciones, junto con un cheque a nombre del beneficiario, si el beneficiario ha pagado el servicio con anterioridad. Los beneficiarios podrán usar la MSN para obtener un reembolso conforme a una póliza Medigap. La MSN contiene información sobre cómo apelar las reclamaciones de Medicare que han sido negadas.

SERVICIOS PREVENTIVOS DE MEDICARE

Medicare ofrece cobertura para los siguientes servicios preventivos, a fin de ayudarlo a mantenerse saludable:

NUEVO: A partir de 2011, Medicare cubre casi todos los servicios preventivos en un 100%, lo cual no estará sujeto al deducible de la Parte B ni al coseguro del 20%. Además, Medicare agregó cobertura para una visita anual de bienestar para todas las personas cubiertas por la Parte B de Medicare.

Mamografía	Entre los 35 y los 39 años se cubre una mamografía de base. Todas las mujeres de 40 años o más que tengan Medicare gozan de cobertura para una mamografía de rutina cada 12 meses. Se cubre una mamografía de diagnóstico en cualquier momento cuando hay síntomas de cáncer de seno. La mamografía de diagnóstico está sujeta al deducible de la Parte B y al 20% de coseguro.
Papanicolau (Pap) y examen pélvico	El papanicolau, el examen pélvico y el control mamario clínico están cubiertos cada 24 meses o una vez cada 12 meses en mujeres con alto riesgo de desarrollar cáncer de cuello de útero o vaginal. Todas las mujeres con Medicare gozan de cobertura.
Control del cáncer colorrectal	Prueba de sangre oculta en heces: cubierta una vez cada 12 meses Sigmoidoscopía flexible: cubierta una vez cada 48 meses Colonoscopía: cubierta una vez cada 24 meses si tiene un riesgo alto de desarrollar cáncer de colon. Si usted no corre alto riesgo, la cobertura es una vez cada 10 años pero no dentro de los 48 meses de realizada una sigmoidoscopía flexible de rutina. Enema de bario: puede reemplazarse por una sigmoidoscopía flexible o colonoscopía, y usted paga el 20% del monto aprobado por Medicare.
Servicios para la diabetes	Las pruebas de detección de la diabetes para las personas con riesgo alto están cubiertas en un 100%. Cobertura total de monitores de glucosa, lancetas, tiras de prueba y capacitación para el autocontrol de la diabetes tanto para pacientes diabéticos insulina dependientes como no dependientes. Usted paga el 20% del monto aprobado por Medicare después del deducible de la Parte B.
Medición de masa ósea	Los procedimientos para identificar la pérdida de masa ósea o para determinar la densidad ósea están cubiertos cada 24 meses. Calificarán para estos procedimientos las mujeres con riesgo de osteoporosis o que estén recibiendo un tratamiento terapia con medicamentos para la osteoporosis y las personas con anomalías en la columna.
Vacunas	Vacuna contra la gripe: cubierta una vez en cada temporada de gripe. Neumonía: previene la neumonía neumocócica. Por lo general, solo se necesita una vez en la vida. Hepatitis B: si tiene un riesgo alto o intermedio.
Pruebas de detección del glaucoma	En el caso de las personas con alto riesgo de desarrollar glaucoma, incluidas las personas con diabetes o con antecedentes familiares de glaucoma, las pruebas de detección del glaucoma están cubiertas una vez cada 12 meses. Usted paga el 20% del monto aprobado por Medicare después del deducible de la Parte B.
Pruebas de detección del cáncer de próstata	Tacto rectal: cubierto una vez cada 12 meses para los hombres a partir de los 50 años. Usted paga el 20% del monto aprobado por Medicare después del deducible de la Parte B. Prueba de antígeno prostático específico (PSA) en sangre: cubierta una vez cada 12 meses para hombres a partir de los 50 años.

Examen físico	Durante los primeros doce meses a partir de la inscripción en la Parte B de Medicare, estará cubierto un examen físico inicial preventivo. NOVEDAD a partir de 2011: Se cubre una visita anual de bienestar para todas las personas inscritas en la Parte B de Medicare que no están dentro del periodo de examen inicial de 12 meses.
Prueba de detección del VIH	Cubierta una vez cada 12 meses para cualquier beneficiario que la solicite.
Asesoramiento para dejar el tabaco	Asesoramiento para dejar de fumar. Medicare cubrirá hasta 8 visitas presenciales durante un periodo de 12 meses para los beneficiarios que consuman tabaco.
Pruebas cardiovasculares	Medicare cubre pruebas cardiovasculares para controlar el colesterol y demás concentraciones de grasa en sangre (lípidos) una vez cada 5 años.
Tratamiento médico nutricional	Medicare cubre 3 horas de servicios de asesoramiento presenciales para el primer año y, luego, 2 horas anuales para los beneficiarios con diabetes o enfermedad renal.

SEGURO SUPLEMENTARIO DE MEDICARE (Medigap)

Esta información refleja los cambios realizados en la cobertura de Medigap que entraron en vigencia a partir del 1º de junio de 2010.

¿Qué es una póliza de Medigap?

El seguro suplementario de Medicare ("Medigap") está diseñado específicamente para cubrir las diferencias en la cobertura de Medicare. Las pólizas, reguladas por leyes federales y estatales, solo pueden ser adquiridas por los beneficiarios de Medicare de una compañía privada.

Para contratar una póliza de Medigap, usted debe tener las Partes A y B de Medicare.

¿Por qué necesito una póliza de Medigap?

Una póliza de Medigap le ofrece el reembolso de los gastos en servicios de salud pagados de bolsillo que no sean cubiertos por Medicare y que constituyan la participación en los gastos que le corresponde al beneficiario. Por ejemplo, una póliza de Medigap puede cubrir el deducible de la Parte A, el coseguro como paciente ambulatorio de la Parte B del 20% de los cargos permitidos, y el coseguro de salud mental del 45% de los cargos permitidos, además de otros costos**. *Tenga en cuenta que los planes solo cubren un porcentaje de estos costos, mientras que otros planes los cubren en totalidad.*** Los afiliados de un plan de Medicare Advantage no deben inscribirse en un plan de Medigap, dado que esto duplicaría la cobertura que reciben mediante el plan de Medicare Advantage.

¿Qué pólizas de Medigap hay disponibles?

Hay diez pólizas estándar de Medigap disponibles en los Estados Unidos, las cuales están designadas de la "A" a la "N". Cada uno de los planes cuenta con un paquete básico de beneficios (que no puede cambiarse agregando o sacando prestaciones), más una combinación de beneficios adicionales. Las pólizas más antiguas de Medigap anteriores a la estandarización de 1992 aún están vigentes, pero no pueden ofrecerse a nuevos compradores. Los titulares de pólizas más antiguas pueden cambiar a una póliza nueva y estándar, pero luego no podrán regresar a la póliza antigua. Algunas de las pólizas más antiguas pueden ofrecer mejor cobertura, especialmente en cuanto a la atención prolongada de enfermería especializada. A partir del 1º de junio de 2010, los planes E, H, I y J ya no se ofrecerán a los nuevos afiliados. Las personas que tienen los planes E, H, I y J de Medigap pueden mantener su cobertura actual, pero es aconsejable que comparen los beneficios con el costo de la prima para determinar si su plan continúa siendo rentable.

¿Cuándo puedo inscribirme en una póliza de Medigap?

En el estado de Nueva York, usted puede comprar una póliza de Medigap en cualquier momento si está afiliado a Medicare. Usted tiene garantizada la oportunidad de comprar una póliza aun si reúne los requisitos para Medicare por una incapacidad médica y tiene menos de 65 años.

¿Cuándo puedo cambiar de póliza de Medigap?

En el estado de Nueva York, usted puede cambiar en cualquier momento la compañía a través de la cual obtiene la póliza de Medigap, al igual que el tipo de póliza de Medigap. Algunas compañías le exigen que permanezca en cierto plan por un periodo determinado antes de cambiar a un plan diferente que ellas ofrecen. No obstante, usted puede obtener el plan que desee por parte de otra compañía que lo ofrezca.

¿Cómo elijo mi póliza de Medigap?

Debido a que los planes A a L están estandarizados, primero debe decidir el nivel de cobertura que necesita. Una vez que haya determinado el grupo de beneficios ofrecidos por un plan que mejor se adapte a sus necesidades, puede comparar la prima, el servicio y la reputación de las compañías de seguros. La mayoría de las compañías de seguros que ofrecen Medigap han conectado sus computadoras con las computadoras de Medicare, para que sus reclamaciones puedan ser procesadas sin mucho papeleo ("intercambio electrónico de datos"). Además, las compañías pueden facturarle la prima por mes, por trimestre o por año, según su preferencia en términos de cronograma de pagos.

¿Qué protección tengo?

Todas las pólizas estándar de Medigap vendidas en la actualidad tienen garantía de renovación. La compañía de seguros no puede rechazar la renovación de la póliza, a menos que usted no pague las primas o haya falseado datos en la solicitud. Las leyes federales prohíben a la compañía de seguros o al productor de seguros venderle una segunda póliza de Medigap que duplique la cobertura de una que usted ya tiene, lo cual lo protege de la presión de comprar más cobertura de la que necesita. Usted puede alternar las pólizas de Medigap cada vez que necesite un nivel de cobertura diferente. Si tiene mayores necesidades médicas, puede acordar la compra de un plan F, por ejemplo, si le parece que el plan B es demasiado limitado. La nueva póliza de Medigap reemplazará a la anterior. NO CANCELE LA PÓLIZA ANTIGUA HASTA QUE ENTRE EN VIGENCIA LA NUEVA.

¿Cómo se establecen las primas?

En el estado de Nueva York, usted está protegido por la "tasación comunitaria." La prima establecida por una compañía de seguros para una de sus pólizas de Medigap estándar debe ser la misma, independientemente de la edad, el sexo o el estado de salud. Esto significa que la prima por un Plan C de una compañía de seguros será la misma para una mujer de 72 años con mala salud que para un hombre de 81 años que goza de buena salud. Luego de la descripción de los planes, se incluye un cuadro que incluye los doce planes estándar. Las compañías de seguros y sus primas para los beneficiarios de Medicare de la ciudad de Nueva York se encuentran en la página 19.

¿Cuándo comienza mi cobertura si tengo una enfermedad preexistente?

El periodo máximo por el cual puede negarse la cobertura de una póliza de Medigap debido a una enfermedad preexistente es de los primeros seis meses a partir de la obtención de la nueva póliza y solo para las reclamaciones directamente relacionadas con dicho problema de salud. Una enfermedad preexistente es una enfermedad para la que un médico ofreció asesoramiento médico o recomendó tratamiento, o que fue tratada por un médico, dentro de los seis meses anteriores a la fecha de vigencia de la

cobertura. Usted puede reunir los requisitos para una cobertura **inmediata** de un problema de salud preexistente (1) si contrata una póliza durante el periodo de inscripción abierta posterior a su cumpleaños número 65, o (2) si usted tuvo cobertura de un plan de salud anterior durante, al menos, seis meses sin interrupciones superiores a los 63 días. Si su cobertura del plan médico anterior fue inferior a seis meses, su nueva póliza de Medigap debe acreditarle la cantidad de meses en los que tuvo cobertura. Algunas pólizas tienen periodos de espera más cortos o no tienen periodos de espera por enfermedades preexistentes.

¿Qué documentación recibiré de mi asegurador de Medigap?

La compañía de seguros de Medigap debe enviarle una Explicación de los beneficios para demostrar que ha pagado su parte de las reclamaciones correspondientes a sus beneficios médicos. Junto con la Notificación resumida de Medicare (MSN) que recibirá de Medicare, tendrá la información completa de cómo fue procesada su reclamación de atención médica.

¿Cómo puedo recibir ayuda para elegir una póliza de Medigap?

Los asesores entrenados de HIICAP cuentan con información actualizada sobre las pólizas de Medigap y pueden ayudarlo a identificar sus necesidades. No harán la elección por usted, pero le ofrecerán la información específica que necesita para tomar una decisión.

¿De qué modo interactúa la Parte D de Medicare con las pólizas de Medigap?

Ninguna de las pólizas de Medigap nuevas ofrece cobertura para medicamentos. No hay interacción entre las pólizas de Medigap más nuevas y la Parte D.

PLANES ESTÁNDAR DE MEDIGAP

A continuación encontrará los diez planes estándar —los planes A a L— y los beneficios provistos por cada uno de ellos:

PLAN A (póliza básica) ofrece los siguientes **beneficios básicos**

- Cobertura del monto del coseguro de la Parte A ($283 por día en 2011) para los días 61 a 90 de hospitalización en cada periodo de beneficios de Medicare.
- Cobertura del monto de coseguro de la Parte A ($566 por día en 2011) por cada día de reserva de internación hospitalaria de 60 días no renovables de por vida de Medicare usados.
- Una vez agotados todos los beneficios hospitalarios de Medicare, cobertura del 100% de los gastos hospitalarios elegibles según los términos de la Parte A de Medicare. La cobertura se limita a un máximo de 365 días de atención hospitalaria adicional con internación durante la vida del titular de la póliza.
- Cobertura para la participación de los costos de atención en hogares para enfermos terminales en virtud de la Parte A de Medicare.
- Cobertura en virtud de las Partes A y B de Medicare por el costo razonable de las primeras 3 pintas de sangre o cantidades equivalentes de concentrados de glóbulos rojos por año calendario, salvo reemplazo conforme a las disposiciones federales.
- Cobertura del monto del coseguro de los servicios de la Parte B (generalmente el 20% del monto aprobado; 45% de los cargos aprobados por servicios de salud mental para pacientes ambulatorios) después de alcanzar el deducible anual ($162 en 2011).

El PLAN B incluye **el beneficio básico más**

- La cobertura del deducible por internación hospitalaria en virtud de la Parte A ($1,132 por periodo de beneficios en 2011).

El PLAN C incluye el **beneficio básico más**

- La cobertura del deducible por internación hospitalaria en virtud de la Parte A de Medicare.
- La cobertura del monto del coseguro por la atención ofrecida en una institución de enfermería especializada ($141.50 por día desde el día 21 hasta el día 100 por periodo de beneficios en 2011).
- La cobertura del deducible de la Parte B de Medicare ($162 por año calendario en 2011).
- La Cobertura del 80% por la atención de emergencia médicamente necesaria en un país extranjero, después de un deducible de $250, con un beneficio máximo de $50,000 de por vida.

El PLAN D incluye el **beneficio básico más**

- La cobertura del deducible por internación hospitalaria en virtud de la Parte A de Medicare.
- La cobertura del monto del coseguro diario por la atención ofrecida en una institución de enfermería especializada.
- La cobertura del 80% de la atención de emergencia médicamente necesaria en un país extranjero, después de un deducible de $250.

El PLAN F[1] incluye el **beneficio básico más**

- La cobertura del deducible de la Parte A de Medicare.
- La cobertura del monto del coseguro diario por la atención ofrecida en una institución de enfermería especializada.
- La cobertura del deducible de la Parte B de Medicare.
- La cobertura del 100% de los gastos que excedan los alcances de la Parte B de Medicare[2].
- La cobertura del 80% de la atención de emergencia médicamente necesaria en un país extranjero, después de un deducible de $250.

El PLAN G incluye el **beneficio básico más**

- La cobertura del deducible de la Parte A de Medicare.
- La cobertura del monto del coseguro diario por la atención ofrecida en una institución de enfermería especializada.
- La cobertura del 100% de los gastos que excedan el alcance de la Parte B de Medicare[2].
- La cobertura del 80% de la atención de emergencia médicamente necesaria en un país extranjero, después de un deducible de $250.

A partir de junio de 2010, las pólizas de Medigap E, H, I y J ya no están disponibles para nuevos afiliados. Sin embargo, las personas que obtuvieron una póliza E, H, I o J antes de junio de 2010 podrán conservarlas.

---

[1] El Plan F tiene una "opción de deducible alto." Si elige la "opción de deducible alto," tendrá que pagar primero un deducible de $2,000 en 2011 antes de que el plan pague algún cargo. Este monto puede aumentar cada año. Las pólizas de deducible alto tienen primas más bajas.
[2] El plan paga la diferencia entre el monto aprobado por Medicare para los servicios de la Parte B y los gastos reales (hasta el monto de los límites de gastos fijados por Medicare o por la legislación del estado).

El PLAN K[3] incluye el **beneficio básico más**

- La cobertura del 50% del coseguro de la Parte B después de alcanzar el deducible anual de la Parte B de Medicare, pero el 100% del coseguro por servicios preventivos en virtud de la Parte B.
- La cobertura del 50% del deducible hospitalario en virtud de la Parte A de Medicare.
- La cobertura del 100% del monto del coseguro en virtud de la Parte A para los días 61 a 90 de hospitalización en cada periodo de beneficios de Medicare.
- La cobertura del 100% del monto del coseguro de la Parte A por cada día de reserva de internación hospitalaria de 60 días de por vida no renovables de Medicare usados.
- Una vez agotados todos los beneficios hospitalarios de Medicare, la cobertura del 100% de los gastos hospitalarios elegibles según los términos de la Parte A de Medicare. La cobertura se limita a un máximo de 365 días de atención hospitalaria adicional con internación durante la vida del titular de la póliza.
- La cobertura del 50% de costos compartidos en hogares para enfermos terminales.
- La cobertura del 50% de gastos elegibles para Medicare por las 3 primeras pintas de sangre.
- La cobertura del 50% del monto del coseguro diario por la atención ofrecida en una institución de enfermería especializada.
- Límite anual de gastos de bolsillo de $4,640 en 2011.

El PLAN L[3] incluye el **beneficio básico más**

- La cobertura del 75% del coseguro de la Parte B después de alcanzar el deducible anual de la Parte B de Medicare, pero el 100% del coseguro por servicios preventivos de Parte B.
- La cobertura del 75% del deducible hospitalario de la Parte A de Medicare.
- La cobertura del 100% del monto del coseguro en virtud de la Parte A para los días 61 a 90 de hospitalización en cada periodo de beneficios de Medicare.
- La cobertura del 100% del monto del coseguro de la Parte A por cada día de reserva de internación hospitalaria de 60 días de por vida no renovables de Medicare usados.
- Una vez agotados todos los beneficios hospitalarios de Medicare, la cobertura del 100% de los gastos hospitalarios elegibles según los términos de la Parte A de Medicare. La cobertura se limita a un máximo de 365 días de atención hospitalaria adicional con internación durante la vida del titular de la póliza.
- La cobertura del 75% de los costos compartidos en hogares para enfermos terminales.
- La cobertura del 75% de los gastos elegibles para las 3 primeras pintas de sangre.

[3] Los beneficios básicos de los planes K y L incluyen servicios similares a los planes A-G, pero los costos compartidos de los beneficios básicos tienen diferentes niveles. El límite de gastos de bolsillo anual aumenta cada año por inflación.

[3] Los beneficios básicos de los planes K y L incluyen servicios similares a los planes A-G, pero los costos compartidos de los beneficios básicos tienen diferentes niveles. El límite de gastos de bolsillo anual aumenta cada año por inflación.

- La cobertura del 75% del monto del coseguro diario por la atención ofrecida en una institución de enfermería especializada.
- Límite anual de gastos de bolsillo $2,320 en 2011.

El PLAN M incluye el **beneficio básico más**

- La cobertura del 50% del deducible de la Parte A de Medicare.
- La cobertura del 100% del monto del coseguro diario por la atención ofrecida en una institución de enfermería especializada.
- La cobertura del 80% por la atención de emergencia médicamente necesaria en un país extranjero, después de un deducible de $250, con un beneficio máximo de $50,000 de por vida.

El PLAN N incluye el **beneficio básico más**

- La cobertura del 100% del monto del coseguro de la Parte B de Medicare, a excepción de un monto de hasta $20 en concepto de copago por las visitas al consultorio y hasta $50 de copago para las visitas a la sala de emergencias.
- La cobertura del 100% del deducible de la Parte A de Medicare.
- La cobertura del 100% del monto del coseguro diario por la atención ofrecida en una institución de enfermería especializada.
- La cobertura del 80% por la atención de emergencia médicamente necesaria en un país extranjero, después de un deducible de $250, con un beneficio máximo de $50,000 de por vida.

Medicare SELECT: Además de las pólizas A-L estándar de Medigap, Medicare SELECT es un tipo de póliza de Medigap que puede costar menos que los planes estándar de Medigap. No obstante, usted solo puede acudir a ciertos hospitales, y en algunos casos, a ciertos médicos para que lo atiendan. Visite www.ins.state.ny.us/caremain.htm para obtener información sobre los planes de Medicare SELECT disponibles en el estado de Nueva York.

Recuerde siempre pedir información acerca de los costos de miembro particular o de seguros colectivos que puedan resultar menos costosos que la compra de un plan individual.

Consulte los cuadros de las páginas 18 y 19 para obtener más información sobre las pólizas de Medigap.

BENEFICIOS INCLUIDOS EN LOS DIEZ PLANES SUPLEMENTARIOS ESTÁNDAR DE MEDICARE

Beneficios básicos: incluidos en todos los planes

- **Hospitalización:** coseguro de la Parte A, cobertura por otros 365 días una vez finalizados los beneficios de Medicare y cobertura del coseguro de los 60 días de reserva de por vida.
- **Gastos médicos:** coseguro de la Parte B (generalmente el 20% de gastos aprobados por Medicare).
- **Sangre:** primeras 3 pintas de sangre cada año.
- **Hogares para enfermos terminales:** costos compartidos de la Parte A.

A	B	C	D	F*	G	K	L	M	N
Beneficio básico	Beneficio básico	Beneficio básico	Beneficio básico	Beneficio básico	Beneficio básico	Beneficio básico***	Beneficio básico***	Beneficio básico***	Beneficio básico***
		Coseguro de atención de enfermería especializada	Coseguro de atención de enfermería especializada	Coseguro de atención de enfermería especializada	Coseguro de atención de enfermería especializada	Coseguro de atención de enfermería especializada (50%)	Coseguro de atención de enfermería especializada (75%)	Coseguro de atención de enfermería especializada	Coseguro de atención de enfermería especializada
	Deducible de la Parte A	Deducible de la Parte A	Deducible de la Parte A	Deducible de la Parte A	Deducible de la Parte A	Deducible de la Parte A (50%)	Deducible de la Parte A (75%)	Deducible de la Parte A (50%)	Deducible de la Parte A
		Deducible de la Parte B		Deducible de la Parte B					
				Excedente de la Parte B	Excedente de la Parte B				
		Emergencias en viajes al extranjero	Emergencias en viajes al extranjero	Emergencias en viajes al extranjero	Emergencias en viajes al extranjero			Emergencias en viajes al extranjero	Emergencias en viajes al extranjero
						Límite de gasto de bolsillo $4,620	Límite de gasto de bolsillo $2,310		

PÓLIZAS DE SEGURO SUPLEMENTARIO DE MEDICARE

Preparado por el Departamento de Personas Mayores de la Ciudad de Nueva York para el Programa de información, asesoramiento y ayuda sobre seguros de salud (HIICAP) 1-212-341-3978. Comuníquese directamente con las empresas para conocer sus tarifas mensuales vigentes, debido a que están sujetas a cambios. El sitio web del Departamento de Seguros del estado del Estado de Nueva York cuenta con cuadros de tarifas actualizados en www.ins.state.ny.us/medplan/medsup11.pdf

PLAN	Aetna 800-345-6022	American Progressive 800-332-3377	Bankers Conseco 800-845-5512	Empire Blue Cross Blue Shield 800-261-5962	First United American 800-331-2512	GHI 800-444-2333	Humana 800-486-2620	Mutual of Omaha 800-775-1000	State Farm 866-855-1212	Sterling Life 888-858-8551	United Health (AARP) 888-687-2277
A	$218.54	$205.69	$249.33	$147.10	$191.00	$169.45	$225.71	$198.84	$247.20	$247.80	$156.50
B	$264.66	$298.20	$296.50	$194.46	$267.00	$226.14	$245.48	$332.29	$331.01	$287.56	$213.75
C		$381.50			$311.00	$273.50	$282.71	$269.36	$383.29		$249.50
D		$345.71			$303.00			$235.90			
F	$309.03	$397.55	$324.41	$294.73	$313.00	$276.24	$288.44	$358.79	$422.13	$313.48	$250.75
F+			$78.62	$79.14	$90.00		$109.42				
G		$359.52	$307.05	$284.41	$303.00			$237.71			
K			$122.50		$128.00		$165.27			$152.95	$102.00
L			$200.57		$180.00		$211.11				$145.50
M			$265.00					$219.90			
N			$192.45	$156.02	$218.00			$199.84		$247.20	$161.00

MEDICARE COMO PAGADOR SECUNDARIO
¿QUIÉN PAGA PRIMERO?

Cuando una persona tiene Medicare y otra cobertura de seguro de salud, es necesario determinar cuál seguro es primario y cuál es secundario. El seguro primario es el que considerará primero la reclamación, y el secundario considerará el saldo una vez que la reclamación haya sido pagada o rechazada por el seguro primario.

La cuestión sobre quién paga primero surge entre los beneficiarios de Medicare original (Partes A y B) que tienen otro seguro, como los siguientes:

Seguro del empleador y Medicare:

USTED TIENE...	SU EMPLEADOR TIENE...	MEDICARE PAGARÁ...
Más de 65, cubierto por plan del empleador	Menos de 20 empleados	Primero. Plan del empleador, segundo.
Más de 65, cubierto por plan del empleador	Más de 20 empleados	Segundo. Plan del empleador, primero.
Más de 65, cubierto por plan del empleador del cónyuge	Menos de 20 empleados	Primero. Plan del empleador, segundo.
Más de 65, cubierto por plan del empleador del cónyuge	Más de 20 empleados	Segundo. Plan del empleador, primero.
Personas incapacitadas de menos de 65 años, cubierto por el plan del empleador	Menos de 100 empleados	Primero. Plan del empleador, segundo.
Personas incapacitadas de menos de 65 años, cubierto por el plan del empleador	Más de 100 empleados	Segundo. Plan del empleador, primero.
Personas incapacitadas de menos de 65 años cubiertas por un plan de otro miembro de la familia	Menos de 100 empleados	Primero. Plan del empleador, segundo.
Personas incapacitadas de menos de 65 años cubiertas por un plan de otro miembro de la familia	Más de 100 empleados	Segundo. Plan del empleador, primero.
Persona de cualquier edad con enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) cubierta por el plan del empleador o el plan propio o de otro miembro de la familia	Sin importar la cantidad de empleados	Segundo, durante los primeros 30 meses de inscripción en Medicare.
Persona de cualquier edad con beneficios en virtud de la COBRA	Solo compañías con 20 o más empleados (según la ley COBRA)	Primero. La cobertura en virtud de la COBRA paga en segundo término, salvo en el caso de pacientes con ESRD cuyo plan COBRA paga en primer término durante los primeros 30 meses a partir de la inscripción/elegibilidad de Medicare.

Seguro de responsabilidad civil y Medicare: En caso de accidente o lesión, los gastos de atención médica pueden estar cubiertos por otros tipos de seguro, tales como seguros "no fault" (sin negligencia) o del automóvil, pólizas de propietarios de vivienda o de mala praxis. Ya que la resolución de muchas de estas reclamaciones toman un tiempo prolongado, Medicare puede realizar pagos condicionales para evitar demoras en el reembolso a los proveedores y responsabilidad a los beneficiarios. Medicare pagará la reclamación y luego buscará recuperar el pago condicional por el monto del pago.

Trabajo después de los 65 años: Planes de salud grupales del empleador (EGHP) y Medicare: Cuando un beneficiario de Medicare mayor de 65 años continúa trabajando, su empleador o el empleador de su cónyuge deben prestar al empleado la misma cobertura para todos los empleados y familias, independientemente de la edad. Si hay 20 empleados o más en la compañía en la que trabaja el beneficiario de Medicare o su cónyuge, su plan de salud es primario y Medicare es secundario. Si hay menos de 20 empleados, entonces Medicare es primario y el EGHP es secundario. La Parte B de Medicare está siempre abierta a los trabajadores con cobertura de su empleador. Consulte la página web de Medicare en www.medicare.gov o llame al 1-800-Medicare para obtener más información. Algunos empleadores exigen que las personas que reúnen los requisitos para Medicare se inscriban en las Partes A y/o B de Medicare; se aconseja comunicarse con el empleador para hablar sobre este tema.

Cuando el empleado opta por retirarse, debe considerar si se inscribe en la Parte B de Medicare, debido a que la Parte B de Medicare será su seguro primario cuando se jubile. Hay una prima mensual para la Parte B. La inscripción en la Parte B de Medicare debe realizarse en un plazo de ocho meses a partir del momento en que termine el empleo activo, no al final de la cobertura de atención médica, a fin de evitar una brecha en la cobertura y una multa por inscripción tardía.

Incapacidad y Medicare: Si una persona sufre una incapacidad y no puede trabajar, por lo general el EGHP cubre los gastos. Si la compañía tiene 100 o más empleados, el EHGP es primario y Medicare es secundario. Si hay menos de 100 empleados, entonces Medicare es primario y el EGHP es secundario. La incapacidad, según lo establece el Seguro Social, dará a la persona derecho a una cobertura de Medicare a partir del mes 24 de pagos por incapacidad, independientemente de la edad.

Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD): Algunas personas reúnen los requisitos para la cobertura de la Parte B de Medicare porque padecen de enfermedad renal en etapa terminal y se están sometiendo a tratamientos de diálisis de mantenimiento o han recibido un trasplante de riñón. Si existe un plan colectivo de salud del empleador, es primario durante los primeros 30 meses de elegibilidad para Medicare. Después de 30 meses, Medicare es primario.

Indemnización a los empleados y Medicare: Por lo general, la indemnización a los empleados es el seguro primario en caso de una lesión laboral y cubre solo los gastos de atención médica relacionados con la lesión. Las condiciones preexistentes pueden ser pagadas por Medicare si la indemnización a los empleados no las cubre.

Programa federal de antracosis y Medicare: Este programa ofrece servicios relacionados con enfermedades pulmonares y demás afecciones causadas por trabajos en minas de carbón. Medicare también cubrirá servicios no relacionados con la antracosis a estas mismas personas.

Para obtener más información visite www.medicare.gov
o llame al 1-800-MEDICARE.

PLANES DE MEDICARE ADVANTAGE
HMO, PPO, HMO-POS, SNP y MSA

Los planes de Medicare Advantage ofrecen a los beneficiarios de la ciudad de Nueva York alternativas al Medicare "original de pagos por servicio." Los planes de Medicare Advantage incluyen las organizaciones para el mantenimiento de la salud (HMO), las organizaciones de proveedores preferidos (PPO,HMO con opción de punto de servicio [HMO-POS]), Planes para necesidades especiales (SNP) y Cuenta de ahorros médicos de Medicare (MSA). Los planes de HMO, PPO, HMO-POS y SNP cuentan con una red de médicos, centros de salud, hospitales, instituciones de enfermería especializada y otros proveedores de salud para que el afiliado cubra sus necesidades médicas.

Las redes de los planes de Medicare Advantage pueden ser locales, estatales e, incluso, nacionales. Es importante comunicarse con el plan para comprender el alcance de la red de proveedores, especialmente si viaja, y puede necesitar atención que no sea de emergencias fuera de su zona de residencia.

Si desea tener cobertura para medicamentos recetados y pertenece a una HMO, PPO-POS o a un SNP, debe obtener la cobertura para medicamentos en virtud de la Parte D a través de su plan. Todos los planes de Medicare Advantage deben ofrecerles a sus miembros los mismos servicios médicamente necesarios cubiertos por Medicare "original" y pueden incluir servicios adicionales, como un beneficio para medicamentos recetados, oftalmología, odontología y atención de la audición. Todos los beneficiarios de Medicare tienen derecho a obtener los servicios médicos que necesiten, a obtener información completa acerca de las opciones de tratamiento de su médico y a apelar las denegaciones de servicios o los reembolsos efectuados por un plan de Medicare Advantage.

Cada miembro de Medicare Advantage debe recibir un Resumen de beneficios como parte del proceso de afiliación. Debe detallarse la información clave sobre primas adicionales, procedimientos de rutina, acceso y requisitos de notificación en caso de emergencia y copagos por servicios. El plan ofrece también a cada afiliado un directorio de proveedores, una lista de farmacias disponibles en el plan y una lista de los medicamentos cubiertos.

Obtener servicios en virtud de Medicare Original con pagos por servicio y en virtud de los planes de Medicare Advantage

La cobertura de Medicare original con pagos por servicio faculta al beneficiario a obtener todos los servicios médicamente necesarios por parte de cualquier proveedor de Medicare en cualquier lugar de Estados Unidos. Medicare fija las tarifas para dichos servicios y cubre el 80% de la mayoría de los costos. El beneficiario es responsable de la diferencia. El seguro suplementario de Medicare (ver la página 11) puede cubrir todos o la mayoría de los costos a cargo de la persona mayor.

La HMO exige que el beneficiario de Medicare elija a un médico de cabecera (PCP) de la red local de médicos de la HMO. Algunas HMO exigen que el PCP derive al paciente a los especialistas, a pesar de que la mayoría no requiere tales derivaciones para los

proveedores dentro de la red. Dado que la HMO recibe un subsidio del gobierno federal, los costos a cargo del beneficiario pueden ser más bajos que los de los planes de Medicare con pagos por servicio. Una HMO puede ofrecer beneficios adicionales a los que ofrece Medicare con pagos por servicio, como prótesis auditivas y atención oftalmológica y odontológica. A excepción de la atención de emergencia, no hay cobertura para servicios obtenidos fuera de la red; el beneficiario será responsable del costo total de dichos servicios.

La PPO ofrecen una red de proveedores de atención médica, pero no impide que el afiliado recurra a proveedores fuera de la red. La PPO fija su pago a los proveedores dentro de la red con un copago fijo a cargo del afiliado; los afiliados pagarán más por los servicios prestados por proveedores que no pertenezcan a la red. (Los proveedores fuera de la red están sujetos al cargo límite de Medicare, que restringe el monto que pueden cobrarles a los beneficiarios de Medicare por sus servicios.) El plan de la PPO puede incluir beneficios médicos adicionales, como prótesis auditivas y atención oftalmológica y odontológica.

La HMO con opción de punto de servicio **(HMO-POS)** es muy similar al plan de la PPO. Ofrece mayor flexibilidad que una HMO, dado que los afiliados pueden recurrir a proveedores dentro y fuera de la red.

Los planes para necesidades especiales (SNP) son planes de Medicare Advantage (de HMO o PPO) que están disponibles únicamente para determinados grupos de Medicare. Algunos ejemplos de personas que podrían reunir los requisitos para un SNP incluyen: personas con Medicare y Medicaid, personas con afecciones crónicas y personas que viven en una institución, como un geriátrico. La cobertura del SNP incluye los servicios cubiertos por las Partes A y B de Medicare, así como la cobertura para medicamentos recetados. También pueden ofrecer servicios adicionales que los beneficiarios específicos de este plan puedan necesitar. Las personas que reúnan los requisitos para Medicare pueden inscribirse en un SNP en cualquier momento.

Los planes de la cuenta de ahorros médicos de Medicare (MSA) combinan un plan con deducible alto con una cuenta de ahorros médicos. El dinero de esta cuenta puede usarse para pagar cualquier gasto médico; si se usa para los servicios cubiertos por la Parte A o B, el dinero se tomará en cuenta para el deducible. El dinero disponible en la cuenta que no se haya usado puede usarse al año siguiente. Una vez que se alcanza el deducible, el plan cubre los servicios cubiertos por las Partes A y B en un 100%. Los afiliados del plan MSA pueden recurrir a cualquier proveedor elegible de Medicare en virtud del plan. Estos planes no incluyen la Parte D de Medicare, y los afiliados deberán inscribirse en un plan independiente por separado de la Parte D, a fin de tener cobertura para medicamentos recetados.

En el manual Medicare y Usted, se incluye una lista de planes de Medicare Advantage. Visite el sitio web www.medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE para obtener información detallada sobre planes.

Preguntas frecuentes sobre los Planes de Medicare Advantage

¿Quién reúne los requisitos para inscribirse en un plan de Medicare Advantage?

A fin de reunir los requisitos para inscribirse en un Plan Medicare Advantage, debe tener las Partes A y B de Medicare, vivir en la zona de servicio del plan y no debe tener insuficiencia renal permanente. El Plan de Medicare Advantage no puede rechazar a un solicitante a causa de problemas de salud.

¿Cómo se paga un Plan de Medicare Advantage?

Cuando elige inscribirse en un Plan de Medicare Advantage, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) pagan a la empresa una suma fija para cubrir los servicios médicos que se estima que el beneficiario promedio necesitará.

¿Cuáles son mis costos de bolsillo con un Plan de Medicare Advantage?

Cada Plan Medicare Advantage establece sus propias primas y sistema de costos compartidos. Usted puede pagar una prima mensual directamente al plan, que se agrega a la prima de la Parte B. Se le deben indicar claramente todos los requisitos referidos a los costos compartidos en su tarjeta de beneficios o en el resumen de beneficios. Llame al plan si tiene dudas. Pueden aplicarse copagos, un coseguro y deducibles por los servicios médicos.

NOVEDAD para el 2011: todos los planes de Medicare Advantage deben tener costos anuales máximos de bolsillo para todos los servicios cubiertos en virtud de la Parte A y la Parte B, lo cual limita el monto que deberá pagar de bolsillo en un año calendario determinado. En 2011, este monto máximo de bolsillo (MOOP) no podrá exceder los $6,700 para proveedores dentro de la red en el caso de los planes de HMO; y $10,000 para proveedores combinados (dentro y fuera de la red) en el caso de los planes de PPO.

¿Cómo funciona una HMO de Medicare?

En una HMO, usted selecciona un médico de cabecera (PCP) que es responsable de administrar su atención médica, ingresarlo en un hospital, pedir pruebas de diagnóstico, tratamientos o derivaciones a especialistas y recetarle medicamentos. Usted puede elegir al médico, siempre y cuando esté disponible para nuevos pacientes. Usted debe recibir la atención médica de los proveedores de la HMO. Ni la HMO ni Medicare pagarán los servicios de proveedores que no sean parte de la red de atención médica de la HMO, excepto en casos de emergencia.

¿Cómo funciona una PPO de Medicare?

Una PPO crea una red de médicos, hospitales y otros proveedores. El afiliado puede obtener servicios dentro o fuera de la red. Si usted está dentro de la red de la PPO,

deberá pagar un copago (una cantidad fija para ciertos servicios) que, probablemente, sea inferior a los costos compartidos de Medicare "original." Si recurre a un proveedor fuera de la red de la PPO con una derivación para otro proveedor o elige otro médico o especialista, deberá alcanzar el deducible del plan y pagar un cargo superior por esos servicios. La PPO pagará una cantidad fija del cargo, y usted pagará la diferencia.

¿Cómo funcionan los Planes de Medicare Advantage con la Parte D de Medicare (cobertura para medicamentos)?
Si usted pertenece a un Plan de Medicare Advantage y desea tener cobertura para medicamentos recetados, debe obtener esta cobertura a través de su plan; no puede inscribirse en un plan independiente de la Parte D.

¿Qué sucede con los servicios de emergencia?
El plan de Medicare Advantage cubrirá la atención médica de emergencia si usted cumple sus requisitos de notificación y aprobación. Es posible que primero deba pagarle al proveedor por los servicios y, luego, presentar una reclamación ante el plan para obtener un reembolso. Si el plan determina que la necesidad de atención no cumple con las condiciones o si la notificación no fue correcta, el plan puede negarse a cubrir los costos.

¿Cómo puedo apelar una decisión de mi plan de salud?
Las decisiones de su plan de no prestar o pagar un servicio son tramitadas por el departamento de reclamaciones del plan. En caso de que los servicios cubiertos por Medicare o el pago de suministros o tratamientos cubiertos por Medicare le sean denegados, deberá recibir un aviso que incluirá sus derechos de apelación.

¿Cómo puedo quejarme sobre la calidad de la atención?
Si su queja se relaciona con la calidad de la atención médica que recibe, debe seguir el procedimiento de quejas estipulado por su plan. También puede presentar su caso ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO), la IPRO en el estado de Nueva York, cuyos médicos y demás profesionales revisan la atención prestada a pacientes de Medicare. Puede comunicarse con la IPRO al 1-800-331-7767.

¿Cómo debo decidir si debo afiliarme al Plan de Medicare Advantage?
Debe tener en cuenta los siguientes tres aspectos antes de inscribirse en un plan:
1) si los médicos que lo tratan actualmente participan en el plan; 2) sus finanzas; y 3) la ubicación geográfica.

1. **¿Podrá continuar consultando a sus médicos?** Pregúnteles a sus médicos en qué planes participan y si aceptan nuevos pacientes de Medicare dentro de ese plan en particular. Incluso si ya tiene una relación establecida con ese médico, debe asegurarse de que lo aceptará como paciente nuevo en virtud de ese plan en particular.

2. **Finanzas:** Recibir atención a través de un plan de Medicare Advantage puede costarle menos que recibirla a través de Medicare original únicamente. Además, los planes de Medicare Advantage pueden cubrir servicios no cubiertos por Medicare original, como atención oftalmológica y odontológica de rutina, y prótesis auditivas. Es importante investigar la estructura de cargos del plan de Medicare Advantage antes de afiliarse. Además, resulta esencial asegurarse de revisar esta información cada otoño debido al cambio en el periodo de inscripción de Medicare de 2011.

3. **Ubicación geográfica:** Es importante pensar sobre sus planes de viaje cuando decide si un plan de Medicare Advantage es adecuado para usted. Debido a que los planes de Medicare Advantage con HMO tienen zonas geográficas de atención definidas, si planea estar fuera de la zona de servicio por un periodo determinado, una HMO podría no ser adecuada para usted, dado que, fuera de la zona de atención, solo se cubre la atención de emergencia. Las zonas de atención de los planes de la PPO y la HMO-POS son menos restrictivas.

¿Qué sucede si deseo dejar mi plan de Medicare Advantage?

NOVEDAD para 2011: Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre, puede cambiar su elección del plan de Medicare Advantage o volver a Medicare "original", y el cambio entra en vigencia el 1º de enero. Entre el 1º de enero y el 14 de febrero, los afiliados de Medicare que actualmente tienen un plan de Medicare Advantage tendrán una oportunidad adicional de cambiarse a un plan de Medicare original, y el cambio entrará en vigencia el primer día del mes siguiente, es decir, el 1º de febrero o el 1º de marzo. Las personas con Medicaid, un Programa de ahorros de Medicare o Ayuda extra pueden cambiar de plan en cualquier momento, y el cambio entrará en vigencia el primer día del mes siguiente.

Si desea dejar de estar afiliado a un plan de Medicare Advantage e inscribirse en otro plan de Medicare Advantage, comuníquese con el plan al que desea afiliarse (o a 1-800-MEDICARE); no es necesario que presente una solicitud por escrito.

¿Se necesita una Póliza de seguro suplementario de Medicare (Medigap)?

No necesitará una póliza de seguro suplementario de Medicare ("Medigap") si se afilia a un plan de Medicare Advantage, debido a que "Medigap" duplicaría sus beneficios. Si decide inscribirse en un plan de Medicare Advantage y ya tiene una póliza de Medigap, es posible que desee conservarla durante, al menos, 30 días hasta verificar si el plan de Medicare Advantage le resulta satisfactorio. De acuerdo con las leyes del estado de Nueva York, usted siempre podrá adquirir una póliza de "Medigap" si abandona un plan de Medicare Advantage y regresa a un plan de Medicare "original"; sin embargo, es posible que no tenga cobertura para una afección médica actual durante un periodo. Para obtener más información sobre "Medigap," consulte la página 11.

PARTE D DE MEDICARE: COBERTURA PARA MEDICAMENTOS RECETADOS

La Parte D de Medicare es cobertura para medicamentos recetados ofrecida a través de compañías aseguradoras privadas para ayudar a cubrir el costo de los medicamentos recetados.

Los planes de cobertura de medicamentos recetados están disponibles para todas las personas con Medicare (Parte A y/o Parte B). Como resultado de la Ley de Modernización de Medicare de 2003, la Parte D de Medicare agregó beneficios de cobertura para medicamentos recetados a los beneficios existentes de Medicare de la Parte A (hospitalización), la Parte B (servicios para pacientes ambulatorios) y los planes de Medicare Advantage. La Parte D es un beneficio voluntario; los beneficiarios de Medicare no tienen la obligación de inscribirse en un plan, a pesar de que pueda aplicarse una multa por inscripción tardía.

La Parte D de Medicare es diferente que las Partes A o B, ya que no está estandarizada en todo el país, sino que se ofrece a través de compañías del sector privado. Cada compañía privada diseña su propio plan para los consumidores de Medicare. Se ha firmado un contrato respecto de todos estos planes para prestar cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare a través de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS); este contrato regula los planes y las categorías de medicamentos cubiertos. Cuando usted se inscribe en un plan de la Parte D, está realizando una solicitud directamente a una compañía privada que negocia con las farmacias los costos de sus medicamentos y tiene su propia lista de medicamentos cubiertos (formulario) y farmacias participantes, así como sus propios procedimientos para incluir un nuevo medicamento dentro de la cobertura o solicitar que se cubra un medicamento, a fin de satisfacer sus necesidades especiales.

Las personas que optan por inscribirse en un plan de la Parte D deberán pagar una prima mensual y una parte del costo de los medicamentos recetados. Los planes de medicamentos varían en cuanto a los medicamentos recetados que cubren, el monto que usted debe pagar, y las farmacias que puede usar. Todos los planes de medicamentos deben ofrecer, al menos, un nivel estándar de cobertura, establecido por Medicare. No obstante, algunos planes ofrecen beneficios mejorados y pueden cobrarle una prima mensual más alta. Cuando un beneficiario se inscribe en un plan de medicamentos, es importante que elija uno que satisfaga sus necesidades de medicamentos recetados.

NOVEDAD para 2011: los beneficiarios con ingresos más altos (superiores a los $85,000 en el caso de una persona, o $170,000 en el caso de una pareja) pagarán un recargo por la Parte D además de la prima de su plan. Este recargo oscila entre $12.00 y $69.10 por mes, y se paga del mismo modo que la prima de la Parte B.

A pesar de que los diseños de los beneficios de los planes de la Parte D varían, cada uno de ellos incluye los siguientes niveles mínimos de cobertura para 2011:

- Deducible (hasta $310). Algunos planes tienen un deducible más bajo o no tienen deducible.
- Nivel de cobertura inicial. Usted paga el 25% del costo de los medicamentos hasta $2,840 por concepto de costo total de medicamentos (el costo total de medicamentos incluye lo que usted paga por el medicamento más la cantidad que el plan paga por el medicamento).
- Diferencia de cobertura (también conocido como "donut hole"). Luego de pagar $2,840 en concepto de costos totales por los medicamentos, usted pagará aproximadamente el 50% de los medicamentos de marca comercial y el 93% del costo de los medicamentos genéricos hasta que **haya** incurrido en un costo de bolsillo que ascienda los $4,550. Esto incluye el deducible (si hubiera) además de cualquier copago o coseguro pagado mientras se alcanzaba la brecha de cobertura, y el costo total del medicamento aplicable durante la brecha de cobertura.
- Cobertura catastrófica (después de $4,550 de gastos de bolsillo). El beneficiario es responsable del costo que resulte mayor: cinco por ciento (5%) del costo de medicamentos o copago de $2.50 para los medicamentos genéricos y $6.30 para los medicamentos de marca.

En 2010, los beneficiarios que alcanzaron la brecha de cobertura ("donut hole") recibieron un pago de $250 por única vez. Esta brecha de cobertura se ha reducido gradualmente a partir de 2011: se aplica un descuento del 50% en los medicamentos de marca y un descuento del 7% en los medicamentos genéricos comprados durante la brecha, y a fines de 2020, se incluirá un copago fijo del 25% tanto para los medicamentos de marca como para los medicamentos genéricos hasta alcanzar la cobertura catastrófica.

La Parte D de Medicare se ofrece en alguna de las siguientes dos modalidades:

1. Planes para medicamentos recetados de Medicare Advantage (MAPD): son planes de atención administrada, como HMO, PPO o SNP, que ofrecen paquetes de beneficios integrales que cubren todo lo siguiente: hospitales, médicos, especialistas, gastos de farmacia y medicamentos recetados. Si usted es beneficiario de un plan de Medicare Advantage y desea tener cobertura de la Parte D, debe obtener la cobertura de la Parte D a través de su plan de Medicare Advantage.
2. Planes independientes para medicamentos recetados (PDP): estos planes SOLO cubren los medicamentos recetados. A pesar de que hay 30 PDP diferentes en la región del estado de Nueva York, esto no significa que haya 30 empresas diferentes, dado que algunas compañías ofrecen varios planes.

Ayuda Extra con los costos de los medicamentos recetados para personas con ingresos limitados

La Administración del Seguro Social (SSA), a través de la cual las personas se pueden inscribir en las Partes A y B de Medicare, ofrece un subsidio que se paga directamente a los planes de medicamentos, para los beneficiarios de Medicare con ingresos más bajos y recursos limitados. En 2011, las personas con ingresos mensuales hasta el 135% del

nivel federal de pobreza, $1,218 ($1,639 para parejas), y recursos hasta $8,180 ($13,020 para parejas), pueden reunir los requisitos para obtener el ***programa de Ayuda Extra completo***, también conocido como Programa de subsidios para personas con bajos ingresos. Las personas que reúnan los requisitos para el Programa de Ayuda Extra completo no deberán pagar una prima mensual para su plan de la Parte D, siempre que el plan seleccionado sea considerado un plan modelo ("benchmark"). Un plan modelo es un plan de la Parte D que ha sido designado por Medicare para cumplir ciertos requisitos de cobertura y que tiene una prima mensual completamente subsidiada por el programa de Ayuda Extra (prima mensual de hasta $38.69 en 2011). Las personas que reciben el Programa de Ayuda Extra completo no estarán sujetas al deducible del plan, si lo hubiera, y sus copagos se limitarán a $2.50 para medicamentos genéricos y $6.30 para medicamentos de marca.

En 2011, los que tengan ingresos mensuales de hasta el 150% del nivel federal de pobreza, $1,354 ($1,821 para parejas), y recursos de hasta $12,640 ($25,260 para parejas), pueden reunir los requisitos para ***el Programa parcial de Ayuda Extra***. Los que reciban el Programa parcial de Ayuda Extra pagarán una prima mensual escalonada según sus ingresos. Además, deberán pagar un deducible de hasta $63 y copagos reducidos del 15% del costo de los medicamentos hasta que lleguen a los niveles catastróficos, después de lo cual pagarán los montos estándar de copago.

Los asesores de HIICAP, al igual que la Administración del Seguro Social, pueden ayudarle a determinar su elegibilidad para este beneficio. Llame al 311 para buscar ayuda cerca de su domicilio o a la SSA al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778) o solicítela en línea en www.socialsecurity.gov. Puede solicitar la Ayuda Extra a través de la Administración del Seguro Social (SSA) en cualquier momento y, si califica, se le otorgará un Periodo especial de inscripción para elegir el plan de medicamentos de la Parte D de Medicare. Los beneficiarios del programa de Ayuda Extra no están sujetos a una multa por inscripción tardía en la Parte D.

Inscripción en la Parte D de Medicare

La inscripción para la cobertura de medicamentos recetados de Medicare implica elegir un Plan de medicamentos recetados (PDP) de Medicare o un Plan de Medicare Advantage que ofrezca cobertura de medicamentos (MA-PD). En www.medicare.gov o llamando al 1-800-MEDICARE, puede obtener información para comparar los planes.

La inscripción en la Parte D puede ocurrir durante el Periodo de inscripción inicial (IEP) de siete meses (ver las páginas 3-4 para obtener más información). Además, un beneficiario puede inscribirse en un plan o cambiar de plan solo una vez al año, entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre, durante el periodo anual de elección coordinada (AEP). También hay excepciones limitadas en las que un beneficiario podrá recibir un Periodo especial de inscripción (SEP) para afiliarse con un Plan de medicamentos recetados de Medicare o cambiar de plan fuera del AEP. Esto incluye las siguientes situaciones:

- Los beneficiarios elegibles duales (aquellos con **Medicare** y **Medicaid**), las personas que tienen un Programa de ahorros de Medicare (QMB, SLMB o QI) y

los beneficiarios del programa de Ayuda Extra pueden cambiar de plan cada mes, y el cambio entrará en vigencia a partir del primer día del mes siguiente.
- Mudanza permanente fuera de la zona de atención del plan.
- Ingreso, residencia o alta de la persona en una institución para atención prolongada.
- Pérdida involuntaria, reducción o falta de notificación de cobertura "acreditable."
- Retiro de la zona de atención por parte del Plan de medicamentos recetados.

Se puede solicitar la inscripción en un plan de la Parte D de Medicare de diversos modos:
- Electrónicamente en la web, a través de www.medicare.gov o del sitio web del plan.
- Por teléfono, llamando al 1-800-MEDICARE o llamando directamente al plan.
- Personalmente, a través de un representante del plan de la Parte D, mediante una visita domiciliaria programada o en un evento de ventas/marketing.

Multa por inscripción tardía
Aun si una persona con Medicare no usa en la actualidad gran cantidad de medicamentos recetados, debe pensar en unirse a un plan. Si un beneficiario no cuenta con una cobertura acreditable (cobertura para medicamentos recetados que sea, al menos, igual de buena que la cobertura para medicamentos recetados estándar de Medicare), deberá pagar una multa si elige inscribirse con posterioridad.

Las demás personas que tienen una cobertura acreditable, como por ejemplo de un empleador anterior o de un sindicato, la Administración de Veteranos (VA), TRICARE for Life o EPIC, no estarán sujetas a una multa por inscripción tardía. La multa equivale al uno por ciento (1%) de la "prima base" ($32.34 en 2011) por mes completo en que la persona con Medicare no estuvo inscrita en un Plan para medicamentos recetados de Medicare y no tuvo cobertura acreditable. Se debe pagar esta multa mientras tenga cobertura de la Parte D. Si el beneficiario tuvo cobertura acreditable con una diferencia que no supere los 63 días desde finalizada dicha cobertura y el comienzo del Plan de la Parte D de Medicare, no será multado. No se aplica una multa por inscripción tardía para las personas que reciben el programa de Ayuda Extra completo o parcial.

Herramientas de administración del costo de utilización
En un esfuerzo por controlar los costos, los planes de medicamentos recetados de Medicare usan algunas de las siguientes Herramientas de administración del costo de utilización: Niveles, Autorización previa, Terapia progresiva y Límites de cantidad.

- **Niveles:** La mayoría de los planes de la Parte D dividen su formulario (lista de medicamentos cubiertos) en niveles y alientan el uso de los medicamentos del nivel más bajo, asignando diferentes copagos o coseguros a los diferentes niveles. Por lo general, los medicamentos genéricos están en un nivel bajo y cuestan menos que los medicamentos cubiertos en un nivel superior, como los medicamentos de marca.
- **Autorización previa:** A pesar de que, en el formulario, es posible que un plan cubra un medicamento, puede ser necesario que un médico se ponga en contacto con el plan para explicar la necesidad médica de dicho medicamento en particular.

- **Terapia alternativa:** Un plan de la Parte D puede solicitar al beneficiario que intente usar medicamentos menos costosos para la misma afección antes de pagar por un medicamento de marca más costoso. Sin embargo, si un beneficiario ya ha probado medicamentos menos costosos, debe hablar con su médico para solicitar una excepción.
- **Límites de cantidad:**Por razones de seguridad y de costo, los planes pueden limitar la cantidad de medicamentos que cubren durante un cierto periodo. Por ejemplo, es posible que un plan cubra un suministro de un medicamento por 30 días únicamente. No obstante, independientemente de la cantidad aprobada, se aplica el mismo copago.

¿Cómo elijo un Plan de la Parte D?
Para elegir un plan de la Parte D para sus necesidades específicas, es mejor usar la herramienta de búsqueda personalizada de planes disponible en www.medicare.gov. Usted puede hacer una "búsqueda personalizada" en la que ingresa su información personal de Medicare o una "búsqueda general" para la cual no necesita ninguno de sus datos personales de Medicare.

Usted deberá ingresar los nombres de los medicamentos que toma en la actualidad o que espera tomar el próximo año, junto con las dosis y la cantidad que necesita para un suministro de 30 días. Es mejor solicitar al farmacéutico una lista de sus medicamentos antes de iniciar este proceso.

Se le pedirá que seleccione hasta dos farmacias que desee incluir en su búsqueda. Una vez ingresada toda la información, el buscador de planes le dará una lista de Planes de la Parte D, clasificados del menos costoso al más costoso. Es importante considerar los detalles de cada plan para comprender qué herramientas de administración del costo de utilización se aplicarán, si las hubiera. También es recomendable llamar al plan para verificar la información.

Una vez que haya seleccionado el plan adecuado para usted, podrá inscribirse en línea o por teléfono. Si necesita ayuda para usar el Buscador de planes, comuníquese con un asesor de HIICAP.

¿Necesito un plan de la Parte D si tengo cobertura de salud a través de mi empleador?
Tal vez no deba inscribirse en un plan de la Parte D si recibe cobertura médica acreditable a través de su empleador actual o anterior. Su empleador actual o anterior debe informarle, por lo general mediante una carta, si su cobertura de medicamentos es acreditable y si debe inscribirse en un plan de la Parte D. Si no recibe una carta, comuníquese con su empleador para determinar si debe inscribirse en un plan de la Parte D. **Esto es muy importante porque la inscripción en la Parte D puede comprometer <u>todos</u> los beneficios de salud que recibe a través de ese empleador, no solo la cobertura de medicamentos recetados.**

¿Necesito un plan de la Parte D si no tomo ningún medicamento?
Tener un plan de seguro para medicamentos recetados de la Parte D es optativo; sin embargo, es importante recordar que la mayoría de las personas solo pueden inscribirse en un plan durante el periodo anual de elección (AEP), desde el 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Puede ser aconsejable evaluar el plan menos costoso por si cambian sus necesidades de medicamentos en el año siguiente. Además, recuerde que puede estar sujeto a una multa por inscripción tardía si no se inscribe cuando reúne los beneficios por primera vez.

PROGRAMA "EPIC" DEL ESTADO DE NUEVA YORK

(Programa de cubrimiento del seguro farmacéutico para las personas mayores, Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage, en inglés)

Programa de cubrimiento del seguro farmacéutico para las personas mayores (EPIC) es el programa de seguro para medicamentos recetados del estado de Nueva York para los ciudadanos mayores del estado de Nueva York. Si tiene 65 años o más, vive en el estado de Nueva York y tiene ingresos de hasta $35,000 para los solteros y $50,000 para las parejas casadas, es posible que reúna los requisitos de EPIC.

Los afiliados de EPIC pueden comprar medicamentos en 4,500 farmacias participantes en el estado de Nueva York al presentar su tarjeta de EPIC. Los afiliados pagan una tarifa reducida por los medicamentos recetados, según el costo del medicamento. Por ejemplo: por un medicamento que costo entre $15 y $35, se paga $7. El copago más alto es de $20, independientemente del costo normal del medicamento recetado.

Si es beneficiario de la Parte D de Medicare, tiene gastos excesivos (spend down) en virtud de Medicaid, o cobertura limitada para medicamentos recetados, puede usar EPIC como complemento de esa cobertura para reducir en mayor medida los gastos en medicamentos recetados. Los beneficiarios de Medicaid completo no reúnen los requisitos para EPIC.

¿Cuánto costarán mis medicamentos recetados con EPIC?

- Medicamentos recetados que cuesten hasta $15 — Usted paga $3
- Medicamentos recetados que cuesten entre $15.01 y $35 — Usted paga $7
- Medicamentos recetados que cuesten entre $35.01 y $55 — Usted paga $15
- Medicamentos recetados que cuesten más de $55 — Usted paga $20

"Fee Plan" (Plan de cuota) y "Deductible Plan" (Plan de deducible) de EPIC
Hay dos planes dentro de EPIC: el "Fee Plan" (plan de cuota) y "Deductible Plan (plan de deducible). Los solicitantes no pueden elegir en qué plan inscribirse; EPIC toma la decisión según los ingresos de la persona o de la pareja.

El "Fee Plan" de EPIC es para personas con ingresos anuales de hasta $20,000 y para parejas casadas con ingresos de hasta $35,000. Para participar en el "Fee Plan," los afiliados pagan el cargo anual asociado con sus ingresos. Después de pagar el arancel, los participantes pagan el copago correspondiente a sus medicamentos según EPIC. Los cargos se basan en el ingreso anual del año anterior y se pagan trimestralmente. Por ejemplo: una persona soltera con un ingreso de $16,000 debe pagar un cargo anual de $140. Una pareja con un ingreso de $24,000 debería pagar $275 por persona para participar en el "Fee Plan" de EPIC.

El "Deductible Plan" de EPIC es para personas con ingresos anuales de entre $20,001 y $35,000, y para parejas casadas con ingresos de entre $26,001 y $50,000. Para participar en el "Deductible Plan," los afiliados pagan sus medicamentos recetados hasta alcanzar el monto del deducible de EPIC que les corresponde, el cual basa en los ingresos del año anterior. Una vez alcanzado el deducible, los afiliados solo pagan el copago de EPIC. Por ejemplo, una persona soltera con un ingreso de $23,000 debe alcanzar un deducible anual de $580. En el caso de las parejas con un ingreso de $42,000, cada persona debe alcanzar un deducible anual de $1,230.

¿Cómo funciona EPIC con la Parte D de Medicare?
La legislación de la ciudad de Nueva York requiere que los afiliados que reciben EPIC también estén inscritos en un plan de la Parte D de Medicare (ver la sección sobre la Parte D de Medicare, página 28, para obtener más información). La cobertura de la Parte D constituye la cobertura primaria, y EPIC constituye la cobertura secundaria. (Sin embargo, EPIC no requiere que la mayoría de los afiliados de los planes de Medicare Advantage [MA] que no reciben cobertura de la Parte D se inscriban en un plan de MA que incluya la cobertura de la Parte D; sin embargo se recomienda este tipo de cobertura.) El afiliado paga el copago de EPIC según el monto restante después de que el plan de la Parte D pague su parte, lo cual reduce el costo para el afiliado. Por ejemplo, si debe efectuar un copago de $20 por un medicamento con su plan de la Parte D y también tiene EPIC, usted haría el copago de EPIC por un medicamento de $20, que es de $7. Además, EPIC lo cubrirá durante el periodo de deducible de la Parte D y durante la brecha de cobertura (la brecha de la cobertura de la Parte D). Los medicamentos que por ley no están cubiertos por los planes de la Parte D pueden estar cubiertos por EPIC.

NOVEDAD: a partir del 1 octubre de 2010, se ha modificado la legislación del estado de Nueva York a fin de exigir que los afiliados a EPIC que maximicen el uso de su cobertura de la Parte D de Medicare. EPIC seguirá brindándoles a los afiliados una cobertura complementaria (cobertura secundaria) para los medicamentos que, en primera instancia, estén cubiertos por el plan de la Parte D como pagador primario. Sin embargo, EPIC solo puede cubrir los medicamentos que no están cubiertos por el plan de la Parte D del afiliado luego de agotar dos niveles de apelaciones disponibles en virtud de la Parte D. EPIC ofrecerá un suministro temporal durante 90 días como máximo de un medicamento que no esté incluido en el formulario del afiliado del plan de la Parte D si la persona que recetó el medicamento se comunica con la línea de ayuda de EPIC para Solicitudes de Cobertura Temporal (TCR) llamando al 1-800-634-1340 y acepta colaborar para obtener una solicitud de determinación de cobertura y efectuar dos niveles de apelaciones al plan. Si el farmacéutico no puede comunicarse con la persona que recetó el medicamento, es posible que el farmacéutico proporcione un suministro de emergencia de tres días luego de llamar a la línea de ayuda de TCR. Si se aprueba la solicitud de determinación de cobertura o cualquier etapa de la apelación, EPIC cubrirá el medicamento como pagador secundario. Si la segunda apelación es rechazada por la Entidad de Revisión Independiente Máxima, EPIC ofrecerá al afiliado una cobertura extendida para el medicamento.

En virtud de la ley modificada, EPIC continuará ofreciendo cobertura primaria inmediata por los medicamentos que pertenecen a las categorías excluidas de la Parte D de Medicare (p. ej., benzodiazepinas, barbitúricos, etc.).

EPIC ha introducido cambios programáticos para maximizar el uso de los planes de Parte D de sus beneficiarios, además del uso de los medicamentos genéricos:

- Seguir el formulario del plan de la Parte D: EPIC exige, en primera instancia, que el farmacéutico se comunique con la persona que recetó el medicamento para preguntarle si consideraría la posibilidad de recetar un medicamento que esté cubierto por el plan de la Parte D. Si el medicamento no puede cambiarse, es necesario que la persona que recetó el medicamento llame a la línea de ayuda para TCR de EPIC y declare que presentará una apelación si desea que el afiliado reciba un suministro temporal del medicamento por 90 días mientras se procesa la apelación.
- EPIC será un pagador secundario de los afiliados al plan de la Parte D que usan determinadas farmacias con entregas por correo postal, incluso si dicha farmacia se encuentra fuera del estado de Nueva York. (EPIC no le pagará a una farmacia que se encuentre fuera del estado si se adquiere un medicamento que no está cubierto en el plan de la Parte D.)
- EPIC solicitará a sus afiliados que potencialmente reúnan los requisitos para recibir el Subsidio por bajos ingresos de Medicare o el Programa de Ahorros de Medicare que soliciten estos beneficios y los ayudará a hacerlo.
- Apelaciones de EPIC: En el caso de los medicamentos que no se encuentran en el formulario del plan de la Parte D, EPIC ayudará a los profesionales que receten medicamentos proporcionándoles formularios de apelación y números de teléfono y de fax correspondientes al plan de la Parte D, a fin de ayudarlos a solicitar una excepción al formulario del plan de la Parte D. El afiliado no debe tomar ninguna acción respecto de esta medida; EPIC manejará todos los contactos con el plan de la Parte D y el médico que emitió la receta al afiliado.
- Programa obligatorio de medicamentos genéricos: Para las personas mayores que solo tienen EPIC a quienes se les prescribe un medicamento de marca con un equivalente genérico clasificado como "A," la farmacia se comunicará con el médico que emitió la receta para averiguar si el afiliado puede recibir el medicamento genérico. Si el médico que emitió la receta desea que el afiliado tome el medicamento de marca, debe llamar a la Línea de autorización previa de EPIC, al 1-800-256-8082.

EPIC ayuda a sus afiliados a seleccionar un plan de la Parte D que cubra sus necesidades de medicamentos y de farmacia. Para los afiliados al Plan de cargos, EPIC pagará la prima de la Parte D, hasta $38.69 por mes en 2011, que es el monto de un plan modelo. Para los afiliados al Plan de deducibles de EPIC, EPIC reducirá el monto del deducible a $38.69 por mes ($465 por año) para ayudar a pagar la prima de la Parte D que los afiliados deben pagar. Los afiliados a EPIC que reciben el Programa de

Ayuda Extra completo no deberán pagar el cargo de EPIC; los que reciban el programa parcial de Ayuda Extra deberán pagar su cargo de inscripción.

Cómo inscribirse en EPIC

Llame a la línea de ayuda de EPIC al 1-800-332-3742 para obtener un formulario de inscripción y hacer las preguntas necesarias sobre el programa. También puede visitar www.nyhealth.gov/health_care/epic/index.htm para recibir más información o descargar un formulario de solicitud.

TARJETA NEW YORK PRESCRIPTION SAVER (NYP$)

La tarjeta New York Prescription Saver (NYP$) es un programa patrocinado por el estado de Nueva York. La tarjeta NYP$ ofrece un descuento a los residentes del estado de Nueva York que reúnan los requisitos cada vez que compran sus medicamentos recetados en las farmacias participantes.

La tarjeta NYP$ es una tarjeta gratuita de descuentos destinada a todas las personas que reúnan los requisitos, y no se aplica ningún cargo por solicitar ni usar esta tarjeta. La tarjeta NYP$ no es un seguro, sino una tarjeta de descuentos que ofrece la posibilidad de ahorrar hasta un 60% en medicamentos genéricos y un 30% en medicamentos de marca. El programa NYP$ cubre la mayoría de los medicamentos.

Elegibilidad

A fin de reunir los requisitos para obtener la tarjeta NYP$, debe:

- ser residente del estado de Nueva York; y
- cumplir con uno de los siguientes requisitos:
    - tener entre 50 y 64 años, O
    - una incapacidad (independientemente de la edad) determinada por la Administración del Seguro Social
- no tener Medicaid (a menos que tenga Medicaid con ingresos excesivos [spend down]); y
- tener un ingreso anual (en el año calendario anterior) de hasta $35,000 (soltero) o $50,000 (casado).

¿Quiénes pueden ser buenos candidatos para obtener esta tarjeta?

- Las personas de cualquier edad que hayan sido declaradas personas incapacitadas por el Seguro Social, pero que todavía no tengan la cobertura de Medicare.
- Las personas de menos de 65 años que tengan un seguro de la Parte D de Medicare y que necesiten medicamentos que no figuran en el formulario de su plan y que no están cubiertos en virtud de la Parte D.
- Personas de entre 50 y 64 años que tienen cobertura limitada para medicamentos recetados o que no tienen cobertura.

Combinación entre la tarjeta NYP$ y la Parte D de Medicare

Los beneficiarios con incapacidades de Medicare que tienen menos de 65 años pueden usar la tarjeta NYP$ en lugar del plan de la Parte D mientras alcanzan el deducible anual y durante la brecha de cobertura; sin embargo, el plan de la Parte D también ofrece precios con descuento durante el deducible o la brecha de cobertura. Puede usar la tarjeta NYP$ en lugar del plan de la Parte D, pero la compra no se acreditará automáticamente en sus gastos de bolsillo según los términos de la Parte D. Debe comunicarse con su plan de la Parte D; es posible que su seguro esté dispuesto a acreditarle la compra que efectuó con el descuento si envía un recibo en papel.

Puede usar su tarjeta NYP$ para comprar medicamentos recetados que no figuren en el formulario del plan y los que no están cubiertos en virtud de la Parte D de Medicare.

¿Puede usarse la tarjeta NYP$ con otras tarjetas de descuento?
No. Puede tener otro tipo de cobertura para medicamentos recetados y aun así reunir los requisitos para obtener la tarjeta NYP$. Sin embargo, no puede usar la tarjeta de descuentos en combinación con otro descuento para medicamentos recetados o con una tarjeta de un seguro para comprar el mismo medicamento.

Solicitud e información adicional
Puede descargar un formulario de solicitud o enviar una solicitud en Internet, en https://nyprescriptionsaver.fhsc.com, o llamar al 1-800-788-6917 (TTY 1-800-290-9138) para solicitar que se le envíe un formulario de solicitud por correo postal.

PROGRAMAS DE AHORROS DE MEDICARE (Medicare Savings Program, MSP)

Los Programas de ahorros de Medicare (MSP, por sus siglas en inglés) pueden ayudar a los clientes que reúnen ciertos requisitos a pagar sus primas de Medicare y otros costos asociados con Medicare. Los MSP son gestionados por la Administración de Recursos Humanos (HRA) de la ciudad de Nueva York. Puede obtener las solicitudes en una oficina de Medicaid o en: www.health.state.ny.us/health_care/medicaid/program/update/savingsprogram/msapp.pdf. También puede enviar la solicitud por correo a: Medical Assistance Program, Correspondence Unit, 330 West 34thStreet, 9thFloor, New York, NY 10001.

A continuación le ofrecemos información sobre los Programas de ahorros de Medicare, seguida por los límites de ingresos y recursos de cada uno de los programas:

- **Programa para beneficiarios calificados de Medicare (QMB, por sus siglas en inglés):** Este programa puede pagar la prima de la Parte A y/o de la Parte B de Medicare, además del coseguro y los deducibles de las Partes A y B. Una persona puede reunir los requisitos para recibir únicamente el QMB, o para recibir el QMB y Medicaid. Los beneficiarios del QMB deben recibir servicios de proveedores que acepten tanto Medicare como Medicaid si desean una cobertura médica completa sin costos de bolsillo.
- **Programa específico para beneficiarios de Medicare con bajos ingresos (SLMB, por sus siglas en inglés):** Este programa paga la prima de Parte B de Medicare. Las personas pueden reunir los requisitos para el SLMB únicamente o para el SLMB y Medicaid (con ingresos excesivos [spend down]). El solicitante debe tener la Parte A de Medicare para reunir los requisitos del programa SLMB.
- **Persona calificada (QI, por sus siglas en inglés)**: Este programa paga la prima de la Parte B de Medicare. Las personas no pueden reunir los requisitos para QI-1 y Medicaid al mismo tiempo. El solicitante debe tener la Parte A de Medicare para reunir los requisitos del programa QI-1. Los estados reciben dinero para este programa todos los años.
- **Personas calificadas incapacitadas y en actividad laboral (QWDI, por sus siglas en inglés):** Este programa paga solo la prima de Parte A de Medicare, no de la Parte B. El solicitante debe ser un trabajador incapacitado menor de 65 años que perdió los beneficios de la Parte A debido a su retorno al trabajo.

Límites mensuales de ingresos y recursos para los MSP de 2011 (después de las deducciones/exclusiones)				
	Soltero		**Pareja casada**	
	Ingresos	Recursos	Ingresos	Recursos
QMB: 100% del FPL	$907.50	Sin límite	$1,225.83	Sin límite
SLMB:120% del FPL	$1,089	Sin límite	$1,471	Sin límite
QI: 135% del FPL	$1,225.13	Sin límite	$1,654.88	Sin límite
QWDI: 200% del FPL	$1,835	$6,680	$2,492	$10,020

Consejos para la promoción del Programa de ahorros de Medicare:

- Los beneficiarios de un MSP automáticamente reúnen los requisitos para el programa de Ayuda Extra completo, a fin de pagar la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare (ver la página 28).
- No es necesario ir a una oficina de Medicaid para solicitar un MSP.
- Si usted está trabajando, es posible que todavía califique para obtener el Programa de ahorros de Medicare.

FRAUDE Y ABUSO DE MEDICARE

El gobierno federal estima que miles de millones de dólares, aproximadamente el diez por ciento del dinero gastado en Medicare, se ha perdido a causa de fraude, derroche y abuso. Alentamos a los beneficiarios de Medicare a estar alerta e informar de cualquier facturación sospechosa.

¿Qué es el fraude?

El fraude es el acto de obtener, o intentar obtener, servicios o pagos por medios fraudulentos, en forma intencional, voluntaria y con pleno conocimiento de sus acciones. Ejemplos de fraude:

- Comisiones, sobornos o reembolsos.
- Usar la tarjeta de Medicare de otra persona para obtener servicios.
- Facturación por artículos o servicios que, en realidad, no fueron provistos.
- Facturación doble por el mismo servicio en la misma fecha o con fecha diferente.
- Facturación por servicios no cubiertos, como atención odontológica, servicios de podología de rutina, servicios de audiología, exámenes oftalmológicos de rutina, etc., y hacerlos pasar como servicios cubiertos.
- Facturar tanto a Medicare como a otra aseguradora o a Medicare y al paciente, en un intento deliberado de recibir el pago dos veces.

¿Qué es abuso?

El abuso son los incidentes y las prácticas que pueden no ser fraudulentas, pero que pueden ocasionar pérdidas al programa Medicare.
Ejemplos de abuso:

- Uso excesivo de servicios médicos o de salud.
- Prácticas inapropiadas de facturación.
- Aumento de honorarios para beneficiarios de Medicare, pero no para otros pacientes.
- Falta de ajustes en las cuentas cuando se descubren errores.
- Omitir en forma rutinaria el 20% de coseguros y deducibles.

La realidad sobre Medicare

- **No proporcione nunca** su número de Medicare a personas que no conozca.
- **Tenga cuidado** con los planes de salud, los médicos y los proveedores privados que usan llamadas telefónicas y la venta puerta a puerta para venderle bienes y servicios.
- **Sospeche** de personas que llaman y se identifican como pertenecientes a Medicare. Medicare **no** llama por teléfono a sus beneficiarios y **no** hace visitas domiciliarias.
- **Esté alerta** ante empresas que ofrecen regalos a cambio de su número de Medicare.
- **Manténgase** alerta respecto de proveedores de atención médica domiciliaria que ofrecen servicios de transporte no médico o trabajos domésticos como si fueran servicios aprobados de Medicare.
- **Desconfíe** de aquellas personas que dicen conocer formas de hacer que Medicare pague por un servicio no cubierto.
- **Lleve un registro** de sus visitas al médico y del procesamiento de sus facturas,

que compare la Notificación resumida de Medicare (MSN) y otras coberturas con el servicio que recibió.

Preste atención a:

- Pagos duplicados por el mismo servicio.
- Servicios que no recuerda haber recibido.
- Servicios facturados diferentes de los servicios recibidos.
- Pago de Medicare por un servicio que usted ya pagó al proveedor.

Cómo informar el fraude a Medicare

Si cree que se ha cometido un fraude o abuso, llame al 1-877-678-4697. Brinde la siguiente información en el mayor detalle posible:

- Nombre del proveedor o de la empresa y cualquier número de identificación al lado del nombre.
- Su nombre, dirección y número de teléfono.
- Fecha del servicio.
- Tipo de servicio o artículo reclamado.
- Monto aprobado y pagado por Medicare.
- Fecha de la Notificación resumida de Medicare (MSN).
- Una declaración breve que detalle el problema. Trate de ser lo más específico posible. Cuando los beneficiarios de Medicare ayudan a Medicare a detectar prácticas fraudulentas o abusivas están ahorrando dinero a Medicare y a sí mismos.

Para denunciar un fraude o abuso de Medicare,

llame a la Senior Medicare Patrol (Patrulla de Medicare para personas mayores) al 1-877-678-4697.

Para denunciar un fraude o abuso respecto de los planes de la Parte D de Medicare,

llame a Medic, al 1-877-SafeRx

¡El fraude y el abuso son un problema de todos, y todos podemos ayudar!

ROBO DE IDENTIDAD

La Comisión Federal de Comercio (FTC) ofrece información sobre cómo proteger la identidad. Comuníquese con la FTC para obtener información sobre cómo realizar una reclamación llamando al

1-877-438-4338 o visitando el sitio web en www.consumer.gov/idtheft

Proteja su número de Medicare y su número de Seguridad Social como también su fecha de nacimiento y cualquier otra identificación personal, como información bancaria o de tarjetas de crédito. Sea cuidadoso y haga preguntas sobre quienes le piden esta información y no dude en averiguar acerca de la legitimidad de este pedido de información. Sea un consumidor informado y proactivo.

MEDICAID

Medicaid es un programa conjunto de seguro médico del gobierno federal, del gobierno del estado y del gobierno de la ciudad para personas con bajos ingresos. Medicaid es un programa que evalúa la situación económica de los solicitantes para determinar sus necesidades financieras antes de poder acceder al programa. Una vez que se determina que la persona reúne los requisitos para Medicaid, se emite una tarjeta plástica de Medicaid que es válida mientras la persona continúe reuniendo los requisitos. Los afiliados la usarán como una tarjeta de crédito para los servicios de atención médica en cualquier establecimiento médico que acepte Medicaid.

Servicios que cubre Medicaid

- Servicios de emergencias y hospitalarios
- Servicios preventivos
- Servicios de cuidado personal
- Servicios de administración de casos
- Medicamentos recetados aprobados
- Terapia física
- Rehabilitación fonoaudiológica
- Servicios relacionados con la tuberculosis (TB)
- Servicios de salud mental
- Enfermería privada
- Prótesis auditivas
- Servicios de diagnóstico
- Servicios ocupacionales
- Servicios clínicos
- Servicios de exámenes de detección
- Servicios de rehabilitación
- Atención en residencias para enfermos terminales
- Servicios de anteojos y optometría
- Servicios odontológicos y dentaduras postizas
- Prótesis
- Transporte

Requisitos para Medicaid

Las personas de más de 65 años, las personas ciegas o incapacitadas deben cumplir los siguientes criterios de elegibilidad: límites de ingresos y bienes, criterios de ciudadanía/inmigración y residencia.

1. Límites de ingresos y bienes para 2011

Persona soltera:

- Ingreso mensual máximo: $767 por mes
- Bienes: $13,800 (más $1,500 de fondo para entierro)

Pareja casada:

- Ingreso mensual máximo: $1,117 por mes
- Bienes: $20,100 (más $3,000 de fondo para entierro)

Se aplican determinadas **deducciones de ingresos**; por lo tanto, incluso si sus ingresos exceden estos montos, le recomendamos que presente su solicitud. Además, si sus ingresos superan estos montos, es posible que reúna los requisitos para participar en un Programa de ingresos excesivos de Medicaid, por el cual cada mes consume el monto por el que supera el monto permitido para Medicaid, de modo de obtener la cobertura de Medicaid. De igual modo, si sus ingresos superan los montos autorizados por Medicaid, recuerde que podría reunir los requisitos para uno de los Programas de ahorros de Medicare para ayudarle a pagar las primas de Medicare y otros costos asociados con Medicare (ver la página 40 para obtener más información).

Los bienes incluyen el dinero en efectivo, las cuentas bancarias, IRA y las acciones. Ciertos bienes no se calculan para estos límites, como su hogar principal de residencia, su automóvil y sus bienes personales.

2. Ciudadanía/Inmigración

Para reunir los requisitos de Medicaid, debe ser ciudadano de los EE.UU. o un extranjero que reúna los requisitos.

3. Residencia

Para solicitar Medicaid en el estado de Nueva York debe vivir en este estado. Si vive en la ciudad de Nueva York, debe solicitarlo en la ciudad de Nueva York; puede presentar su solicitud en cualquier condado, independientemente de su condado de residencia.

Para solicitar Medicaid, debe llenar y presentar una solicitud. Las personas que solicitan Medicaid pueden usar la solicitud de Access NY Health Care, formulario DOH 4220. Las personas que tengan 65 años o más, sean ciegas o incapacitadas (con certificado que acredite la ceguera o incapacidad), o que soliciten atención en un establecimiento de enfermería especializada también deben presentar el documento Supplement A junto con la solicitud DOH 4220. Puede obtener las solicitudes e instrucciones, en inglés y en español, en www.nyhealth.gov/nysdoh/fhplus/application.htm.

¿Dónde debo presentar la solicitud?

Usted puede elegir dónde y cómo presentar su solicitud de Medicaid:

- Puede visitar su oficina local de Medicaid: podrá llenar la solicitud en persona en la oficina o dejar una solicitud completada. Consulte la página 71 para ver la lista de las oficinas de Medicaid o llame sin cargo a la Administración de Recursos Humanos al 1-877-472-8411 o al 311.
- Puede comunicarse con un Facilitador de Inscripción: puede presentarle una solicitud al Facilitador de Inscripción o dejarle una solicitud llena. Los Facilitadores de Inscripción son agencias comunitarias con personal entrenado para ayudarlo a llenar y presentar la solicitud de Medicaid. Para obtener una lista de facilitadores de inscripción, llame al 1-877-934-7587 o visite www.health.state.ny.us/nysdoh/fhplus/where.htm.
- Puede enviar una solicitud por correo postal. Envíe la solicitud llena junto con documentos comprobatorios a:

  Initial Eligibility Unit
  HRA/Medicaid Assistance Program
  P.O. Box 2798
  New York, NY 10117-2273

¿En qué forma funciona Medicaid con la Parte D de Medicare?

La mayoría de las personas con Medicaid y Medicare (conocidos como "elegibles duales" [dual eligibles]) deben inscribirse en un plan de la Parte D y automáticamente quedarán

inscritos en un plan modelo si no eligen su propio plan. Los elegibles duales pueden cambiar de plan todos los meses, y la nueva cobertura entra en vigencia el primer día del mes siguiente. (Nota: Las personas que solo tienen Medicaid no se inscriben en un plan de la Parte D de Medicare).

Los elegibles duales quedan automáticamente inscritos en el programa de Ayuda Extra completo (ver más información en la página 29) y pagan un monto reducido por los medicamentos recetados. Los elegibles duales con ingresos por debajo del 100% del nivel federal de pobreza (FPL) tendrán un copago de $1.10 por medicamentos genéricos/$3.30 por medicamentos de marca. Las personas que tengan ingresos que superen el 100% del FPL tendrán un copago de $2.50 por medicamentos genéricos/$6.30 por medicamentos de marca. Los elegibles duales dejarán de pagar el copago una vez que el costo total de los medicamentos cubiertos alcance el nivel catastrófico de $6,447 en 2011.

Por ley, ciertos medicamentos, como los medicamentos de venta libre, las benzodiazepinas, los barbitúricos y las vitaminas, no están cubiertos por la Parte D. No obstante, continuarán estando cubiertos por Medicaid.

BENEFICIOS PARA VETERANOS Y TRICARE FOR LIFE

Para recibir atención médica en establecimientos administrados por el Departamento de Asuntos de los Veteranos (Department of Veterans Affairs, VA), los veteranos deben estar inscritos ante VA. Los veteranos pueden solicitar cobertura en cualquier momento. Los veteranos que no puedan pagar el costo de su atención deben proveer a VA información financiera de sus ingresos anuales y sus recursos. La elegibilidad para recibir atención médica gratuita se basa en los límites geográficos de ingresos. La mayoría de los veteranos que no estén relacionados con el servicio y los veteranos que no reciben una compensación calificados como 0% y relacionados con el servicio deben llenar una evaluación anual sobre medios económicos o aceptar pagar el copago aplicable de VA. Esta evaluación sobre medios económicos se basa en los ingresos familiares y en el activo neto. El límite de ingresos y de activo neto para 2011 es de $80,000. Si sus ingresos son de $11,830 o menos, recibirá medicamentos recetados gratis por parte de VA. Si sus ingresos son de $29,402 o menos y no tiene una enfermedad relacionada con el servicio prestado, recibirá atención médica gratuita por parte de VA. El deducible de Medicare para 2011 es de $1,132.

Los veteranos que no reúnen los requisitos para recibir atención gratuita son responsables del pago de un copago.

Cuatro tipos básicos de copagos

- **Medicamentos:** el Congreso estableció los cargos de los copagos por medicamentos recetados. El cargo es de $8 por cada suministro de medicamentos de 30 días o menos proporcionado en forma ambulatoria para el tratamiento de afecciones no relacionadas con el servicio.
- **Pacientes ambulatorios:** los copagos se basarán en las visitas de atención primaria ($15) y visitas de atención especializada ($50).
- **Pacientes internados:** el Congreso determinó que el copago adecuado para pacientes ambulatorios debe ser la tarifa del deducible actual de Medicare para los primeros 90 días de hospitalización más un cargo de $10 por día.
- **Atención prolongada:** los cargos de VA para la atención prolongada varían según el tipo de servicio ofrecido y la capacidad individual del veterano de pagar dichos servicios.

VA no puede facturarle a Medicare; por lo tanto, los veteranos que tienen Medicare *únicamente* y que deben pagar los copagos por la atención médica recibirán los cargos correspondientes por los servicios. No obstante, en el caso que haya una política complementaria, VA facturará primero a la aseguradora.

TRICARE Health Benefits ofrece cobertura a las familias de los miembros en servicio activo, los familiares de miembros que murieron mientras estaban en servicio activo, y a los retirados y sus familias, independientemente de que el veterano esté incapacitado o no. Los beneficios de TRICARE consisten en TRICARE Prime, TRICARE Extra y TRICARE Standard. Los programas difieren en el uso de redes de proveedores y en las obligaciones relacionadas con los costos compartidos.

Los militares retirados (y sus cónyuges) que hayan prestado servicio durante, al menos, 20 años y que tengan 65 años o más y estén actualmente inscritos en las Partes A y B de Medicare, reúnen los requisitos para **TRICARE for Life (TFL).** TFL es un plan

administrado de atención médica, libre de prima, que actúa como complemento de Medicare e incluye el programa **TRICARE Senior Pharmacy**. Para obtener más información sobre TRICARE, llame al 1-877-363-6337 o visite www.tricare.osd.mil.

Civilian Health and Medical Program (El Programa médico y de salud civil, CHAMPVA, por sus siglas en inglés) es un programa de seguro médico para los dependientes de veteranos que sufren incapacidad total y permanente del 100%. CHAMPVA tiene un deducible anual de $50 por persona o de $100 por familia por año calendario. Además, hay un coseguro del 25%. CHAMPAVA no cuenta con una lista de proveedores. La mayoría de los proveedores de Medicare y TRICARE también aceptan CHAMPVA (pero asegúrese de preguntarle al proveedor). Si cumple los requisitos para TRICARE, no puede inscribirse en CHAMPVA. Para obtener más información sobre CHAMPVA, puede llamar al VA al 1-800-733-8387 o visitar www.va.gov/hac.

¿En qué forma interactúa la cobertura de medicamentos del VA con la Parte D de Medicare?

La cobertura de medicamentos recetados del VA se considera acreditable, lo que significa que es tan buena como la Parte D de Medicare, o mejor. Es posible tener un plan de la parte D de Medicare y la cobertura para medicamentos del VA. Si la persona elige renunciar a la Parte D y, luego, decide inscribirse en la Parte D, no se le aplicará una multa por inscripción tardía.

Para obtener más información sobre los beneficios del VA, llame al 1-877-222-8387 o visite www.va.gov/hac.

OTRAS OPCIONES DE COBERTURA MÉDICA PARA LOS NEOYORQUINOS

COBRA

La ley federal exige a los empleadores con 20 o más empleados ofrecer COBRA como "continuación de cobertura" de atención médica a cargo del empleador durante 18 meses después de que un empleado deje de trabajar, o durante 29 meses si el empleado está incapacitado. COBRA tiene como objetivo cubrir la diferencia hasta que ingrese en Medicare o consiga un nuevo empleo que ofrezca plan de salud. Puede calificar para la cobertura si se jubila, deja su trabajo, lo despiden, le reducen la carga horaria o por fallecimiento o divorcio del cónyuge trabajador activo. La elección de la continuación de la cobertura debe realizarse dentro de los 60 días de haber recibido la notificación de los derechos amparados por COBRA. Las primas de COBRA son del 102% del monto que el empleador y el empleado pagaban en forma conjunta por el plan. Su cónyuge y dependientes también tienen derecho a los beneficios de su cobertura en virtud de COBRA que, por lo general, es menos costosa que la cobertura privada individual.

Si tiene cobertura en virtud de COBRA antes de ingresar a Medicare, dicha cobertura caducará en cuanto Medicare entre en vigencia. Si ya reúne los requisitos para Medicare y aún está trabajando, puede elegir la cobertura en virtud de COBRA cuando deje de trabajar, pero debe inscribirse en la Parte B dentro de los 8 meses de iniciada la cobertura amparada por COBRA a fin de evitar la multa por inscripción tardía de Medicare.

******Es probable que pueda adquirir la cobertura en virtud de COBRA a un precio reducido******

La Ley para la Recuperación y Reinversión en los Estados Unidos (American Recovery and Reinvestment Act, ARRA) de 2009 estipula reducciones en las primas en virtud del programa de COBRA. Las personas cuya relación laboral fue extinguida involuntariamente entre el 1º de septiembre de 2008 y el 31 de mayo de 2010 pueden reunir los requisitos para pagar **solo el 35%** de sus primas en virtud de COBRA durante nueve meses; el 65% restante se reembolsará a la aseguradora mediante un crédito impositivo. La legislación posterior incrementó el alcance del subsidio otorgado a las personas cuya relación laboral se extinguió hasta el 31 de mayo de 2010 y aumentó la duración del subsidio de 9 a 15 meses.

Las personas cuyos ingresos superan los $125,000 ($250,000 para las parejas casadas) no reúnen los requisitos para recibir este subsidio. Además, si usted reúne los requisitos para otra cobertura médica grupal (por ejemplo, a través de su empleador actual o del empleador de su cónyuge) o Medicare, no reunirá los requisitos para recibir este subsidio.

Family Health Plus

Family Health Plus (FHP) es un programa público de seguro para adultos de entre 19 y 65 años de edad que no tengan seguro médico, no reúnan los requisitos para Medicare o Medicaid, o tengan cobertura de seguro médico limitada o no tengan cobertura médica. La cobertura de FHP está disponible únicamente a través de HMO privadas. Algunos de los servicios cubiertos por FHP incluyen:

- Servicios médicos
- Medicamentos recetados
- Insumos y equipos para diabéticos
- Quimioterapia, radiación y diálisis
- Atención oftalmológica y fonoaudiológica
- Cobertura de internación y ambulatoria
- Equipo médico duradero
- Servicios odontológicos
- Análisis de laboratorio y radiografías
- Cobertura de emergencias y ambulancia
- Drogodependencia, alcoholismo y salud mental
- Servicios de rehabilitación

Elegibilidad:

- Usted debe ser ciudadano de los EE.UU. o extranjero que reúna los requisitos en alguna de las diversas categorías.
- Debe residir en el estado de Nueva York.
- Debe tener un mínimo de 19 años y un máximo de 65 años de edad.
- Límites de ingresos: Hasta el 100% del límite federal de pobreza (FPL) para los solteros y las parejas sin hijos menores de 19 años (hasta $907 por mes para una persona soltera y hasta $1,225 por mes para parejas en 2011). Los adultos con hijos menores de 19 años a cargo pueden tener ingresos de hasta el 150% del FPL, por ejemplo, $1,838 para un grupo familiar de 2 miembros, $2,316 para una familia de 3 miembros y 2,793 para una familia de 4 miembros en 2011.
- Se ha eliminado la evaluación sobre recursos económicos (bienes) para todos los beneficiarios de Family Health Plus y las personas que soliciten dicho plan.

No hay primas mensuales ni deducibles en Family Health Plus. Se aplican copagos a algunos beneficiarios de FHP para ciertos servicios; los proveedores no pueden rehusarse a atenderlo si no puede cubrir el copago. Usted puede solicitar el FHP en la oficina local de Medicaid o a través de un facilitador de inscripción de la comunidad. Comuníquese con el programa Family Health Plus al 1-877-934-7587 para obtener información sobre la oficina de Medicaid o del facilitador de inscripción más cercanos, donde puede obtener solicitudes y ayuda con la solicitud. Las solicitudes también pueden enviarse mediante correo postal; sin embargo, debido a que deben presentarse los originales de algunos documentos junto con la solicitud, se recomienda presentar la solicitud en persona. Visite www.health.state.ny.us/nysdoh/fhplus para obtener más información.

Es aconsejable que los grupos familiares con hijos menores de 19 años que no tengan seguro averigüen sobre **Child Health Plus (CHP)**. A través de CHP, los hijos de familias con ingresos de hasta el 400% del FPL ($7,450 por mes para una familia de cuatro miembros en 2011) pueden obtener seguro de salud gratuito o de bajo costo. Para obtener más información, llame al 311 y pregunte sobre Child Health Plus.

Healthy New York

Healthy New York es un seguro de salud de costo reducido para pequeños empleadores, empresas unipersonales y personas que perdieron su seguro debido a la pérdida de su empleo o del empleo de su cónyuge. Las pautas de elegibilidad para los pequeños empleadores son diferentes que las de las personas y las empresas unipersonales. Toda la cobertura de Healthy NY se ofrece a través de compañías privadas de seguros, y las primas mensuales varían según el plan. Los montos de los copagos y del deducible son iguales para todos los planes de Healthy NY.

Para la cobertura de Healthy NY para personas, la persona debe tener entre 19 y 65 años y no reunir los requisitos para Family Health Plus o Medicare. Si la persona tiene cobertura en virtud de la COBRA, en su lugar puede solicitar Healthy NY o puede enviar una solicitud antes de que finalice la cobertura de la COBRA. Los límites de ingresos mensuales brutos para 2011 son de $2,257 para una persona; $3,036 para un grupo familiar de dos miembros; $3,815 para un grupo familiar de tres miembros; y $4,594 para un grupo familiar de cuatro miembros. No hay límites de recursos.

Para obtener más información sobre los requisitos y obtener información sobre los requisitos que deben reunir los pequeños empleadores y empresas unipersonales, así como sobre la solicitud, llame al 1-866-432-5849 o visite www.healthyny.com.

Health Pass

Health Pass es un seguro para personas no aseguradas y con empleo, y está disponible para pequeñas empresas y empresas unipersonales. La cobertura se ofrece a través de diversas compañías de atención administrada. Para obtener más información, comuníquese al 1-212-252-8010 o visite www.healthpass.com.

HHC Options

HHC Options es un programa ofrecido por la Corporación de Salud y Hospitales (Health and Hospitals Corporation, HHC) de la ciudad de Nueva York que permite que personas y familias con ingresos bajos y moderados tengan acceso a la atención médica a través de la red de hospitales y establecimientos de salud de HHC con tarifas escalonadas. No se aplica ningún cargo por afiliarse a HHC Options; usted solo paga cuando usa los servicios de atención. HHC no evalúa la condición respecto de la inmigración para determinar la elegibilidad. Para obtener más información, visite www.nyc.gov/html/hhc/html/access/hhc_options.shtml.

Bridge Plan de Nueva York

La Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (Patient Protection and Affordable Care Act) de 2010 creó el Plan de seguro para enfermedades preexistentes (PCIP, por sus siglas en inglés) que durará hasta enero de 2014. El Bridge Plan de Nueva York es el PCIP para el estado de Nueva York y está administrado por GHI. El Bridge Plan de Nueva York es una cobertura médica que está disponible para las personas que tengan una enfermedad preexistente, que no hayan tenido seguro durante al menos 6 meses y que sean ciudadanas o residentes de los EE.UU. No se aplica una edad mínima para solicitar esta cobertura; sin embargo, las personas que

cumplan 65 años y obtengan la cobertura de Medicare ya no reunirán los requisitos. Las personas que tienen la cobertura de este plan deben obtener servicios de los proveedores dentro de la red, a menos que se trate de una emergencia. La prima mensual es de $421/mes por persona en la ciudad de Nueva York. Las personas que soliciten esta cobertura deben presentar una constancia de que tienen una enfermedad preexistente. Para obtener más información, llame al (877) 444-9622 o visite www.nybridgeplan.com.

Seguro de salud y trabajo autónomo

Algunas profesiones ofrecen seguros con tarifa colectiva. Averigüe preguntando a su antiguo empleador o a las asociaciones profesionales a las que pertenezca. A continuación aparecen algunos recursos para averiguar si hay planes colectivos disponibles para usted. También puede comunicarse con la Asociación de Planificadores Financieros y de Seguros del Estado de Nueva York (NYS Association of Insurance & Financial Planners) llamando al 1-212-221-3500.

Small Business Service Bureau (pequeñas empresas de servicios informáticos)	Empleado en pequeñas empresas	1-800-343-0939 www.sbsb.com
Graphic Artists Guild (gremio de artistas gráficos)	Artistas gráficos	1-212-791-3400 www.gag.org
National Writers Union (sindicato nacional de escritores)	Escritores	1-212-254-0279 www.nwu.org
Screen Actors Guild (gremio de actores)	Actores	1-212-944-1030 www.sag.org
Freelancer's Union (sindicato de trabajadores independientes)	Servicios financieros Organizaciones sin fines de lucro Tecnología Medios y publicidad Arte, cultura o espectáculos Niñeras Proveedor de atención médica tradicional o alternativa Usuario avanzado de computación	1-718-222-1099 www.freelancersunion.org

DERECHOS DE LOS PACIENTES Y APELACIONES PARA BENEFICIARIOS DE MEDICARE

Todos los beneficiarios de Medicare están protegidos por los mismos derechos, ya sea que estén afiliados al plan Medicare original o a un plan de Medicare Advantage.

Como beneficiario de Medicare, tiene derecho a:

- Recibir toda la atención necesaria para su afección.
- Estar totalmente informado sobre su condición médica, incluidas las opciones de tratamiento.
- Estar informado sobre la cobertura y posibles costos.
- Recibir el plan de alta por escrito del hospital. La decisión de darle el alta tomadas por el hospital o su HMO o PPO debe basarse únicamente en sus necesidades médicas y no en el método de pago.
- Apelar las notificaciones por escrito que le denieguen la cobertura de servicios hospitalarios, planes de atención administrada (HMO) o proveedores de Medicare.
- Pedir todas las notificaciones por escrito. NO LAS PASE POR ALTO. Las notificaciones deben describir cómo puede apelar las decisiones.
- En virtud de la nueva "Ley del derecho de saber (Right to Know)" del estado de Nueva York, (la Ley de Información sobre Cuidados Paliativos [Palliative Care Information Act]), se les deberá ofrecer a todos los ciudadanos de Nueva York que padezcan una enfermedad terminal y que estén bajo el cuidado de un médico o cirujano información completa sobre la atención ofrecida en las residencias para enfermos terminales, cuidados paliativos para la reducción del dolor y otras opciones pertinentes sobre terminación de la vida. Además, tiene derecho a rechazar o interrumpir el tratamiento de soporte vital, recibir medicamentos para el dolor y obtener más información sobre opciones de tratamiento.

Para apelar sobre una cuestión relacionada con la calidad de la atención o cuestionar el alta hospitalario, llame a Independent Peer Review Organization (IPRO) al 1-800-331-7767 para que el personal capacitado revise su caso antes del mediodía del día posterior al día en que el beneficiario recibiera la notificación. Si solicita una revisión inmediata por parte de IPRO, usted no será financieramente responsable del pago de los cargos hospitalarios adicionales hasta el mediodía del día posterior a recibir la decisión de la revisión de IPRO.

Los afiliados a Medicare Advantage pueden usar el proceso de apelación para apelar la denegación de internación o pueden comunicarse con IPRO al mediodía del día siguiente a la recepción del Aviso de Alta y Derechos de Apelación de Medicare (NODMAR, por sus siglas en inglés). Otros servicios denegados pueden ser apelados directamente al plan.

PLANIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN PROLONGADA

En la actualidad, debido a que las personas mayores viven más años, surge la inquietud respecto de cómo pueden administrar sus necesidades de atención médica, así como los gastos relacionados con dicha atención, dado que cada vez tienen menor movilidad. Se debe planificar con anticipación la posibilidad de recibir atención prolongada (en su propio hogar, en un hogar alternativo o en una residencia para ancianos). Es importante que las personas mayores conozcan las opciones y los tipos de tratamiento y su financiación para que tengan mayor control sobre estas cuestiones básicas en sus últimos años de vida. A continuación, se presenta un resumen, dividido en temas, sobre las cuestiones que despiertan interés y preocupación acera de la planificación y la cobertura de la atención prolongada.

¿Qué es la atención prolongada?

La atención prolongada es el tipo de ayuda diaria que un adulto mayor puede necesitar cuando padece una enfermedad física prolongada, una incapacidad o un trastorno cognitivo (como enfermedad de Alzheimer) que hace que la persona no sea capaz de cuidar completamente de sí misma. La atención prolongada incluye la atención en una residencia para ancianos, al igual que la ayuda en el hogar para las actividades diarias. Generalmente la atención prolongada se divide en cuatro categorías:

1. Atención que exige asistencia de enfermería especializada: Atención y tratamiento de rehabilitación diarios que solo puede prestar personal médico especializado o realizarse bajo su supervisión. La atención debe estar indicada por un médico.
2. Tratamiento intermedio: Asistencia y tratamiento de rehabilitación esporádicos que solo puede prestar personal médico especializado, o realizarse bajo su supervisión, según las indicaciones del médico.
3. Atención médica domiciliaria: Generalmente se recibe en el hogar como tratamiento que exige asistencia especializada de tiempo parcial: fonoaudiología; fisioterapia o terapia ocupacional; servicios de tiempo parcial prestados por proveedores de ayuda domiciliaria o ayuda de amas de casa o personal doméstico.
4. Cuidadores personales: Atención destinada a ayudar a las personas a satisfacer sus necesidades personales, como caminar, bañarse, vestirse, comer o tomar los medicamentos. Lo puede hacer alguien que no tenga capacitación ni especialización médica.

¿Qué se puede hacer con anticipación en relación a la asistencia domiciliaria para mejorar el entorno del hogar?

- Evaluar las posibilidades de acceso en el hogar en caso de tener movilidad limitada.
- Instalar dispositivos de seguridad, como barandas en las escaleras y en la ducha, luces más potentes y teléfonos con un timbre más fuerte.
- Eliminar o reducir los riesgos, como alfombrillas sueltas o cables eléctricos largos. Ubicar los elementos de uso habitual en estantes bajos.

- Hacer lugar para los equipos que puedan ser necesarios para el cuidado de la salud en el hogar.
- Determinar si se podría alojar a otra persona, que no sea un familiar, para que preste servicios de noche.

¿Cuánto cuesta la atención prolongada?

Los arreglos para recibir ayuda médica domiciliaria en forma privada dependen de la cantidad de horas, y el nivel de servicios y especialización requeridos. Si el proveedor de atención domiciliaria proviene de una agencia de atención médica domiciliaria certificada, cuyos costos se pagan a través de Medicare o Medicaid, las tarifas se fijan mediante las normas gubernamentales y de la agencia. El costo de la atención privada es de $20 o más por hora en concepto de servicios de cuidado. La asistencia especializada ofrecida por terapeutas o enfermeras en domicilio, por ejemplo, podría costar entre $100 y $150 por visita.

Las residencias para ancianos de la ciudad de Nueva York cobran entre $125,000 y $180,000 en promedio por año. Las personas mayores que necesiten alojarse en una residencia para ancianos deberán cubrir los costos con sus ingresos y bienes personales, con un seguro de atención prolongada o con la cobertura de Medicaid.

¿Quién paga la atención prolongada?

Medicare

La cobertura de la atención prolongada por parte de Medicare está estrictamente limitada por circunstancias especiales de "necesidad médica."

Medicare cubre el tratamiento domiciliario cuando:

1. Se necesita atención *de enfermería especializada intermitente*: fisioterapia, terapia ocupacional o fonoaudiología, control del estado del paciente, cambio de vendas, aplicación de inyecciones y control de los equipos. "Intermitente" significa menos de siete días por semana, sin superar las 28 horas a la semana. Medicare puede aprobar más horas de atención por semana, pero durante un periodo más reducido. Por lo general, Medicare aprueba un promedio de 8 a 12 horas de atención por semana.
2. Por ejemplo, el beneficiario solo puede salir de su hogar con la ayuda de otra persona o en una silla de ruedas.
3. El médico determina que el beneficiario necesita atención médica domiciliaria y le indica un plan de tratamiento domiciliario.
4. Una Agencia de atención médica domiciliaria certificada (CHHA) que trabaje con Medicare proporciona los servicios.

Medicare cubre el tratamiento en un centro de atención de enfermería especializado cuando:

1. El beneficiario ingresa dentro de los 30 días posteriores a una internación hospitalaria de tres días como mínimo.
2. El médico certifica que el paciente necesita atención especializada, que también puede involucrar cuidados personales.

3. El tratamiento se proporciona en un centro de atención de enfermería especializada certificado por Medicare.
4. Medicare cubrirá 100 días por cada periodo de beneficios, con costos compartidos entre Medicare y el beneficiario desde el día 21 al 100.

Seguro suplementario de Medicare ("Medigap")

Desde 2010, ninguna póliza de Medigap cubre beneficios de rehabilitación domiciliaria. Sin embargo, en el caso de las personas con planes más antiguos de Medigap (D, G, I y J), es posible que sus pólizas ofrezcan una cobertura que incluya beneficios de rehabilitación domiciliaria, lo cual equivale a $40 por visita, con un límite de $1,600 por año, en concepto de servicios de atención personal cuando Medicare cubra la atención médica domiciliaria especializada luego de una enfermedad o lesión. La atención personal incluye ayuda con actividades relacionadas con la vida diaria, que incluyen bañarse, vestirse, comer, ir al baño y trasladarse. Para que el plan de Medigap cubra una parte de la atención médica domiciliaria, el beneficiario primero debe reunir los requisitos para la atención domiciliaria de enfermería especializada conforme a Medicare.

Medicaid

Medicaid es un programa conjunto financiado por el gobierno federal, del estado y de la ciudad que cubre todas las necesidades relacionadas con la atención médica y la atención prolongada de las personas con bajos ingresos y bienes limitados. Para que una persona mayor que resida en su hogar dentro de la comunidad pueda acceder a Medicaid, deberá presentar una solicitud y demostrar que reúne los requisitos de elegibilidad financiera, junto con otros criterios. Se puede acceder al beneficio de atención médica domiciliaria que cubre Medicaid luego de que el médico que trata al paciente indique la necesidad de servicios de asistencia personal y especializada que se puedan proporcionar en el domicilio del paciente.

Para que Medicaid cubra el costo de una estadía en una residencia para ancianos, la persona debe reunir los requisitos de ingresos y recursos correspondientes. Deberán aportar la mayor parte de sus ingresos para los costos de la atención, y solo podrán quedarse con una pequeña asignación para necesidades personales.

Restricciones de Medicaid a la transferencia de bienes: Ante la posibilidad de tener que enfrentar los elevados costos de la atención prolongada en una residencia para ancianos o en el hogar, muchas personas que han acumulado bienes, a veces tienen en cuenta la opción de transferírselos a los familiares para poder acceder a la cobertura de Medicaid. Advertencia: **para que la transferencia sea legítima**, la persona mayor no podrá imponer cómo usar los fondos al familiar y, a su vez, éste tampoco podrá recibir ninguna suma en reintegro de la transferencia que efectuó.

Las leyes del estado de Nueva York establecen los siguientes requisitos y sanciones si una persona transfiere sus bienes para cumplir los requisitos de elegibilidad de Medicaid con el objeto de recibir servicios institucionales (tenga en cuenta que no se aplican sanciones a las transferencias de bienes para recibir la cobertura de Medicaid de la comunidad):

- Las transferencias a un fideicomiso que se hayan realizado 60 meses antes de solicitar la admisión en Medicaid tendrán como resultado un periodo de espera como sanción.
- Medicaid buscará los bienes que se hayan transferido 60 meses antes del mes en que se presentó la solicitud de cobertura. Si se transfirieron bienes durante el periodo retrospectivo que corresponde, el solicitante estará sujeto a un periodo de sanción a partir de la fecha en que se efectuó la transferencia. Se rechazará la cobertura de Medicaid durante la cantidad de meses en que se hubiese podido pagar la atención en una residencia de ancianos con los bienes transferidos.

La opción de planificación elimina el
"Ingreso excedente" para solicitantes de Medicaid

Las personas incapacitadas de cualquier edad que reciben servicios comunitarios de Medicaid, que incluyen atención domiciliaria, atención diurna de adultos y costos de medicamentos recetados, pueden usar la totalidad de sus ingresos para pagar los gastos de vida participando en un **fideicomiso para necesidades suplementarias**. Ya no es necesario que las personas contribuyan con su "excedente" o "consumo excedente" a Medicaid. El fondo fiduciario de ingresos conjuntos, administrado por una agencia sin fines de lucro, recibe el ingreso excedente mensual de la persona y lo redistribuye en su nombre según lo indique la persona o su representante legal. Consulte con un abogado especializado en atención de personas mayores o con un administrador de atención geriátrica competente para obtener más información sobre la planificación de sus bienes y el fideicomiso para necesidades complementarias.

Protección del cónyuge en la comunidad: Cuando uno de los cónyuges ingresa a una residencia para ancianos para recibir atención prolongada, se protege al cónyuge que se queda en el hogar del empobrecimiento que pueda sufrir por cubrir los costos del tratamiento. Las leyes federales y del estado de Nueva York exigen que se le permita al cónyuge quedarse con la casa, el auto, los efectos personales y una suma de dinero de sus bienes conjuntos. En 2011, conforme a Medicaid, el cónyuge puede retener un mínimo de $74,820 y un máximo de $109,560 en bienes, y un ingreso mensual de $2,739. Sin embargo, la protección del cónyuge (Community Spouse Protection) no se aplica cuando ambos cónyuges reciben atención domiciliaria. Cuando uno o ambos cónyuges reciben atención domiciliaria por medio del programa Medicaid, tienen derecho a conservar los niveles de ingresos y recursos exigidos por Medicaid que se mencionan en la página 44.

La ley les exige a los estados imponer una recuperación sobre el patrimonio, que es un reclamo sobre el patrimonio de la persona fallecida, incluida su vivienda, en concepto de lo que Medicaid pagó por la atención domiciliaria ofrecida o la atención proporcionada en una residencia de ancianos. Este derecho no puede exigirse hasta que hayan fallecido el cónyuge o hijo menor de edad superviviente.

SEGURO DE ATENCIÓN PROLONGADA

El seguro de atención prolongada paga todos o algunos de los gastos relacionados con la atención prolongada, incluida la atención necesaria en el hogar, en una residencia para ancianos, en un centro de la comunidad y en residencias asistenciales. Las personas contratan una póliza para proteger sus ingresos y recursos, y para mantener la independencia, el control económico y la opción de ampliar la atención.

El seguro de atención prolongada tiene beneficios y limitaciones. Para tomar una decisión informada, debe entender los términos de cobertura de la póliza. La mayoría de las pólizas de atención prolongada pagan una cantidad fija en dólares (por ejemplo, un máximo de $100 por día) por cada día que usted reúna los requisitos para recibir el nivel designado de atención prolongada. Contratar una póliza de atención prolongada asegura, como mínimo, la cobertura parcial de residencias de ancianos, atención domiciliaria u otros tipos de atención.

En 2010, varias compañías aseguradoras aumentaron el precio de la prima para los titulares de pólizas de seguro para atención prolongada. Si actualmente posee una póliza y considera que la nueva prima es demasiado costosa, comuníquese directamente con la compañía aseguradora. Es posible que analicen la posibilidad de modificar los beneficios para que la póliza sea más económica. Si deja de pagar sus primas, perderá la póliza y los pagos de las primas previas que efectuó.

Definiciones de limitación de la póliza de atención prolongada

Asegurabilidad: Todas las pólizas de atención prolongada están auditadas por un médico, por lo que las compañías pueden denegarle la cobertura. No obstante, las normas varían entre las distintas compañías; por lo tanto, una compañía puede denegarle cobertura mientras otra la acepta. En términos generales, usted debe contratar el seguro de atención prolongada antes de que necesite usar la póliza. Si desea contratar un seguro porque necesita los beneficios hoy, tendrá muchas dificultades para lograr que lo cubran.

Periodo de afecciones preexistentes: Limita el pago de beneficios a causa de una afección que ya existía a la fecha de entrada en vigencia de la cobertura. El límite solo puede aplicarse a las afecciones para las que un profesional de la salud recomendó o efectuó asesoramiento o tratamiento médico dentro del periodo de seis meses antes de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura. Cuando solicita cobertura, es importante ofrecer toda su información médica de manera fiel.

Periodo de eliminación o de espera: El periodo (por lo general, 30, 60 o 90 días) durante el cual se necesitan servicios de atención prolongada, pero anterior a que comiencen los beneficios de la póliza. Usted paga el 100% del costo de los servicios durante este periodo. Cuanto más largo sea el periodo de eliminación establecido en la póliza, más baja será la prima.

Activador de beneficios: Condiciones que deben existir para que el titular de la póliza pueda ser elegible para recibir los beneficios. Todas las pólizas del estado de Nueva York se basan en la imposibilidad del titular de la póliza de realizar una cierta cantidad de actividades de la vida diaria o en un trastorno cognitivo. Revise cuidadosamente cómo cada aseguradora determina su elegibilidad y cómo la póliza define los activadores de los beneficios.

Definiciones de los beneficios de la póliza de atención prolongada

Beneficio diario: Las pólizas de seguro por lo general pagan un monto fijo en dólares por día. Por ejemplo, una persona puede elegir una póliza que paga un beneficio diario de $200 para la cobertura en residencias para ancianos. Si el costo de la atención supera el monto de su beneficio diario, debe pagar la diferencia. Las compañías de seguro también asignarán un porcentaje del monto que la póliza cubrirá por servicios de atención domiciliaria, por lo general entre el 50% y el 100% de lo que la póliza cubrirá por atención en residencias para ancianos. Si recibir atención en su hogar es importante para usted, investigue la cobertura que la póliza ofrece para la atención domiciliaria.

Los costos varían dentro del país y del estado, por lo tanto, averiguar el costo promedio de la atención en su zona es un factor importante que debe tener en cuenta. Para obtener más información sobre el promedio de los costos de residencias para ancianos en Nueva York, visite www.health.state.ny.us/facilities/nursing/estimated_average_rates.htm.

Plazo del beneficio: La cantidad de años (por lo general 3 años, 5 años o 7-10 años) en los que la póliza cubrirá sus necesidades de atención prolongada, a partir de la conclusión del periodo de eliminación. Por ejemplo, si comienza a usar los beneficios de la póliza cuando tiene 70 años, una póliza por 3 años le ofrecerá los beneficios determinados en la póliza hasta que cumpla 73 años.

Protección contra inflación: La protección contra inflación establece aumentos al monto del beneficio diario que ayudan a compensar los aumentos esperados en el costo de los servicios de atención prolongada. La protección contra inflación está incorporada en la prima de la póliza, y los beneficios continúan aumentando durante la vigencia de la póliza.

Primas de seguros de atención prolongada

La edad de la persona al momento de la solicitud es un factor que determina la prima de la póliza. Otros factores, como la protección contra inflación, el monto del beneficio diario o la duración del periodo de eliminación, también influirán sobre la prima.

Se pueden hacer deducciones impositivas por las primas de atención prolongada para las pólizas enumeradas como aptas con fines impositivos. La deducción impositiva federal por el seguro de atención prolongada se declara como gasto médico que debe

exceder el 7.5% de su ingreso bruto ajustado. Dado que estas primas pueden ser costosas, especialmente para las personas mayores, esta deducción tiene la intención de ser un incentivo para la contratación de la cobertura. En 2011, los contribuyentes pueden deducir el costo de la prima de la póliza, hasta un máximo, por edad:

Edad del contribuyente: 40 años o menos	$340
Edad del contribuyente: 41-50 años	$640
Edad del contribuyente: 51-60 años	$1,270
Edad del contribuyente: 61-70 años	$3,390
Edad del contribuyente: 71 años o más	$4,240

Fuente: IRS Revenue Procedure: 2010-40

En el estado de Nueva York, puede declararse una deducción impositiva como un crédito impositivo ordinario igual al 20% de las primas con el formulario impositivo IT-249. El formulario impositivo IT-249 puede obtenerse en: www.tax.state.ny.us/pdf/2008/fillin/inc/it249_2008_fill_in.pdf.

Las instrucciones pueden consultarse en www.tax.state.ny.us/pdf/2005/inc/it249i_2005.pdf.

Tipos de pólizas de seguro de atención prolongada

En el estado de Nueva York, hay dos tipos de pólizas de seguro de atención prolongada: 1) los seguros privados tradicionales, no societarios; y 2) los seguros contratados conforme a la Sociedad para la Atención Prolongada del Estado de Nueva York (New York State Partnership for Long Term Care). Ambos tipos de pólizas pueden contratarse a través de una compañía de seguros, de un agente certificado o de ciertos empleadores que ofrecen el seguro de atención prolongada como beneficio.

Las pólizas de seguro privado tradicional no societario ofrecen flexibilidad y la posibilidad de personalizar las opciones de los beneficios de atención prolongada con una amplia variedad de precios. Por lo general, las pólizas se contratan por una cantidad específica de años y son válidas durante la vigencia del beneficio. No obstante, cuando finaliza el plazo de los beneficios, si aún necesita atención, la persona debe usar sus propios recursos para cubrir los gastos por la atención.

El programa de la Sociedad para la Atención Prolongada del Estado de Nueva York ha sido diseñado para asistir a los residentes de Nueva York con la planificación del costo de la atención prolongada. El programa de la sociedad combina el seguro privado de atención prolongada con la cobertura prolongada de Medicaid para ofrecerles a los neoyorquinos beneficios de atención prolongada durante toda la vida. Para usar los beneficios de la Cobertura prolongada de Medicaid, el beneficiario debe vivir en el estado de Nueva York.

Funciona de este modo: Cuando contrata una póliza de la sociedad y se activan los beneficios, usted empieza a usar la póliza de seguro privado, del mismo modo que el seguro tradicional de atención prolongada. No obstante, si agota la parte privada de los beneficios de la póliza, podrá usar los beneficios que se ofrezcan a través de la

cobertura prolongada de Medicaid sin tener que "consumir en exceso" los recursos para calificar para la cobertura de Medicaid. Esta disposición permite que el titular de una póliza de la Sociedad reciba el beneficio de cobertura de atención prolongada durante toda su vida sin tener que consumir todos sus recursos para reunir los requisitos de Medicaid; deben usarse los ingresos propios antes de que Medicaid pague los servicios.

Puede obtener más información sobre las pólizas de la Sociedad del Estado de Nueva York llamando a la línea directa de atención al consumidor de **la Sociedad para la Atención Prolongada del Estado de Nueva York al 1-888-697-7582** o ingresando en el sitio de web www.nyspltc.org.

Puede encontrar más información sobre el seguro de atención prolongada en el sitio web del Departamento de Seguros del estado de Nueva York (New York State Insurance Department): www.ins.state.ny.us/ltc/ltc_index.htm.

DIRECTIVAS ANTICIPADAS

SU DERECHO A TOMAR DECISIONES DE ATENCIÓN MÉDICA
SEGÚN LAS LEYES DE NUEVA YORK

Usted tiene derecho a tomar sus propias decisiones respecto de la atención médica, incluido el derecho de decidir qué tratamiento o atención médica aceptar, rechazar o descontinuar. Si no desea recibir ciertos tipos de tratamientos, debe hacer conocer a su médico, hospital u otros proveedores de salud estos deseos. Usted tiene el derecho de conocer la naturaleza completa de su enfermedad, incluidos los tratamientos propuestos, los tratamientos alternativos y los riesgos de estos procedimientos.

Debe hablar con su cónyuge, miembros de la familia, amigos cercanos y su médico para que lo ayuden a decidir si desea directivas anticipadas. Analice con ellos, *en forma anticipada*, cuáles serán las instrucciones personales para su cuidado.

Una directiva anticipada es un documento que especifica sus elecciones respecto del tratamiento médico. En Nueva York, existen tres tipos de directivas anticipadas:

1. Un poder para atención médica le permite designar a otra persona para tomar las decisiones médicas por usted en caso de que usted ya no pueda tomarlas. El "apoderado" que usted elige debe saber claramente cuáles son sus deseos respecto del tratamiento, debe estar disponible en caso que sea necesario discutir elecciones repentinas y debe aceptar la responsabilidad en caso de que surja la necesidad. Por lo general, su médico o el personal del hospital no pueden ser su "apoderado."
2. Un testamento en vida le permite explicar sus deseos en materia de atención médica y puede usarse para especificar sus deseos respecto de tratamientos o procedimientos de soporte vital administrados si usted está en estado terminal o permanentemente inconsciente. Este documento debe estar firmado, fechado y suscrito por testigos (pero no por su médico o un pariente cercano).
3. Una Orden de no reanimar (DNR) le permite especificar que no quiere reanimación cardiopulmonar (CPR) si su corazón deja de latir o si deja de respirar.

Las directivas anticipadas deben estar disponibles en caso de emergencia. No las guarde en una caja de seguridad. Entregue una copia a cada uno de sus médicos y al familiar que pudiera actuar como su "apoderado." Las copias son tan válidas como el original. Estos formularios están disponibles en los hospitales, el consultorio del médico y en el sitio web de las oficinas estatales: www.oag.state.ny.us. Los formularios son gratuitos, y no es necesario que intervenga un abogado para llenarlos.

INFORMACIÓN NUEVA

En virtud de la nueva Ley sobre Decisiones Familiares sobre Atención Médica (Family Health Care Decisions Act, en inglés), los familiares directos o un amigo cercano pueden actuar como representantes para tomar decisiones médicas, que incluyen la decisión respecto del mantenimiento o retiro de los tratamientos de soporte vital, en el caso de que el paciente haya perdido la capacidad de tomar estos tipos de decisiones y no haya preparado directivas anticipadas para especificar sus deseos. Incluso con la aprobación de esta nueva ley, es aconsejable que los ciudadanos de Nueva York preparen un poder de atención médica que le permita a la persona designada, denominada "representante de atención médica," tomar decisiones respecto de la atención médica, en nombre de una persona que haya perdido la capacidad de expresar sus decisiones. Su representante debe conocer sus deseos respecto de la alimentación e hidratación por sonda y vías intravenosas.

MEDICARE 2011

MONTOS DE LOS DEDUCIBLES, COSEGUROS Y PRIMAS DE MEDICARE ORIGINAL

Parte A: seguro hospitalario

Deducible	—	$1,132 (por periodo de beneficios)
Copago	—	$283 por día por el día 61-90 de cada periodo de beneficios
	—	$566 por día por cada "día de reserva de por vida"
Copago para instituciones de enfermería especializada	—	$141.50 por día por el día 21-100 de cada periodo de beneficios

Parte B: seguro médico

Prima mensual	—	$115.40
Deducible anual	—	$162
Coseguro	—	20% para la mayoría de los servicios; 45% para servicios de salud mental

Nota: Algunas personas de 65 años o más no cumplen con los requisitos de SSA para **el seguro hospitalario libre de prima (Parte A).** Si se encuentra dentro de esta categoría, puede obtener la Parte A pagando una prima mensual. Esto se llama "seguro hospitalario con prima." Si tiene menos de 30 trimestres de cobertura del Seguro Social, su prima de la Parte A será de $450 por mes**.** Si tiene entre 30 y 39 trimestres de cobertura del Seguro Social, su prima de la Parte A será de $248 por mes. Estos son los montos de la prima de la Parte A al 31 de diciembre de 2011.

Programas de ahorros de Medicare para beneficiarios de Medicare con bajos ingresos (2011)

	Límite de ingresos mensuales (después de las deducciones/exclusiones)	
	Individual	**Pareja**
QMB: Niveles de beneficiarios de Medicare calificados El estado de NY paga primas, deducibles y coseguros para quienes automáticamente reúnan los requisitos para la Parte A.	$907.50*	$1,225.83
SLMB: Niveles de beneficiarios de Medicare con bajos ingresos especificados El estado solo paga la prima de la Parte B de Medicare.	$1,089	$1,471
QI: Personas calificadas El estado solo paga la prima de la Parte B de Medicare.	$1,225.13	$1,654.88

*Puede también solicitar el QMB en caso de que gane menos de los rangos descritos anteriormente, pero no esté interesado en solicitar Medicaid.

MEDICAID 2011

Medicaid estándar

Niveles máximos de ingresos y bienes* para personas ciegas, incapacitadas o mayores de 65 años:

	Ingresos mensuales	Bienes
Individual	$767	$13,800
Pareja	$1,117	$20,100

**Los primeros $20 de ingresos están exentos. Las cifras antes mencionadas son previas a los $20 no considerados. Tiene permitido un estipendio de $1,500 por persona en un fondo destinado al entierro.*

Medicaid en residencias para ancianos

INGRESOS: Cuando un residente de una residencia para ancianos califica para recibir el mantenimiento de Medicaid, todos sus ingresos van a la institución, excepto $50 mensuales de pago para las necesidades personales del residente.

BIENES: Todos los bienes personales deben usarse en su totalidad en primer lugar para hacer frente a los gastos (excluida la residencia principal, el automóvil y los bienes personales).

PAREJAS CASADAS: Cuando uno de los cónyuges reúne los requisitos para permanecer en una residencia para ancianos, el cónyuge en la comunidad (el que se queda en el hogar) tiene derecho a retener ciertos ingresos y recursos que pertenecen a la pareja mientras que Medicaid paga por la atención del cónyuge en la residencia.

El cónyuge en la comunidad recibe:

Recursos: $74,820 mínimo; $109,560 máximo **Ingresos**: $2,739 mensuales

En la ciudad de Nueva York, la tarifa de pago de Medicaid es de $9,636 por mes para el cuidado en una residencia para ancianos.

Programas de ahorros de Medicare para beneficiarios de Medicare con bajos ingresos (2011)

	Límite de ingresos mensuales (después de las deducciones/exclusiones)	
	Individual	**Pareja**
QMB: beneficiario de Medicare calificado El estado de NY paga primas, deducibles y coseguros para quienes automáticamente reúnan los requisitos para la Parte A.	$907.50*	$1,225.83
SLMB: Niveles de beneficiarios de Medicare con bajos ingresos especificados El estado solo paga la prima de la Parte B de Medicare.	$1,089	$1,471
QI: Personas calificadas El estado solo paga la prima de la Parte B de Medicare.	$1,225.13	$1,654.88

**Puede también solicitar el QMB en caso de que gane menos de los rangos descritos anteriormente, pero no esté interesado en solicitar Medicaid.*

Cuadro para ingresos más altos de MEDICARE para 2011
Primas de la Parte B y recargo de la Parte D

Ingresos brutos ajustados modificados (MAGI)	**Prima mensual de la Parte B**	**Monto mensual de la prima para la cobertura de medicamentos recetados**
Personas con MAGI de $85,000 o **menos** / Matrimonio con MAGI de $170,000 o **menos**	Estándar de 2011 Prima = $115.40	La prima de su plan
Personas con MAGI **superiores a** $85,000 hasta $107,000 / Matrimonio con MAGI **superiores a** $170,000 hasta $214,000	Prima estándar + $46.10	La prima de su plan + $12.00
Personas con MAGI **superiores a** $107,00 hasta $160,000 / Matrimonio con MAGI **superiores a** $214,000 hasta $320,000	Prima estándar + $115.30	La prima de su plan + $31.10
Personas con MAGI **superiores a** $160,000 hasta $214,000 / Matrimonio con MAGI **superiores a** $320,000 hasta $428,000	Prima estándar + $184.50	La prima de su plan + $50.10
Personas con MAGI **superiores a** $214,000 / Matrimonio con MAGI **superiores a** $428,000 hasta $	Prima estándar + $235.70	La prima de su plan +$69.10

Para obtener más información, consulte la página web de la Administración del Seguro Social en www.ssa.gov

RECURSOS

Línea de atención de NYC HIICAP	311
www.nyc.gov/html/dfta/html/senior/hiicap.shtml	
Departamento para Personas Mayoresde Nueva York	311
www.nyc.gov/html/dfta/html/home/home.shtml	
AARP	1-212-758-1411
www.aarp.org	
Access-A-Ride	1-877-337-2017
www.mta.info/mta/ada/paratransit.htm	
Advocacy, Counseling and Entitlement Services Project (ACES)	1-212-614-5552
Procuraduría de Fraude y Protección a los Consumidores	1-800-771-7755
www.oag.state.ny.us	
Catholic Charities of NY	1-212-371-1000
www.catholiccharitiesny.org	
Center for the Independence of the Disabled in New York (Centro para la Autonomía de los Incapacitados en Nueva York)	1-212-674-2300
www.cidny.org	
Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS)	1-800-MEDICARE
www.cms.gov	
Child Health Plus	1-800-698-4543
http://www.health.state.ny.us/nysdoh/chplus/index.htm	
Community Service Society of New York	1-212-254-8900
www.cssny.org	
Localizador de cuidados para personas mayores	1-800-677-1116
www.eldercare.gov	
Programa de cubrimiento del seguro farmacéutico para las personas mayores (EPIC)	1-800-332-3742
www.health.state.ny.us/health_care/epic/index.htm	
Family Health Plus	1-877-934-7587
www.health.state.ny.us/nysdoh/fhplus/what_is_fhp.htm	
Federation of Protestant Welfare Agencies	1-212-777-4800
www.fpwa.org	
Health Pass	1-888-313-7277
www.healthpass.com	
Healthy NY	1-866-HEALTHY NY
www.healthyny.com	
HEAR NOW (entrega prótesis auditivas a personas con recursos limitados)	1-800-648-4327
www.sotheworldmayhear.org/hearnow/	
Health and Hospitals Corporation (la Corporación de Salud y Hospitales, HHC)	311
http://www.nyc.gov/html/hhc/html/access/hhc_options.shtml	
Línea de información de HRA: para todos los programas de HRA, incluidas las estampillas para alimentos, asistencia pública y Medicaid	1-877-472-8411

Hospice Foundation of America www.hospicefoundation.org	1-800-854-3402
Instituto Puertorriqueño/Hispano Para Personas Mayores, Inc. www.iprhe.org	1-212-677-4181
IPRO (quejas sobre la calidad de la atención hospitalaria durante la internación)	1-800-331-7767
IPRO (para apelar el alta hospitalaria) www.ipro.org	1-800-446-2447
LawHelp.org (para obtener servicios legales, incluidos servicios gratuitos de abogados) www.lsny.org	
Centro de recursos de seguros para atención prolongada	1-212-676-0629
Apelaciones de las altas hospitalarias de Medicaid (IPRO)	1-800-648-4776
Derivaciones de Medicaid a proveedores que acepten Medicaid	1-800-541-2831
Coordinación de beneficios de Medicare	1-800-999-1118
Línea de denuncia de fraudes de Medicare (Oficina del Inspector General, DHHS)	1-800-447-8477
Línea de atención de Medicare	1-800-MEDICARE
Medicare Rights Center www.medicarerights.org	1-800-333-4114
National Counsel on Aging www.ncoa.org	
National Health Information Center (Centro Nacional de Información de Salud) www.health.gov/nhic	1-800-336-4797
Tarjeta New York Prescription Saver https://nyprescriptionsaver.fhsc.com	1-800-788-6917 TTY 1-800-290-9138
Departamento de Salud del Estado de Nueva York www.nyc.gov/html/doh/htm	311
New York City Long Term Care Ombudsman Program (Programa del Defensor del Pueblo para la Atención Prolongada) www.nyfsc.org/services/ombuds.html	1-212-962-2720
Departamento de Salud del Estado de Nueva York: quejas sobre HMO	1-800-206-8125
Departamento de Seguros del Estado de Nueva York www.ins.state.ny.us	1-800-342-3736
Departamento de Seguros del Estado de Nueva York (en la ciudad de Nueva York)	1-212-480-6400
Línea de atención de Medicaid en el estado de Nueva York www.nyhealth.gov/health_care/medicaid	1-800-541-2831
NYS Office for the Aging: Línea de atención a personas mayores (La Oficina del Estado de Nueva York para Personas Mayores) www.aging.ny.gov	1-800-342-9871
NYS Office of Professional Medical Conduct (Oficina de Conducta Médica Profesional del Estado de Nueva York) - quejas sobre el control de calidad de los médicos	1-800-663-6114

NYU Dental Clinic (Clínica odontológica de NYU)	1-800-998-9800
www.nyu.edu/dental	
Información sobre la jubilación para empleados ferroviarios	1-800-833-4455
www.rrb.gov	
SMP (antes conocida como Senior Medicare Patrol) en el estado de Nueva York.....	1-877-678-4697
Administración del Seguro Social.....	1-800-772-1213
www.socialsecurity.gov	TTY 1–800–325–0778
United Jewish Communities	1-212-284-6500
www.ujc.org	
Departamento de Asuntos de los Veteranos.....	1-800-827-1000
www.va.gov	

Recursos para obtener medicamentos recetados gratis o a bajo costo

RX Hope: solicite medicamentos con descuento y gratuitos directamente a través del sitio web. www.rxhope.com o 1-877-979-4673

Partnership for Prescription Assistance: ayuda a las personas a acceder a medicamentos recetados gratis o a bajo costo. También ofrece programas que ayudan a pagar el copago. www.pparx.org o 1-888-4PPA-NOW

Benefits Check Up: ayuda a las personas a encontrar los beneficios y servicios a su disposición. www.benefitscheckup.org

NeedyMeds.com: Ofrece información sobre medicamentos y programas para pacientes y explica cómo solicitarlos. www.needymeds.com

National Association of Boards of Pharmacies (NABP): le permite buscar farmacias en Internet que estén certificadas como distribuidores garantizados. www.nabp.net

Together Rx Access: tarjeta de descuentos para medicamentos recetados disponible para las personas cuyos ingresos cumplen las pautas y no son beneficiarios de Medicare ni tienen cobertura para medicamentos recetados. www.togetherrxaccess.com

National Organization for Rare Diseases (NORD): ayuda a personas no aseguradas o con seguros insuficientes que tienen determinadas enfermedades a acceder a los medicamentos que necesiten. www.rarediseases.org/programs/medication

Otros recursos en Internet

Departamento de Trabajo: Información sobre la COBRA, la antracosis, etc. –

www.DOL.gov

Comparación de planes odontológicos:www.dentalplans.com

Departamento de Salud y Servicios Humanos:www.hhs.gov

HealthFinder.gov: acceso a la información específica sobre distintas enfermedades

Families USA: información sobre pólizas de atención de la salud; www.familiesusa.org

Kaiser Family Network: información sobre pólizas de atención médica;

www.kaisernetwork.org

National Health Policy Forum: www.nhpf.org

Un portal específico para personas mayores dirigido especialmente a las personas mayores; www.seniors.gov

Oficinas de Medicaid en la ciudad de Nueva York

Los solicitantes de Medicaid pueden llamar a la Línea de atención de Medicaid al (888) 692-6116 para encontrar la oficina de Medicaid más próxima, averiguar el horario de atención, y cómo llegar. Los residentes de la ciudad de Nueva York pueden solicitar la cobertura en cualquiera de las oficinas de los cinco condados.

Oficina Central de Medicaid:

Central Medicaid Office, 340A West 34th Street. New York, NY 10001 (888) 692-6116

Manhattan

Bellevue Hospital: 462 First Avenue & 27th Street, Admin. Edificio "G" Link, piso 1 (212) 679-7424

Metropolitan Hospital: 1901 First Avenue, piso 1, Oficina 1D-27 (entrada por 97th Street y 2nd Ave). (212) 423-7006

Oficina de Medicaid en el barrio chino: 115 Christie Street, piso 5. (212) 334-6114

Oficina de Medicaid en Manhattanville: 520-530 West 135th Street, 1 piso. (212) 939-0207/0208

Bronx

Lincoln Hospital: 234 East 149th Street, Sótano, Oficina B-75. (718) 585-7872/7920

North Central Bronx Hospital: 3424 Kossuth Avenue, piso 1, oficina 1A05. (718) 920-1070

Morrisania Diagnostic & Treatment Center: 1225 Gerard Avenue, Sótano. (718) 960-2752/2799

Bronx Lebanon Hospital: 1316 Fulton Avenue, piso 1. (718) 860-4634/4635

Brooklyn

Oficina de Medicaid en Boreum Hill: 35 Fourth Avenue. (718) 623-7427/7428

Oficina de Medicaid en Coney Island: 30-50 West 21st Street. (718) 333-3000/3001

Oficina de Medicaid en Bushwick: 30 Thornton Street, Sótano. (718) 963-4454

East New York Diagnostic and Treatment Center: 2094 Pitkin Avenue, Sótano. (718) 922-8292/8293

Kings County Hospital: 441 Clarkson Avenue, Edificio "T", Residencia de enfermería, piso 1. (718) 221-2300/2301

Queens

Oficina de Medicaid en Jamaica: 165-08 88th Avenue, piso 6. (718) 883-8264

Oficina de Medicaid en Elmhurst Hospital: 79-01 Broadway, Oficina D4-17. (718) 476-5904

Oficina de Medicaid en Far Rockaway: 219 Beach 59th Street, piso 2. (718) 634-6910

Staten Island

Oficina de Medicaid en Staten Island: 215 Bay Street. (718) 420-4660/4732

NOTAS