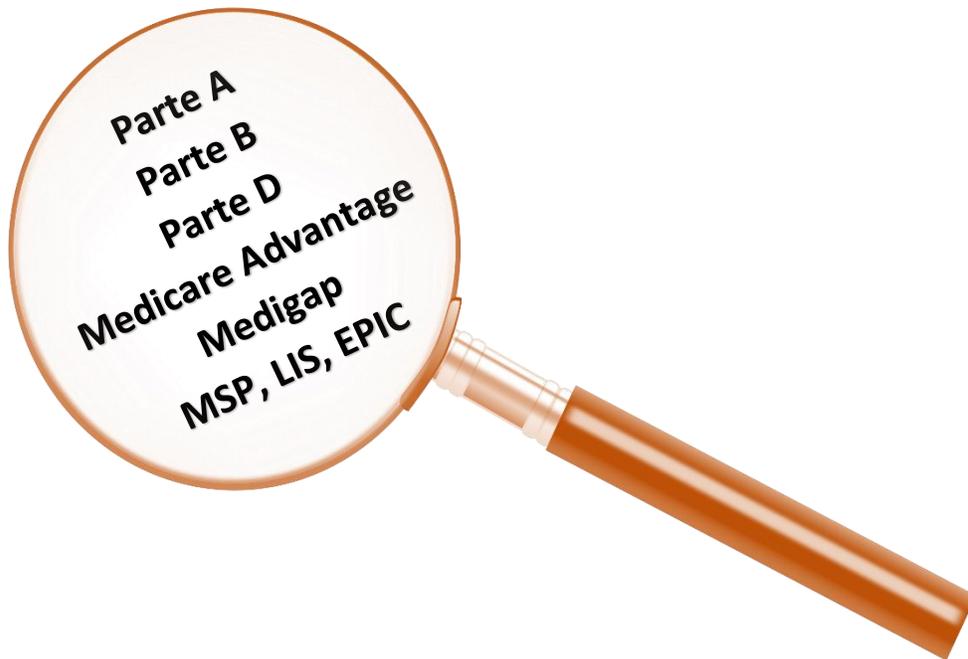


# Más detalles acerca del Medicare y sus beneficios para los Neoyorquinos

## 2021



**HIICAP**  
Health Insurance Information,  
Counseling and Assistance  
Program

Medicare questions? Call Aging Connect at 212-244-6469



**HIICAP**  
Health Insurance Information,  
Counseling and Assistance  
Program

Medicare questions? Call Aging Connect at 212-244-6469

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, por sus siglas en inglés) con el fin de ayudar a los adultos mayores de Nueva York a entender mejor las opciones de cobertura médica disponibles actualmente en la ciudad. Los temas incluyen las Partes A y B de Medicare, el seguro "Medigap", los planes médicos Medicare Advantage, la Parte D de Medicare, los Programas de Ahorros de Medicare, y Medicaid. La información detallada en este documento es válida en el momento de su impresión. ¡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 a responder sus preguntas. Llame al Departamento de Personas Mayores de Nueva York, la línea de Aging Connect 212-244-6469, y pide hablar con uno de los consejeros de Medicare de HIICAP

Tenemos consejeros de HIICAP disponibles para hablar con usted por teléfono o reunirse con usted en persona en un lugar mas cercano a usted. Solo tiene que llamar a nuestra línea de ayuda para obtener información sobre el consejero de HIICAP más cercano.

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

[www.nyc.gov/aging](http://www.nyc.gov/aging)

<https://aging.ny.gov/programs/medicare-and-health-insurance>

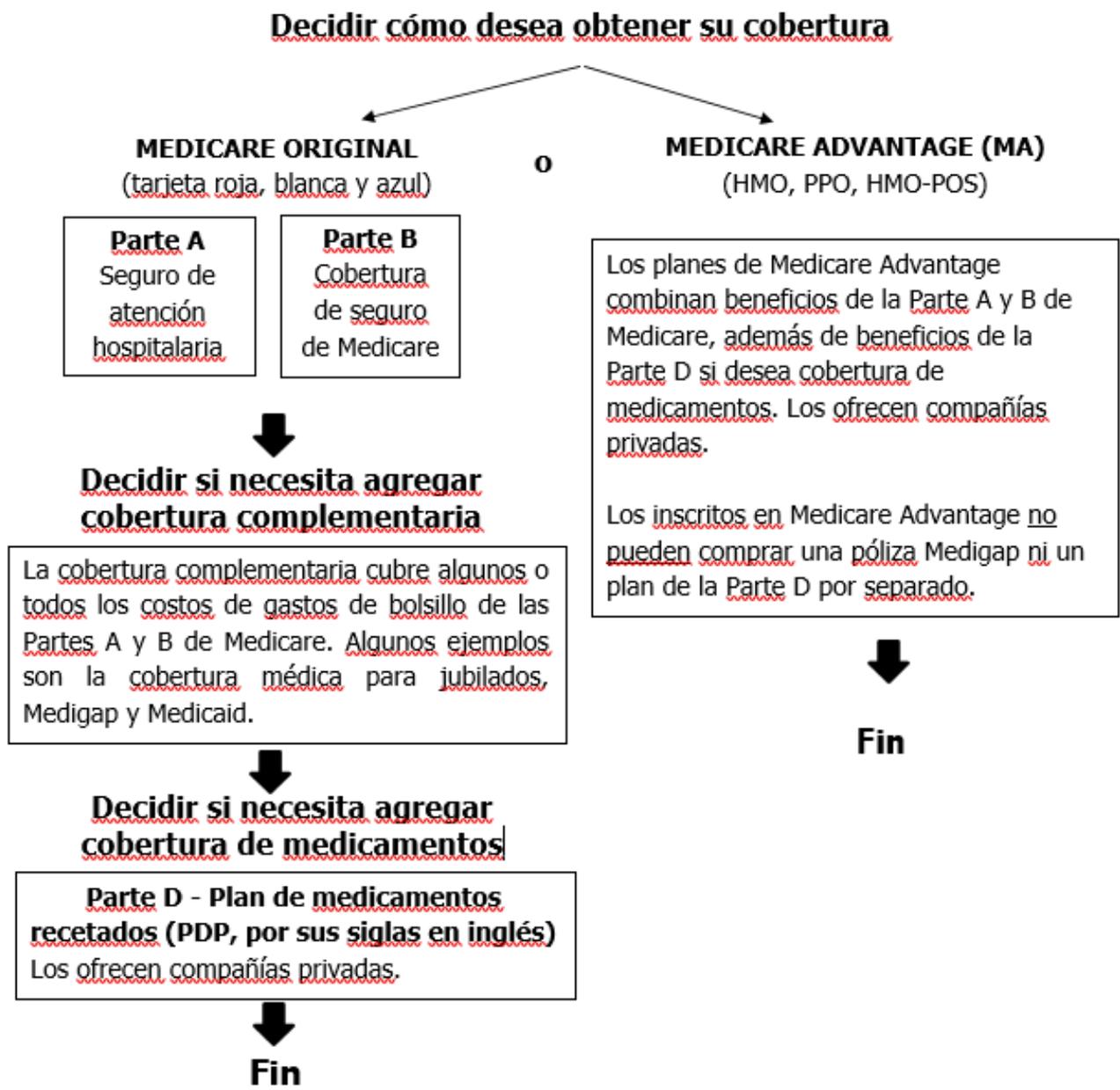
Este proyecto fue apoyado, en parte, por la subvención número 90SAPG0033 de la Administración para la Vida Comunitaria, Departamento de Salud y Servicios Humanos, Washington, D.C. de Estados Unidos. 20201.

| <b>ÍNDICE</b>   |               |
|---|---------------|
|   | <b>Página</b> |
| <b>Cuadro de opciones de cobertura de Medicare-----</b>   | <b>3</b>      |
| <b>Medicare-----</b>  | <b>4</b>      |
| <b>Parte A-----</b>   | <b>8</b>      |
| <b>Parte B-----</b>   | <b>10</b>     |
| <b>Servicios preventivos -----</b>  | <b>15</b>     |
| <b>Medicare como el pagador secundario (para personas con otras coberturas de seguro médico, incluida la cobertura proporcionada por empleadores) -----</b> | <b>18</b>     |
| <b>Seguro suplementario de Medicare (Medigap) -----</b>   | <b>21</b>     |
| <b>Planes de Medicare Advantage (HMO, PPO, HMO-POS, SNP)--</b>  | <b>29</b>     |
| <b>Parte D de Medicare: cobertura para medicamentos recetados -----</b>   | <b>35</b>     |
| <b>Ayuda adicional para pagar la Parte D -----</b>  | <b>39</b>     |
| <b>Cobertura de Seguro Farmacéutico para Personas Mayores (EPIC) -----</b>  | <b>42</b>     |
| <b>Programas de ahorros de Medicare -----</b>   | <b>45</b>     |
| <b>Fraude y abuso de Medicare -----</b>   | <b>48</b>     |
| <b>Medicaid para personas mayores de 65 años, ciegas discapacitadas -----</b>   | <b>50</b>     |
| <b>Atención obligatoria prolongada administrada por Medicaid-----</b>   | <b>54</b>     |
| <b>NY State of Health/Health Insurance Exchange-----</b>  | <b>58</b>     |
| <b>Medicaid para personas menores de 65 años que no son ciegas ni discapacitadas -----</b>  | <b>59</b>     |
| <b>Plan esencial -----</b>  | <b>61</b>     |
| <b>Plan médico calificado -----</b>   | <b>61</b>     |
| <b>Beneficios para veteranos y TRICARE for Life -----</b>   | <b>63</b>     |
| <b>Otras opciones de cobertura médica para los neoyorquinos--</b>   | <b>66</b>     |
| <b>Directivas anticipadas -----</b>   | <b>68</b>     |
| <b>Cuadros de requisitos -----</b>  | <b>69</b>     |
| <b>Sedes de Medicaid-----</b>   | <b>71</b>     |
| <b>Monto de ajuste mensual acorde a su ingreso (IRMAA, por sus siglas en inglés)-----</b>   | <b>72</b>     |
| <b>Definiciones de términos de seguros médicos-----</b>   | <b>73</b>     |
| <b>Recursos-----</b>  | <b>74</b>     |

## ELECCIONES DE COBERTURA DE MEDICARE

Todos los que tienen Medicare pueden elegir la manera en que obtienen cobertura.

Existen dos formas principales de obtener cobertura: Medicare Original o un plan de Medicare Advantage. A continuación figura un árbol de decisión para ayudarlo a tomar su decisión.



# MEDICARE

Medicare es un programa de seguro de salud nacional para personas de 65 años o más, ciertas personas más jóvenes con discapacidades y personas con insuficiencia renal (enfermedad renal terminal o ESRD, por sus siglas en inglés).

Los principales componentes de Medicare son:

Parte A: seguro hospitalario

Parte B: seguro médico

Parte D: cobertura para medicamentos recetados

Los beneficiarios de Medicare pueden optar por obtener sus beneficios de Medicare a través de Medicare Original o de un Plan Medicare Advantage, a veces denominado Parte C. Los planes Medicare Advantage son administrados por compañías privadas y proporcionan todos los beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare, así como la cobertura de medicamentos de la Parte D, a través de atención administrada. Cuando una persona se inscribe en un plan Medicare Advantage, recibe la cobertura de Medicare a través de ese plan privado y no a través de "Medicare Original". Consulte la página 3 para ver una tabla resumida de estas opciones.

## ¿Quién puede inscribirse en Medicare?

- Edad: Es elegible para Medicare si tiene 65 años de edad o más y es un
  - ciudadano de los Estados Unidos o
  - residente permanente legal de al menos cinco años consecutivos (si no es elegible para el Seguro Social).
- Las personas menores de 65 años pueden calificar para Medicare
  - después de recibir el Seguro por Discapacidad del Seguro Social (SSDI, por sus siglas en inglés) durante 24 meses. Las personas con esclerosis lateral amiotrófica (ALS, por sus siglas en inglés) reúnen los requisitos a partir del primer mes en que reciben SSDI.
  - Las personas con enfermedad renal terminal (ESRD, por sus siglas en inglés) reúnen los requisitos para recibir Medicare, independientemente de su edad. Es posible que un trabajador, su cónyuge (incluidos los cónyuges del mismo sexo) y sus hijos reúnan los requisitos para inscribirse en Medicare, según los antecedentes laborales del trabajador, si reciben diálisis continua por insuficiencia renal permanente o si recibieron un trasplante de riñón, incluso si ningún otro miembro de la familia recibe Medicare.

## Cómo difiere la elegibilidad para la Parte A frente a la Parte B:

- Para calificar para la Parte A libre de prima a los 65 años, usted o su cónyuge (incluso cónyuges del mismo sexo) deben estar asegurados mediante el Seguro Social (al haber obtenido 40 trimestres de cobertura). Si no tienen cuarenta (40) trimestres de cobertura, todavía es posible obtener Medicare al pagar una prima para la Parte A a los 65 años.

- No necesita 40 trimestres de cobertura para reunir los requisitos para la Parte B; uno debe ser ciudadano estadounidense o residente legal permanente por cinco (5) años consecutivos.

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 [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov).

### **¿Cómo me inscribo en Medicare?**

Algunas personas se inscriben automáticamente en Medicare, mientras que otras necesitan ser proactivas. Es importante comprender las reglas de inscripción para la Parte A y la Parte B a fin de evitar una multa por inscripción tardía (LEP, por sus siglas en inglés) y/o una brecha en la cobertura médica.

Las siguientes personas son **inscritas automáticamente** en Medicare cuando son elegibles por primera vez:

- Si ya recibe 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. Debe tener la Parte A si está cobrando un beneficio del Seguro Social; si desea renunciar a los beneficios de la Parte B de Medicare, siga las instrucciones enviadas por correo junto con la tarjeta de Medicare.
- Si recibe beneficios del Seguro por Discapacidad del Seguro Social (SSDI, por sus siglas en inglés), recibirá automáticamente una tarjeta de Medicare por correo después de haber recibido sus beneficios por discapacidad del Seguro Social durante 24 meses consecutivos. Debe tener la Parte A si está cobrando un beneficio del Seguro Social; si desea renunciar a los beneficios de la Parte B de Medicare, siga las instrucciones enviadas por correo junto con la tarjeta de Medicare.

Si no recibe los beneficios del Seguro Social a medida que se acerca a los 65 años y desea recibir sus beneficios de Medicare a los 65 años, es importante comprender los **tres períodos de inscripción**: período inicial de inscripción, período especial de inscripción y período general de inscripción, que se detallan a continuación.

### **Periodo inicial de inscripción (IEP, por sus siglas en inglés)**

Si no recibe beneficios del Seguro Social cuando cumpla 65 años y desea inscribirse en la Parte B de Medicare, tiene un período inicial de inscripción (IEP, por sus siglas en inglés) de siete meses para inscribirse en Medicare. El IEP comprende los tres meses antes de cumplir 65 años, el mes en que cumpla 65 años y los tres meses siguientes. El momento en que se inscriba en la Parte B determinará cuándo comenzará su cobertura de la Parte B.

- Si se inscribe en los **tres meses previos a su cumpleaños**, la cobertura de Medicare entrará en vigencia el primer día del mes de su cumpleaños.

- Si se inscribe en el **mes de su cumpleaños**, su cobertura entrará en vigencia el primer día del mes siguiente.
- Si se inscribe en el **mes posterior a su cumpleaños**, su cobertura entrará en vigencia dos meses más tarde.
- Si se inscribe **dos o tres meses después de su cumpleaños**, su cobertura entrará en vigencia tres meses más tarde.

**Nota:** Las personas nacidas el primer día del mes son elegibles para Medicare a partir del primer día del mes anterior.



### Periodo especial de inscripción (SEP, por sus siglas en inglés)

Si usted o su cónyuge tienen un empleo activo y un seguro de salud por parte de ese empleador o sindicato actual/activo, es posible que no necesiten inscribirse en la Parte B de Medicare cuando reúnan los requisitos por primera vez; comuníquese con su empleador o sindicato para averiguar si debe inscribirse en la Parte B.

Tener una cobertura activa proporcionada por el empleador le permite calificar para un SEP para inscribirse en la Parte B mientras aún trabaja, o dentro de los 8 meses posteriores al mes en que pierde la cobertura de salud activa proporcionada por el empleador. Necesitará que su empleador complete un formulario, CMS-L564, donde aporte pruebas de la cobertura de seguro de salud proporcionada por el empleador. Este formulario está disponible en <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/Downloads/CMS-L564E.pdf>

CONSEJOS para aquellos con cobertura proporcionada por el empleador:

- ✓ Ya no puede contribuir a una Cuenta de Ahorros de Salud (HSA, por sus siglas en inglés) si está inscrito en la Parte A de Medicare. Consulte la página 8 para obtener información sobre cómo inscribirse en la Parte A.
- ✓ La cobertura de **COBRA** NO es un seguro médico de un empleador activo y, por lo tanto, no permite que uno califique para un Período especial de inscripción.



## Período general de inscripción (GEP, por sus siglas en inglés)

Si no se inscribe durante su IEP y no califica para un SEP debido a la cobertura activa proporcionada por el empleador, deberá esperar hasta el período general de inscripción (GEP, por sus siglas en inglés) para inscribirse en la Parte B. El GEP es el período comprendido entre el 1 de enero al 31 de marzo de cada año, pero la cobertura de la Parte B no comenzará hasta el 1 de julio. Además, puede estar sujeto a una multa por inscripción tardía. La multa por inscripción tardía es una multa del 10% de la prima por cada 12 meses completos en los que no tuvo Medicare Parte B ni la cobertura de un empleador actual. Esto significa que, si retrasó la inscripción en la Parte B por 12 meses, pagaría la prima de la Parte B + un recargo de la prima del 10% en función de la prima estándar de la Parte B para el año en curso.

Debe solicitar los beneficios de Medicare ante la Administración del Seguro Social. Puede llamar al 1-800-772-1213, dirigirse a una oficina local del Seguro Social o inscribirse en línea en [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov).

### ¿Cuándo es el período general de inscripción?



La **inscripción en la Parte A de Medicare** es más flexible que la Parte B. Las personas elegibles para la Parte A sin prima a los 65 años pueden inscribirse en la Parte A de Medicare en cualquier momento, y la cobertura puede ser retroactiva hasta seis meses, aunque no antes de la fecha en que se convierten elegibles para Medicare. Los que no tienen 40 trimestres de cobertura a través del Seguro Social pueden solicitar la Parte A y pagar una prima. Estas personas solo pueden inscribirse durante el período inicial de inscripción y, posteriormente, solo durante el período general de inscripción del 1 de enero al 31 de marzo, con cobertura vigente desde el 1 de julio. Estas personas podrán recibir una multa por inscripción tardía.

**Reemplazo de la tarjeta de Medicare:** Las tarjetas de Medicare solían tener un número de Seguro Social como identificador. Para fines de 2018, todos los beneficiarios de Medicare deberían haber recibido una tarjeta de Medicare con un identificador asignado aleatoriamente, conocido como identificador de beneficiario de Medicare (MBI, por sus siglas en inglés). El MBI está compuesto por 11 caracteres que consisten en letras mayúsculas y números. Los cónyuges tendrán cada uno su MBI único, sin importar si alguno de ellos tiene Medicare basado en el registro laboral del otro. Si necesita reemplazar su tarjeta de Medicare, llame al 1-800-MEDICARE o inicie sesión en su cuenta MyMedicare.gov para imprimir una.

## **Opciones en el programa Medicare**

Los beneficiarios de Medicare tienen una opción respecto de la manera en que reciben sus beneficios de Medicare (ver en la página 3 el diagrama de decisiones). Pueden recibir Medicare Original, en el que utilizan su tarjeta de Medicare azul, blanca y roja para todos los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, o pueden recibir los beneficios de Medicare a través del plan Medicare Advantage, en el que una compañía privada provee todos los beneficios de Medicare. Los inscriptos en Medicare Advantage no pueden presentar facturas a Medicare. Esta sección explica cómo funciona Medicare Original así como también los costos del programa de Medicare Original. Consulte la página 29 para obtener información sobre los planes de Medicare Advantage.

### **Beneficios de la Parte A de Medicare**

La Parte A de Medicare cubre la atención hospitalaria con internación, la atención en instituciones de enfermería especializada, la atención domiciliar 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.***

#### **Atención hospitalaria con internación:**

Medicare paga hasta 90 días de atención médica necesaria en un hospital general o psiquiátrico certificado por Medicare durante cada período de beneficios. Un **período 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 período de beneficios, comenzará otro cada vez que reciba atención hospitalaria con internación. Los beneficiarios de Medicare tienen 60 días de reserva de por vida que pueden utilizarse después del día 90 de un período de beneficios.

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

La Parte A de Medicare 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 mientras el paciente está hospitalizado. 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.

**Atención en Centro de enfermería especializada:**

La atención en un Centro de Enfermería Especializada (SNF, por sus siglas en inglés) está cubierta por la Parte A de Medicare después de una estadía mínima de tres días como paciente hospitalizado (sin contar el día del alta). Medicare ayudará a pagar hasta 100 días en un Centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) en un período de beneficios.

**Estatus de observación**

Se exige a los hospitales que envíen una Notificación de Observación de Paciente Ambulatorio de Medicare (MOON, por sus siglas en inglés) a los beneficiarios de Medicare si están bajo "observación" durante más de 24 horas. Las observaciones están cubiertas por la Parte B y no por la Parte A, y no cuentan para la estadía mínima de internación de 3 días que permite la cobertura de la Parte A de Medicare en un Centro de enfermería especializada.

**Atención médica a domicilio:** Si está confinado en su domicilio y requiere atención especializada por una lesión o enfermedad, Medicare puede pagar la atención provista en su domicilio a través de una agencia de atención médica domiciliaria que forme parte de Medicare. La atención a domicilio puede estar cubierta por la Parte A o la Parte B, y está cubierta al 100%. La Parte A cubre hasta 100 días de atención domiciliaria después de un mínimo de 3 días de internación o una estadía cubierta en un Centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés). La Parte B cubre la atención domiciliaria en otras circunstancias; no se requiere una estancia anterior en el hospital para reunir los requisitos a fin de recibir la atención médica a domicilio. Se pueden prestar los servicios por tiempo parcial o de modo intermitente, no por tiempo completo. Se ofrece cobertura de atención especializada, incluida la atención de enfermería especializada, fisioterapia, terapia ocupacional y del habla. Si está recibiendo atención a domicilio especializada, es posible que también reúna los requisitos para otros servicios de atención domiciliaria, tales como un asistente de atención médica domiciliaria y un trabajador social médico.

Quienes tienen a la vez Medicare y Medicaid y reciben servicios de atención médica a domicilio cubiertos por Medicaid deberán inscribirse en un plan de atención administrada a largo plazo (MLTC, por sus siglas en inglés). Consulte la página 54 para obtener más información sobre la MLTC.

**Atención en hogares para enfermos terminales:** Los beneficiarios de Medicare que padecen una enfermedad terminal pueden optar por recibir atención en un hogar para enfermos terminales en lugar de los beneficios regulares de Medicare. La atención en hogares para enfermos terminales está dirigida a ofrecer bienestar y alivio del dolor. Este tipo de atención generalmente se brinda en el hogar y puede incluir atención física, asesoramiento, medicamentos recetados, equipos y suministros para la enfermedad terminal y afecciones relacionadas.

### **Costos de la Parte A (2021)**

**Prima:** sin prima para la mayoría de las personas porque ellos o su cónyuge tienen como mínimo 40 trimestres de cobertura con el Seguro Social.

- Los que no tienen 40 trimestres de cobertura a través del Seguro Social pueden pagar una prima mensual para obtener la cobertura de la Parte A.
  - Si tiene menos de 30 trimestres de cobertura del Seguro Social, su prima de la Parte A será de \$474 por mes. Si tiene entre 30 y 39 trimestres de cobertura del Seguro Social, su prima de la Parte A será de \$259 por mes.
  - El Programa de ahorro de Medicare QMB podría estar en condiciones de pagar la prima de la Parte A para los que no pueden solicitar la Parte A sin prima. Ver la página 47.

### **Costos para pacientes internados:**

**Deducible:** \$1,484 por período de beneficios (cubre de los días 1 a 60)

### **Costo compartido adicional:**

- \$371 por día, entre los días 61 y 90
- \$742 por día de reserva de por vida (60 días)

### **Costos de atención en Centro de enfermería especializada:**

Días 1 a 20: Medicare paga el 100%

Días 21 a 100: \$185.50 por día

Si necesita más de 100 días de atención en un período de beneficios, usted será responsable de todos los gastos a partir del día 101. **Nota: La estadía en una institución de enfermería especializada no se considera atención prolongada.**

## **Beneficios de la Parte B de Medicare**

La Parte B de Medicare cubre una amplia gama 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 brinda en el domicilio, el consultorio del médico, la clínica, una residencia para ancianos o en un hospital. Servicios cubiertos de la Parte B:

- Servicios médicos
- Servicios hospitalarios como paciente ambulatorio
- Salud mental
- Sangre, después de las primeras 3 pintas
- Traslado en ambulancia
- Terapia física, ocupacional y del habla
- Análisis preventivos y exámenes de detección
- Vacunas contra la gripe, el COVID-19, la neumonía y la hepatitis B
- Medicamentos inyectables
- Radiografías
- Análisis de laboratorio (cubiertos al 100%)
- Equipo médico duradero
- Suministros médicos (incluidas lancetas y tiras reactivas que se utilizan junto con monitores de glucosa en sangre)
- Atención domiciliaria (ver página 9)

Medicare no paga la atención oftalmológica de rutina (anteojos), audífonos, odontología, exámenes físicos anuales de rutina y otros servicios excluidos.

***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?**

Los beneficiarios de la Parte B de Medicare son responsables de pagar una prima mensual, un deducible anual y un coseguro para la mayoría de los servicios. A los beneficiarios que reciben beneficios de Seguro Social se les deduce la prima mensual de su cheque de pago. A quienes no lo reciben se les facturará su prima, generalmente en forma trimestral.

#### **Costos de la Parte B (2021)**

La **prima** mensual estándar es de \$148.50. Alrededor del 4% de los beneficiarios de Medicare pagan menos que este monto.

- Las personas con mayores ingresos (más de \$88,000 por persona; \$176,000 en el caso de matrimonios) pagarán primas más altas, lo que se conoce como monto de ajuste mensual de Medicare por ingresos (IRMAA, por sus siglas en inglés). El Seguro Social determina si las personas deben pagar el IRMAA al considerar las declaraciones de impuestos de los dos últimos dos (2) años. El monto del IRMAA se reevalúa cada año. Por ejemplo, en 2021, la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) tiene en cuenta su declaración de impuestos de 2019. Puede solicitar que la SSA reconsidere su monto del IRMAA debido a un acontecimiento de salud de consecuencias irreversibles mediante la presentación del formulario SSA-44 ([www.ssa.gov/forms/ssa-44-ext.pdf](http://www.ssa.gov/forms/ssa-44-ext.pdf)). Consulte la página 75 para obtener más información sobre los montos IRMAA actuales.

**Deducible anual:** \$203

**Coseguro:** 20% (Medicare paga el 80% de los cargos aprobados por Medicare)

### **¿Cómo puedo obtener ayuda para compartir costos en Medicare Original?**

Hay varias maneras de ayudar a cubrir los costos compartidos en Medicare Original, que incluyen:

- **El seguro suplementario de Medicare (Medigap)**, que ayuda a los beneficiarios de Medicare a pagar su parte de los costos no cubierta 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 21 para obtener información sobre las pólizas de Medigap.
- Los **beneficios para jubilados o sindicales** pueden funcionar con Medicare Original. Hable con su administrador de beneficios para comprender la póliza.
- **Medicaid** funciona para cubrir los costos compartidos de Medicare, en la medida en que usted reúna los requisitos de elegibilidad de Medicaid. Vea la página 50 para obtener más información.

### **¿Cuánto pueden los proveedores cobrar por sus servicios?**

Existen diferentes relaciones que los médicos y los proveedores médicos pueden elegir tener con el programa de Medicare. La categoría del prestador tiene un efecto sobre cuánto

Llame al 212-AGING-NYC (212-244-6469) y pide por HIICAP

pagará usted por sus servicios. Los proveedores pueden ser proveedores "participantes", proveedores "no participantes" o pueden "excluirse" del programa de Medicare.

- Si un profesional es un proveedor "**participante**", siempre aceptará la cantidad permitida de Medicare como pago total (Medicare paga el 80% y el beneficiario paga el 20%, después de alcanzar el deducible de la Parte B). Si usted desea saber si un proveedor participa, puede preguntar si el médico es un proveedor participante del programa de Medicare. Es mejor hacer esta pregunta al concertar la cita y, también, confirmar esta información al momento de la cita.
- Los prestadores "**no participantes**" aún tienen una relación con el programa de Medicare. Esta categoría se diferencia de la de los prestadores "participantes" en el monto que pueden cobrar por atender a un beneficiario de Medicare. Los proveedores no participantes pueden "**aceptar la asignación**" o "**no aceptar la asignación**" en cada reclamación. Si usted tiene conocimiento de que un proveedor es No participante, pregunte si el médico aceptará la asignación de su reclamación.
  - Si un médico **acepta la asignación**, aceptará el monto aprobado por Medicare para un servicio en particular y no le cobrará más del 20% de coseguro (para la mayoría de los servicios) una vez que usted haya alcanzado el deducible de la Parte B.
  - Si un médico **no acepta la asignación**, los cargos estarán sujetos a un "Cargo límite", que es un cargo adicional sobre el monto aprobado por Medicare. El cargo límite federal es del 15%. Algunos estados, incluido Nueva York, tienen cargos límite más bajos. Para la mayoría de los servicios médicos brindados en Nueva York, si el médico no acepta la asignación puede cobrar no más del 5% por encima de lo que permite Medicare, con la excepción de las visitas domiciliarias y al consultorio médico, donde puede facturar hasta el 15% del cargo límite federal.
    - NOTA: Es común que los prestadores que no aceptan una asignación soliciten el pago completo al momento de la prestación del servicio. El prestador presentará el reclamo a Medicare, que reintegrará al beneficiario el 80%.
- Los proveedores que optan por "**excluirse**" del programa de Medicare deben celebrar un contrato privado por escrito con todos los beneficiarios de Medicare que soliciten su tratamiento. El proveedor 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 beneficiario. De igual modo, ninguna póliza suplementaria de Medicare (Medigap) pagará estos gastos. El beneficiario de Medicare seguirá gozando de la cobertura de Medicare para los servicios proporcionados por otros proveedores.

### **Notificación anticipada al beneficiario de no cobertura**

No hay autorización previa en Medicare Original. Mientras Medicare considere que un servicio es médicamente necesario pagará por el servicio, sujeto a costos compartidos.

Si un prestador no está seguro de que Medicare considerará que un servicio es "médicamente necesario", y que por lo tanto no aprobará un reclamo, el prestador deberá

entregar al beneficiario un formulario de notificación anticipada al beneficiario de no cobertura (ABN, por sus siglas en inglés) en el que se indique cuál es el servicio que posiblemente Medicare no cubre. El formulario debe especificar 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. El beneficiario no debe pagar, excepto que haya firmado una ABN válida. La ABN no se aplica a los servicios nunca cubiertos por Medicare (por ejemplo, los audífonos), que siempre están a cargo del beneficiario. El beneficiario conserva los derechos de apelación, incluso con una ABN firmada. Consulte la página 14 para ver un ejemplo de ABN.

### **Notificación resumida de Medicare**

Cada trimestre se enviará por correo una notificación resumida de Medicare (MSN, por sus siglas en inglés) a cada beneficiario de Medicare por el que se hubiera recibido una reclamación en virtud de la Parte A y/o de la Parte B por parte de un proveedor que acepte la asignación de Medicare. Para los reclamos de proveedores que no aceptan la asignación de Medicare, se enviará un MSN a medida que se procesan los reclamos, junto con un cheque al beneficiario por el 80%, si el beneficiario ya ha pagado el servicio.

La MSN contiene información sobre cómo apelar las reclamaciones de Medicare denegadas.

Los beneficiarios que deseen ver sus reclamos antes pueden llamar al 1-800-MEDICARE, o pueden acceder a sus MSN simplemente iniciando sesión en [www.mymedicare.gov](http://www.mymedicare.gov). Puede solicitar recibir el MSN en español llamando al 1-800-MEDICARE.

Para ver un modelo de MSN para las Partes A y B de Medicare, con una explicación sobre cómo leer el MSN, visite [www.medicare.gov/pubs/pdf/SummaryNoticeA.pdf](http://www.medicare.gov/pubs/pdf/SummaryNoticeA.pdf) y [www.medicare.gov/pubs/pdf/SummaryNoticeB.pdf](http://www.medicare.gov/pubs/pdf/SummaryNoticeB.pdf).

### **Apelaciones a Medicare**

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura o pago de Medicare, puede presentar una apelación ante Medicare. La notificación resumida de Medicare (MSN) tiene información sobre el proceso de apelaciones. Es posible que deba solicitar información adicional a su proveedor de atención médica para respaldar su caso. Preste atención a la fecha límite para presentar una apelación.

Para presentar quejas sobre la calidad de la atención o si considera que sus servicios de la Parte A o B de Medicare finalizan demasiado pronto (por ejemplo, lo dan de alta del hospital antes de tiempo), llame a Livanta al 1-866-815-5440 (TTY: 1-855- 887-6668). Si solicita una revisión inmediata por parte de Livanta, 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 Livanta.

A. Notificante:

B. Nombre del paciente:

C. Número de Identificación:

**Aviso anticipado de no cobertura al beneficiario (ABN, por sus siglas en inglés)**

**NOTA:** Si Medicare no paga por D. \_\_\_\_\_ a continuación, usted podría tener que pagar. Medicare no paga por todo, incluidos algunos cuidados que usted o su proveedor de atención médica entienda que son necesarios. Se anticipa que Medicare no pague por D. \_\_\_\_\_ a continuación.

| D. | E. Motivo por el cual Medicare podría negar el pago: | F. Costo estimado |
|----|--|-------------------|
|    |  |                   |

**LO QUE USTED DEBE HACER AHORA:**

- Lea este aviso para poder tomar una decisión informada sobre sus cuidados.
- Háganos las preguntas que tenga después de terminar de leer.
- Elija una opción a continuación sobre si recibirá D. \_\_\_\_\_ que se indica arriba.  
**Nota:** Si elige Opción 1 o 2, podríamos ayudarle a utilizar los otros seguros que tenga, pero Medicare no nos puede obligar a hacer esto.

|   |
|---|
| <b>G. OPCIONES: Marque solamente una casilla. No podemos elegir la casilla para usted.</b>  |
| <input type="checkbox"/> <b>OPCIÓN 1.</b> Quiero D. _____ que se indica arriba. Pudiera pedir el pago ahora, pero yo también solicito que se facture a Medicare para obtener una decisión oficial respecto al pago, la cual me será enviada en un Resumen de Medicare (MSN, por sus siglas en inglés). Entiendo que, si Medicare no paga, yo seré responsable del pago, pero puedo apelar a Medicare según las indicaciones en el MSN. Si Medicare pagará, me serán reembolsados todos los pagos que yo haya hecho, salvo los copagos o deducibles.<br><input type="checkbox"/> <b>OPCIÓN 2.</b> Quiero D. _____ que se indica arriba, pero no facture a Medicare. Se podrá pedir el pago ahora, ya que yo soy responsable del pago. No podré apelar si no se facturara a Medicare.<br><input type="checkbox"/> <b>OPCIÓN 3.</b> No quiero D. _____ que se indica arriba. Entiendo que, con esta elección, no seré responsable del pago, y no podré apelar para saber si Medicare hubiera pagado. |

**H. Información adicional:**

**Este aviso explica nuestra opinión y no constituye una decisión oficial de Medicare.** Si usted tiene otras preguntas relativas a este aviso o la facturación de Medicare, llame al **1-800-MEDICARE** (1-800-633-4227/TTY: 1-877-486-2048). Firme abajo para reconocer haber recibido y entendido este aviso. Usted también recibirá una copia.

|           |           |
|-----------|-----------|
| I. Firma: | J. Fecha: |
|-----------|-----------|

**CMS no discrimina en sus programas y actividades. Para solicitar esta publicación en formato alternativo, llame al: 1-800-MEDICARE o envíe un mensaje de correo electrónico: [AltFormatRequest@cms.hhs.gov](mailto:AltFormatRequest@cms.hhs.gov).**

De acuerdo con la Ley para la Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona será obligada a responder a una recopilación de información a menos que se exhiba un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-0566. El tiempo necesario para completar esta recopilación de información es de aproximadamente 7 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, reunir los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene preguntas sobre la precisión del estimado de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Baltimore, Maryland 21244-1850.

## SERVICIOS PREVENTIVOS DE MEDICARE

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%. Medicare proporciona cobertura para los siguientes servicios preventivos:

|   |  |
|---|--|
| Examen para aneurisma aórtica abdominal   | Medicare cubre por única vez un diagnóstico de ultrasonido para aneurisma aórtica abdominal si tiene antecedentes familiares de este tipo de afección o si es un hombre de entre 65 y 75 años de edad que ha fumado al menos 100 cigarrillos en su vida.   |
| Diagnóstico y Medicare cubre un diagnóstico anual del alcoholismo               | Medicare cubre un diagnóstico anual del alcoholismo. En caso de un asesoramiento resultado positivo, Medicare también cubrirá hasta 4 intervenciones de para asesoramiento breves y personalizadas por año.  |
| Densitometría   | 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 con medicamentos para la osteoporosis y las personas con anomalías en la columna.   |
| Detección de cáncer de mama (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 mama. La mamografía de diagnóstico está sujeta al deducible de la Parte B y al 20% de coseguro.  |
| Enfermedad cardiovascular (tratamiento conductual)                              | Medicare cubre una visita personalizada de reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular por año. La visita tiene por objeto alentar el uso de aspirina, la evaluación de la hipertensión y el asesoramiento conductual tendiente a promover una dieta saludable.  |
| Detección de cáncer de cuello uterino y vaginal (Papanicolaou y examen pélvico) | <p>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.</p> <p>La Parte B también cubre las pruebas del virus del papiloma humano (VPH) como parte de las pruebas de Papanicolaou, una vez cada 5 años para mujeres de 30 a 65 años sin síntomas de VPH.</p> |

|   |  |
|---|--|
| Control del cáncer colorrectal                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prueba de sangre oculta en heces: cubierta una vez cada 12 meses.</li> <li>• Sigmoidoscopia flexible: cubierta una vez cada 48 meses.</li> <li>• Colonoscopia: cubierta una vez cada 24 meses si usted corre alto riesgo de padecer 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 sigmoidoscopia flexible de rutina.</li> <li>• Enema de bario: puede reemplazarse por una sigmoidoscopia flexible o colonoscopia, y usted paga el 20% del monto aprobado por Medicare.</li> <li>• Prueba de ADN en heces de múltiples objetivos: cubierta una vez cada 3 años para personas con Medicare que tienen entre 50 y 85 años de edad, que no muestran signos o síntomas de enfermedad colorrectal y que tienen un riesgo promedio de desarrollar cáncer colorrectal.</li> </ul> |
| Diagnóstico de la depresión                           | Medicare cubre las pruebas diagnósticas de la depresión por el médico de cabecera una vez cada 12 meses.   |
| Detección de diabetes                                 | Medicare cubre hasta 2 exámenes de detección de diabetes por año para personas con riesgo de sufrir diabetes.  |
| Prevención de diabetes                                | Medicare cubre un programa único de cambio de comportamiento de salud para ayudar a prevenir la diabetes tipo 2 para las personas que cumplen con los requisitos clínicos y que nunca han sido diagnosticadas con diabetes tipo 1 o tipo 2 o enfermedad renal terminal (ESRD, por sus siglas en inglés).   |
| Entrenamiento de autocontrol de la diabetes           | Medicare cubre el entrenamiento para personas con diabetes, a fin de enseñarles a manejar su afección y prevenir complicaciones.   |
| Pruebas de 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.   |
| Detección de infección por el virus de la hepatitis B | Medicare cubre un examen anual de hepatitis B para aquellas personas que están en riesgo y que no obtienen una vacuna contra la hepatitis B. Medicare también cubre el examen de hepatitis B para las embarazadas.   |
| Examen de detección de Hepatitis C                    | Medicare cubre un examen de detección de Hepatitis C para determinadas personas nacidas entre 1945 y 1965, y una repetición anual del examen para determinadas personas con alto riesgo.   |
| Detección del VIH                                     | Cubierta una vez cada 12 meses para cualquier beneficiario que la solicite.  |
| Examen de cáncer de pulmón                            | Medicare cubre un examen de cáncer de pulmón cada 12 meses para personas entre 55 y 77 años y que sean fumadores actuales o hayan dejado de fumar en los últimos 15 años.  |
| Servicios de terapia 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.   |

|   |   |
|---|---|
| Diagnóstico y asesoramiento para la obesidad                            | Si su índice de masa corporal es de 30 o más, Medicare cubre una evaluación de la dieta, además de un asesoramiento conductual intensivo y terapia conductual.  |
| 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. Además, 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.  |
| Examen de cáncer de próstata  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Examen rectal digital: cubierto una vez cada 12 meses para hombres a partir de los 50 años. Usted paga el 20% del monto aprobado por Medicare después del deducible de la Parte B.</li> <li>Prueba de detección en sangre del antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés): cubierto una vez cada 12 meses para hombres a partir de los 50 años.</li> </ul>  |
| Detección y asesoramiento para enfermedades de transmisión sexual (ETS) | Medicare cubre el diagnóstico de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B, además del asesoramiento conductual intensivo (HIBC, por sus siglas en inglés) tendiente a prevenir las ETS. El diagnóstico incluye hasta dos sesiones individuales de asesoramiento, personalizadas y de 20 a 30 minutos de duración cada año, para las personas que están expuestas a un mayor riesgo de ETS, si han sido derivadas para el servicio por el médico de cabecera y si son provistas por un médico de cabecera que participa de Medicare en un entorno de atención primaria. |
| Asesoramiento para dejar de consumir tabaco                             | Asesoramiento para dejar de fumar. Medicare cubrirá hasta 8 visitas presenciales durante un periodo de 12 meses para los beneficiarios que consuman tabaco.   |
| Vacunas/inyecciones   | <ul style="list-style-type: none"> <li>NUEVO: El COVID-19.</li> <li>Gripe: cubierta una vez en cada temporada de gripe.</li> <li>Neumonía: por lo general, solo se necesita una vez en la vida. Se cubre una segunda inyección, diferente, 12 meses después de haber recibido la primera inyección.</li> <li>Hepatitis B: cubierta si tiene un riesgo alto o intermedio.</li> </ul>   |

# MEDICARE COMO PAGADOR SECUNDARIO

## ¿QUIÉN PAGA PRIMERO?

Cuando una persona tiene Medicare y otra cobertura de seguro de salud, es necesario determinar cuál de los seguros es el primario y cuál es el 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.

Las personas nuevas en Medicare recibirán una carta por correo en la que se les pedirá que completen el Cuestionario Inicial de Inscripción (IEQ). En el cuestionario se pregunta si usted tiene cobertura de un plan colectivo de salud a través de su empleador o del empleador de un miembro de su familia. El cuestionario IEQ puede completarse en línea, en la cuenta MyMedicare.gov del beneficiario o por teléfono llamando al 1-855-798-2627.

Si tiene preguntas sobre quién paga primero o si cambia su cobertura, llame al Centro de Coordinación y Recuperación de Beneficios de Medicare (BCRC) al 1-855-798-2627.

### **Esta tabla muestra quién paga primero cuando una persona tiene Medicare y cobertura de seguro de un empleador actual:**

| <b>USTED TIENE...</b>   | <b>SU EMPLEADOR</b>                   | <b>MEDICARE PAGARÁ...</b>   |
|---|---------------------------------------|---|
| 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  | 20 o más 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  | 20 o más empleados                    | Segundo. Plan del empleador, primero.   |
| Personas discapacitadas de menos de 65 años, cubierto por el plan del   | Menos de 100 empleados                | Primero. Plan del empleador, segundo.   |
| Personas discapacitadas de menos de 65 años, cubierto por el plan del   | 100 o más empleados                   | Segundo. Plan del empleador, primero.   |
| Personas discapacitadas 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 discapacitadas de menos de 65 años cubiertas por un plan de otro miembro de la familia   | 100 o más 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. Después de 30 meses, Medicare es primario. |

## **Plan colectivo de salud del empleador (EGHP, por sus siglas en inglés) y Medicare:**

Cuando las personas tienen cobertura del empleador y Medicare, el tamaño del empleador determina si Medicare es la aseguradora primaria o secundaria.

- **Trabajar después de los 65 años:** si hay 20 o más empleados en la empresa donde trabaja un beneficiario o cónyuge de Medicare, el EGHP 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 siempre es una opción abierta a los trabajadores con cobertura de su empleador. 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.

Al jubilarse, el empleado debe considerar si se inscribe en la Parte B de Medicare, debido a que la Parte B de Medicare será su seguro principal cuando se jubile. Consulte la página 6 para obtener información sobre el período especial de inscripción de Medicare.

- **Discapacidad y Medicare:** Si tiene una cobertura de seguro de salud basada en el empleo activo de su cónyuge o familiar, para un empleador que cuenta con 100 o más empleados, el EGHP es primario y Medicare es secundario. Si cuenta con menos de 100 empleados, entonces Medicare es primario y el EGHP es secundario.
- **Enfermedad renal terminal (ESRD, por sus siglas en inglés):** 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 hay un EGHP (independientemente de si se basa en el empleo actual), esa cobertura es primaria durante los primeros 30 meses de elegibilidad de Medicare. Después de 30 meses, Medicare es primario.
- **Indemnización laboral 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. En casos en los que el plan de Indemnización laboral no pague con prontitud, Medicare puede hacer un pago condicional y, en ese caso, se reembolsará a Medicare cuando se concrete el pago. El Centro de Coordinación y Recuperación de Beneficios (BCRC, por sus siglas en inglés) brinda asistencia relativa a esta función.
- **Seguro de responsabilidad civil y Medicare:** en caso de accidente o lesión, los gastos de atención médica pueden estar cubiertos por otros tipos de seguros, 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 bastante tiempo, Medicare puede hacer pagos condicionales en estos casos para evitar demoras en el reembolso a los proveedores y responsabilidad para los beneficiarios. Medicare pagará la reclamación y luego buscará recuperar el pago condicional por el monto del pago.

**Cobertura de salud para jubilados:** En general, en los casos en que una persona tiene a la vez Medicare y seguro médico para jubilados, Medicare es la cobertura principal y la cobertura para jubilados es la secundaria. Algunos de los beneficios para jubilados funcionan como un complemento de Medicare Original, mientras que otros actúan de manera similar a un plan Medicare Advantage. Debe comunicarse con el administrador de beneficios para comprender cómo se coordinan sus beneficios para jubilados con Medicare.

**Beneficios Médicos para Empleados del Gobierno Federal (FEHB, por sus siglas en inglés):** a diferencia de la mayoría de los planes para jubilados, que exigen la inscripción en Medicare, el programa de Beneficios Médicos para Empleados del Gobierno Federal puede seguir siendo el plan principal si la persona no se inscribe en Medicare. Los afiliados del plan FEHB deberán inscribirse en la Parte A para obtener la cobertura de algunos de los costos que es posible que el plan FEHB no cubra; sin embargo, pueden tomar la decisión de inscribirse en la Parte B. Los afiliados del plan FEHB tienen tres opciones:

1. Afiliarse a FEHB y NO a la Parte B. Los afiliados pueden continuar con su cobertura de FEHB sin inscribirse en Medicare, lo que les ahorrará los costos de la prima mensual de la Parte B. Si estos afiliados más tarde deciden inscribirse en la Parte B, deberán esperar hasta el siguiente período de inscripción general, y quedarán sujetos a una multa por inscripción tardía a través del pago de una prima mensual mayor de la Parte B.
2. FEHB y Parte B. Los miembros pueden continuar con su cobertura FEHB y también inscribirse en la Parte B. Algunos planes de FEHB pueden ofrecer un incentivo para inscribirse en Medicare, como una reducción de los costos de bolsillo y la exención de los copagos, deducibles y coseguro del plan FEHB. Los afiliados que elijan participar en Medicare y FEHB a la vez deberán pagar las primas del plan FEHB y de la Parte B.
3. Afiliarse a la Parte B y no al plan FEHB. A diferencia de la mayoría de los jubilados, los empleados federales jubilados pueden SUSPENDER (no cancelar) su cobertura de jubilación para inscribirse en un plan de Medicare Advantage, que podrá tener una prima mensual inferior o ninguna prima. Quienes eligen esta opción de todos modos necesitarán inscribirse en la Parte B para ingresar a un plan Medicare Advantage; no obstante, evitarán pagar el costo mayor de la prima del plan FEHB. Asimismo, podrán elegir regresar a la cobertura de FEHB durante el siguiente período de inscripción abierta al programa FEHB.

Visite la Oficina de Gestión del Personal (OPM, por sus siglas en inglés) para obtener más información sobre Medicare y FEHB en,

<http://www.opm.gov/healthcare-insurance/fastfacts/fehbmedicare.pdf>

<http://www.opm.gov/healthcare-insurance/healthcare/medicare/75-12-final.pdf>.

y

## SEGURO SUPLEMENTARIO DE MEDICARE (Medigap)

El seguro suplementario de Medicare (Medigap) está diseñado de forma específica para ayudar a cubrir el costo compartido en la cobertura de las Partes A y B de Medicare Original. Las pólizas, que están reglamentadas por leyes federales y estatales, solo pueden contratarse a través de compañías privadas. Para contratar una póliza de Medigap, usted debe tener las Partes A y B de Medicare. Las pólizas de Medigap vendidas hoy en día no incluyen la cobertura de medicamentos.

### ¿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 Medigap podría cubrir el deducible de la Parte A, el coseguro de paciente ambulatorio de la Parte B del 20% de los gastos admitidos, y otros costos. **Tenga en cuenta que los planes solo cubren un porcentaje de estos costos, mientras que otros planes los cubren en su 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, que se designan con las letras "A" a la "N". Cada una de estas pólizas cubre el paquete de beneficios básicos, además de 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 los nuevos afiliados. Los titulares de pólizas más antiguas pueden cambiar a una póliza nueva y estándar, pero luego no podrán regresar a la póliza antigua. Desde el 1 de junio de 2010, ya no se ofrecen los planes E, H, I y J a nuevos inscriptos; las personas que tienen estas pólizas pueden mantener su cobertura actual, pero es posible que quieran comparar los beneficios con el costo de la prima para determinar si su plan continúa siendo rentable.

¡Nuevo!

Las personas recientemente elegibles para Medicare a partir del 1 de enero de 2020 no podrán comprar planes C o planes F de Medigap, incluido el plan F con deducible alto.

### ¿Cuándo puedo inscribirme en una póliza de Medigap?

En el estado de Nueva York, usted puede contratar una póliza de Medigap en cualquier momento si está afiliado a Medicare. Se le garantiza la oportunidad de contratar una póliza, incluso si usted es menor de 65 y tiene cobertura de Medicare por discapacidad.

### ¿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 de Medigap están estandarizados, primero debe decidir el nivel de cobertura que necesita. Una vez que haya determinado el grupo de beneficios que mejor se adapta 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"). 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 que se venden 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. Por ejemplo, cuando tiene mayores necesidades médicas, puede acordar la compra de un plan G 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 mensual 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 N 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 diez planes estándar. Consulte la página 28 para obtener una lista de aseguradoras y sus primas para beneficiarios de Medicare en la Ciudad de Nueva York.

### **¿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 dicha afección. 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 período de inscripción abierta 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 por un período inferior a seis meses, su nueva póliza de Medigap debe acreditarle la cantidad de meses en los que tuvo cobertura. Algunas aseguradoras tienen períodos de espera más breves para afecciones preexistentes. Puede encontrar en línea un cuadro con los períodos de espera para las enfermedades preexistentes en [www.dfs.ny.gov/consumers/health\\_insurance/supplement\\_plans\\_rates](http://www.dfs.ny.gov/consumers/health_insurance/supplement_plans_rates).

## ¿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. 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.

## PLANES MEDIGAP ESTÁNDAR

A continuación encontrará los diez planes Medigap estándar, los planes A a N, 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 (\$371 por día en 2021) para los días 61 a 90 de hospitalización en cada periodo de beneficios de Medicare.
- Cobertura del monto de coseguro de la Parte A (\$742 por día en 2021) 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 para los servicios de Parte B (generalmente el 20% del monto aprobado), una vez alcanzado el deducible anual (\$203 en 2021).

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

- Cobertura del deducible por internación hospitalaria en virtud de la Parte A (\$1,484 por periodo de beneficios en 2021).

### El **PLAN C**<sup>1</sup> incluye el **beneficio básico más**

- Cobertura del deducible por internación hospitalaria en virtud de la Parte A de Medicare.
- Cobertura del monto del coseguro por la atención ofrecida en una institución de enfermería especializada (\$185.50 por día desde el día 21 hasta el día 100 por periodo de beneficios en 2021).
- Cobertura del deducible de la Parte B de Medicare (\$203 por año calendario en 2021).
- 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.

---

<sup>1</sup>Los planes C, F y F+ solo estarán disponibles luego del 01/ENE/2020 para individuos que por primera vez se vuelvan elegibles para Medicare antes del 01/ENE/2020.

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

- Cobertura del deducible por internación hospitalaria en virtud de la Parte A de Medicare.
- Cobertura del monto del coseguro diario por la atención ofrecida en una institución de enfermería especializada.
- 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 F<sup>1</sup> incluye el beneficio básico más**

- Cobertura del deducible por internación hospitalaria en virtud de la Parte A de Medicare.
- Cobertura del monto del coseguro diario por la atención ofrecida en una institución de enfermería especializada.
- Cobertura del deducible de Parte la B de Medicare.
- Cobertura del 100% para los cargos en exceso de la Parte B de Medicare, también llamados cargos limitantes<sup>2</sup>.
- 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.

### **PLAN F+<sup>1</sup> (deducible alto)**

- Incluye los mismos beneficios que el Plan F estándar, pero usted deberá pagar en 2021 un deducible de \$2,370 antes de que el plan cubra algún costo. Este monto puede aumentar cada año. Las pólizas de deducible alto tienen primas más bajas.

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

- Cobertura del deducible por internación hospitalaria en virtud de la Parte A de Medicare.
- Cobertura del monto del coseguro diario por la atención ofrecida en una institución de enfermería especializada.
- Cobertura del 100% para los cargos en exceso de la Parte B de Medicare, también llamados cargos limitantes<sup>1</sup>.
- 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.

**Nuevo**

### **PLAN G + (deducible alto)**

Incluye los mismos beneficios que el Plan G estándar, pero usted deberá pagar en 2021 un deducible de \$2,370 antes de que el plan cubra algún costo. Este monto puede aumentar cada año. Las pólizas de deducible alto tienen primas más bajas. Si bien el Plan G no cubre el deducible de la Parte B, el monto que paga por el deducible se acredita al deducible de G+.

---

<sup>2</sup>El Plan paga la diferencia entre el monto aprobado por Medicare para los servicios de la Parte B y los cargos reales (hasta el límite para el monto de los cargos establecido por Medicare o por las leyes estatales).

**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 pueden conservarla.**

**El PLAN K<sup>3</sup> incluye el beneficio básico más**

- Cobertura del 50% del deducible para pacientes internados en virtud de la Parte A de Medicare.
- 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.
- 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.
- 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 usado.
- 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 del 50% de costos compartidos en hogares para enfermos terminales.
- Cobertura del 50% de gastos elegibles para Medicare por las 3 primeras pintas de sangre.
- Cobertura del 50% del monto del coseguro diario por la atención ofrecida en una institución de enfermería especializada.
- Límite anual de gastos de bolsillo \$6,220 en 2021.

**El PLAN L<sup>3</sup> incluye el beneficio básico más**

- Cobertura del 75% del deducible para pacientes internados de la Parte A de Medicare.
- 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.
- 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.
- 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 usado.
- 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 del 75% de los costos compartidos en hogares para enfermos terminales.
- Cobertura del 75% de los gastos elegibles para las 3 primeras pintas de sangre.
- La cobertura del 75% del monto del coseguro diario por la atención ofrecida en una institución de enfermería especializada. Cobertura del 75% del monto del coseguro diario por la atención ofrecida en una institución de enfermería especializada.
- Límite anual de gastos de bolsillo \$3,110 en 2021.

---

<sup>3</sup> Los beneficios básicos de los planes K, L, M y N 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.

### **El PLAN M<sup>3</sup> incluye el beneficio básico más**

- Cobertura del 50% del deducible para pacientes internados en virtud de la Parte A de Medicare.
- Cobertura del 100% del monto del coseguro diario por la atención ofrecida en una institución de enfermería especializada.
- 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<sup>3</sup> incluye el beneficio básico más**

- Cobertura del 100% del deducible como paciente internado en virtud de la Parte A de Medicare.
- 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.
- Cobertura del 100% del monto del coseguro diario por la atención ofrecida en una institución de enfermería especializada.
- 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.

<sup>3</sup> Los beneficios básicos de los planes K, L, M y N 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.

## BENEFICIOS INCLUIDOS EN LOS DIEZ PLANES SUPLEMENTARIOS ESTÁNDAR DE MEDICARE

**Beneficio básico:** incluidos en todos los planes

- **Hospitalización:** 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 (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              |
|                  |                         |  |  |  |  | Límite de gasto de bolsillo: \$6,220                   | Límite de gasto de bolsillo: \$3,110                   |  |  |

\*El Plan F y el Plan G también se ofrecen con una opción de deducible alto.

\*\*Estos planes cubren los beneficios básicos, pero tienen diferentes requisitos de costos compartidos.

## PÓLIZAS DE SEGURO SUPLEMENTARIO DE MEDICARE

Comuníquese directamente con las empresas para conocer sus tarifas mensuales vigentes, debido a que están sujetas a cambios. Las tablas de tasas actualizadas están disponibles en el sitio web del Departamento de Servicios Financieros del Estado de Nueva York: [https://www.dfs.ny.gov/consumers/health\\_insurance/supplement\\_plans\\_rates](https://www.dfs.ny.gov/consumers/health_insurance/supplement_plans_rates).

\*Las primas de Globe Life Insurance (antes First United American) difieren según el código postal. Use el enlace anterior para encontrar las tarifas correspondientes al lugar donde vive.

\*\* Solo las personas que fueron elegibles para Medicare antes del 1 de enero de 2020 pueden comprar los planes Medigap C, F y F+.

| <b>PLAN</b> | <b>Aetna</b><br><br>800-345-6022 | <b>Bankers Conesco</b><br><br>800-845-5512 | <b>Emblem</b><br>anteriormente GHI<br>800-444-2333 | <b>Empire Blue Cross Blue Shield</b><br><br>855-306-9355 | <b>Globe Life Insurance</b><br>*<br>800-331-2512 | <b>Humana</b><br><br>800-486-2620 | <b>Mutual of Omaha</b><br><br>800-228-9999 | <b>TransAmerica Financial</b><br><br>800-752-9797 | <b>United Health (AARP)</b><br>Es necesario ser afiliado de la Asociación Estadounidense de Jubilados (AARP, por sus siglas en inglés) para inscribirse (mayor de 50 años) 800-523-5800 |
|-------------|----------------------------------|--|--|--|--|-----------------------------------|--|---|---|
| <b>A</b>    | \$318.21                         | \$367.70                                   | \$194.87   | \$179  | \$240/268  | \$321.19                          | \$333.49                                   | \$195   | \$178.50  |
| <b>B</b>    | \$362.44                         | \$480.69                                   | \$253.28   | \$241.11   | \$330/370  | \$362.61                          | \$512.25                                   | \$257   | \$256.50  |
| <b>C**</b>  |                                  |  | \$300.87   |  | \$397/444  | \$439.46                          | \$512.82                                   | \$304   | \$320   |
| <b>D</b>    |                                  |  |  |  | \$391/438  |                                   | \$503.90                                   | \$280   |   |
| <b>F**</b>  | \$422.90                         | \$648.95                                   | \$530.29   | \$307.40   | \$374/419  | \$448.38                          | \$516.15                                   | \$306   | \$308.25  |
| <b>F+**</b> |                                  | \$75.69                                    | \$74   |  | \$69/77  | \$93.09                           |  |   |   |
| <b>G</b>    | \$406.26                         | \$597.30                                   | \$302  | \$270.14   | \$348/390  | \$400.38                          | \$478.04                                   | \$281   | \$270   |
| <b>G+</b>   |                                  | \$75.69                                    | \$67.69  |  | \$69/77  | \$92.97                           |  |   |   |
| <b>K</b>    |                                  | \$99.74                                    |  |  | \$138/154  | \$209.34                          |  | \$140   | \$83.50   |
| <b>L</b>    |                                  | \$286.73                                   |  |  | \$206/231  | \$298.98                          |  | \$208   | \$173.25  |
| <b>M</b>    |                                  | \$397.13                                   |  |  |  |                                   | \$526.10                                   | \$256   |   |
| <b>N</b>    |                                  | \$390.82                                   |  | \$192.22   | \$259/290  | \$284.05                          |  | \$241   | \$200.25  |

Llame al 212-AGING-NYC (212-244-6469) y pide por HIICAP

## **PLANES DE MEDICARE ADVANTAGE HMO, PPO, HMO-POS, SNP**

Los planes Medicare Advantage (MA) ofrecen alternativas de Medicare Original a los beneficiarios. Los planes Medicare Advantage los ofrecen compañías privadas e incluyen la oferta de organizaciones para el mantenimiento de la salud (HMO, por sus siglas en inglés), organizaciones de proveedores preferidos (PPO, por sus siglas en inglés), HMO con opción de punto de servicio (HMO-POS, por sus siglas en inglés) y planes para necesidades especiales (SNP, por sus siglas en inglés). Las compañías que ofrecen planes Medicare Advantage tienen contrato con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) para ofrecer beneficios de Medicare a las personas inscritas.

**A fin de reunir los requisitos para afiliarse a un Plan Medicare Advantage**, usted debe tener las Partes A y B de Medicare y debe vivir en la zona de servicio del plan. El plan de Medicare Advantage no puede rechazar a un solicitante a causa de problemas de salud (o imponer un período de espera para afecciones preexistentes).

Afiliarse a un plan de Medicare Advantage es una opción. Todos los planes de Medicare Advantage deberán proporcionar a sus afiliados los mismos servicios médicamente necesarios cubiertos por la Parte A y Parte B de Medicare y, en general, incluyen servicios adicionales, como un beneficio para medicamentos recetados, servicios oftalmológicos, odontológicos y auditivos. Si desea tener **cobertura para medicamentos recetados de la Parte D** de Medicare y pertenece a un plan de Medicare Advantage, deberá obtener la cobertura para medicamentos de la Parte D a través de su plan; no puede afiliarse a un plan con Parte D por separado. 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 parte de su médico y a apelar las denegaciones de servicios o reintegros que efectúe un plan de Medicare Advantage.

Si se une a un plan de Medicare Advantage, usted NO puede adquirir una póliza Medigap, ya que eso duplicaría la cobertura.

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.

Todos los planes de MA tienen una red de médicos, centros de salud, hospitales, centros de enfermería especializada y otros proveedores de atención. 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.

Las **HMO** exigen que el beneficiario de Medicare elija a un médico de cabecera (PCP, por sus siglas en inglés) de la red de médicos locales de la HMO. Usted puede elegir al médico, siempre y cuando esté disponible para nuevos pacientes. Algunas HMO exigen que el PCP suministre una derivación a especialistas. Usted debe recibir su atención médica de la red de proveedores y hospitales de la HMO. 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.

Las **PPO** ofrecen una red de proveedores de atención médica y hospitales, pero no impiden 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.)

La **HMO** con la opción de punto de servicio (**HMO-POS**) es similar a un plan de una PPO. Ofrece mayor flexibilidad que una HMO, dado que los afiliados pueden recurrir a proveedores dentro y fuera de la red. Sin embargo, es posible que los planes de HMO- POS no cubran todos los beneficios fuera de la red. Por ejemplo, un plan puede ofrecer solo cobertura para internaciones en hospitales de la red. Comuníquese con el plan para obtener detalles.

Los **planes para necesidades especiales (SNP, por sus siglas en inglés)** son planes de Medicare Advantage que están disponibles únicamente para determinados grupos de personas con Medicare. Algunos ejemplos de personas que podrían reunir los requisitos para un SNP Medicare Advantage incluyen: personas con Medicare y Medicaid, personas con ciertas afecciones crónicas y personas que viven en una institución, como un geriátrico. La cobertura incluye servicios cubiertos por las Partes A y B de Medicare, así como cobertura para medicamentos recetados de la Parte D. Los SNP 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.

En el manual Medicare y Usted, publicado por el gobierno de los EE.UU. se incluye una lista de planes de Medicare Advantage. Visite el sitio web [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) o llame al 1-800-MEDICARE para obtener información detallada sobre planes.

**La inscripción en un plan Medicare Advantage** cuando es elegible por primera vez para Medicare puede hacerse durante el período de elección de cobertura inicial (ICEP, por sus siglas en inglés). La inscripción puede hacerse en línea en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov), llamando al 1-800-MEDICARE o comunicándose directamente con el plan.

- Para la mayoría de las personas, el ICEP son los 7 meses alrededor del mes en que usted es elegible para Medicare por primera vez. Su plan entrará en vigencia el primer mes de elegibilidad de Medicare o el mes siguiente al mes de inscripción.

Llame al 212-AGING-NYC (212-244-6469) y pida por HIICAP

- Los beneficiarios que retrasen la inscripción de la Parte B tendrán su ICEP extendido para permitirles inscribirse en un plan MA.

Las personas que se inscriben en un plan MA cuando son elegibles por primera vez para Medicare (durante su ICEP) tienen un **período de inscripción abierta** que les permite cambiarse a un plan MA diferente o regresar a Medicare Original (con o sin un plan de la Parte D) en un plazo de tres meses a partir de la fecha en que tienen derecho a Medicare.

Además, el período de inscripción abierta también está abierto a todos los beneficiarios en los planes de MA al comienzo del año, del 1 de enero al 31 de marzo. También pueden cambiarse a un plan diferente de Medicare Advantage o regresar a Medicare Original. Este cambio entrará en vigencia el primer día del mes siguiente, es decir, el 1 de febrero, el 1 de marzo o el 1 de abril. Para hacer este cambio, simplemente inscribese en el plan en el que desea inscribirse. Esta inscripción cancelará de manera automática su inscripción del otro plan Medicare Advantage.

**SEP65** es un período especial de inscripción disponible para personas elegibles para Medicare debido a la edad (no discapacidad) en que se inscriben en un plan MA durante su período de elección de cobertura inicial (ICEP) alrededor del mes de su cumpleaños 65. Les otorga 12 meses desde el momento en que el plan MA es efectivo para cambiarse a Medicare Original (no a otro plan MA).

**Período de elección anual (AEP, por sus siglas en inglés):** Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre puede cambiar su plan Medicare Advantage (MA) o volver a Medicare Original, y el cambio entra en vigencia el 1 de enero.

**Período especial de inscripción (SEP, por sus siglas en inglés)** Las personas que tengan Medicaid, un programa de ahorros de Medicare o ayuda extra podrán cambiar de planes una vez por trimestre durante los primeros nueve meses del año (enero a marzo, abril a junio, julio a septiembre). El cambio entrará en vigencia el primer día del mes siguiente. Las personas pueden cambiar ya sea a un plan diferente de Medicare Advantage o a Medicare Original con un plan de Parte D.

### **Consejos para cambiar entre Medicare Original y Medicare Advantage**

- De Medicare Advantage a Medicare Original: Seleccione e inscribese en un plan de la Parte D que funcione con Medicare Original (esto provocará su desafiliación del plan MA). Considere una cobertura suplementaria, tal como Medigap.
- De Medicare Advantage a Medicare Advantage: Inscribese en el plan de Medicare Advantage deseado (esto provocará su desafiliación del plan original MA).
- De Medicare Original a Medicare Advantage: Inscribese en el plan de Medicare Advantage deseado (esto provocará su desafiliación del plan de la Parte D que funciona con Medicare Original). Es posible que quiera cancelar su cobertura suplementaria.

## **Apelaciones a Medicare Advantage**

Las decisiones de su plan de no prestar o pagar un servicio están a cargo del departamento de reclamos del plan. El proceso de apelaciones para los afiliados al plan Medicare Advantage funciona de manera diferente en función de que aún no haya recibido el servicio, si ya lo recibió o según las denegaciones de medicamentos recetados. Preste atención a las fechas límite para presentar apelaciones.

Los afiliados al plan Medicare Advantage a quienes se les niega la cobertura de un servicio o artículo de salud antes de recibir el servicio o artículo, pueden apelar y solicitar que el plan que reconsidere su decisión. Siga los pasos del Aviso de denegación de cobertura médica para apelar la decisión.

Si un plan Medicare Advantage niega la cobertura de un servicio o artículo de salud que ya se recibió, puede optar por apelar y solicitar que su plan que reconsidere su decisión. Siga los pasos en la Explicación de beneficios o en el Aviso de denegación de pago.

Las apelaciones para la cobertura de medicamentos recetados funcionan igual para las personas en Medicare Original o que tienen un plan Medicare Advantage. Consulte la página 36 para conocer las apelaciones para la cobertura de la Parte D.

Para presentar quejas sobre la calidad de la atención o si considera que sus servicios de la Parte A o B de Medicare finalizan demasiado pronto (por ejemplo, lo dan de alta del hospital antes de tiempo), llame a Livanta al 1-877-588-1123 (TTY: 1-855- 887-6668). Si solicita una revisión inmediata por parte de Livanta, 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 Livanta.

## **Preguntas frecuentes sobre los Planes de Medicare Advantage**

### **¿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 mensual de la Parte B de Medicare. 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. Asegúrese de comprender los distintos costos de gastos de bolsillo para una visita de atención primaria, una visita a especialistas, internaciones hospitalarias, medicamentos recetados y otros cargos que posiblemente deba pagar.**

Todos los planes de Medicare Advantage deben tener costos anuales máximos de gastos de bolsillo para todos los servicios cubiertos en virtud de la Parte A y la Parte B que limiten el monto que tendrá que pagar de su bolsillo en un año calendario determinado. En 2021, este monto máximo de gastos de bolsillo (MOOP, por sus siglas en inglés) no podrá exceder

Llame al 212-AGING-NYC (212-244-6469) y pide por HIICAP

los \$7,550 para proveedores dentro de la red en el caso de los planes de HMO; y \$11,300 para proveedores combinados (dentro y fuera de la red) en el caso de los planes de PPO.

### **¿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 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, por sus siglas en inglés), Livanta, LLC, en el estado de Nueva York, cuyos médicos y demás profesionales revisan la atención prestada a pacientes de Medicare. Puede comunicarse con la Livanta al 1-866-815-5440.

### **Obtención de servicios en Medicare Original vs. en Medicare Advantage**

En Medicare Original, el beneficiario obtiene todos los servicios médicamente necesarios de parte de cualquier prestador de Medicare en cualquier lugar de los 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, también conocido como Medigap (consulte la página 21), puede cubrir todos o la mayoría de los costos a cargo del beneficiario. Los planes Medicare Advantage son planes de atención administrados y operan de formas distintas, con sus propias estructuras de costos que pueden incluir primas, deducibles, copagos y costos máximos de gastos de bolsillo.

### **¿Cómo decido si afiliarme a un plan de Medicare Advantage y cuál puede ser adecuado para mí?**

Deberá tener en cuenta los siguientes aspectos antes de afiliarse a un plan: La participación de su médico actual en el plan, la participación del hospital en el plan, la cobertura de medicamentos recetados, los costos y la ubicación geográfica. Es vital revisar esta información todos los años durante el Período de Elección Anual (del 15 de octubre al 7 de diciembre).

1. **La participación de su médico en el plan:** 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. Confirme la participación de su proveedor todos los años.

2. **La participación de sus hospitales preferidos en el plan:** asegúrese de que los hospitales a los que acude y aquellos a los que quisiera tener acceso participen en el plan o le permitan el acceso como establecimiento fuera de la red.
3. **Medicamentos recetados:** verifique cómo cubriría el plan sus medicamentos recetados (lista de medicamentos cubiertos, restricciones y costos) mediante el Buscador de planes de Medicare.gov (consulte la página 38).
4. **Costos:** recibir atención médica a través de un plan de Medicare Advantage puede costarle menos que recibirla a través de Medicare Original. Los planes de Medicare Advantage podrán cubrir servicios no cubiertos por Medicare Original, como atención oftalmológica y odontológica de rutina, así como audífonos. Es importante que investigue sobre la estructura de costos (primas, copagos, deducibles, gastos de bolsillo máximos, etcétera) de los planes de Medicare Advantage antes de inscribirse.
5. **Ubicación geográfica:** es importante pensar sobre sus planes de viaje cuando decide si un plan HMO es adecuado para usted. Debido a que los planes de con HMO tienen zonas geográficas de atención definidas, si planea estar fuera de la zona de servicio por un período 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 áreas de servicio de los planes PPO y HMO-POS son menos restrictivas, pero aún así debe tener presente el área de servicio del plan.
6. **Calificación por estrellas:** cada plan tiene una calificación por estrellas que refleja los indicadores medidos por Medicare.

### **¿Necesitaré una póliza de seguro suplementario de Medicare?**

No necesitará una póliza de seguro suplementario de Medicare ("Medigap") si se afilia a un plan de Medicare Advantage, debido a que el seguro Medigap solo funciona con Medicare Original. 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 enfermedad actual durante un tiempo si existe una diferencia en la cobertura. Para obtener más información sobre Medigap, consulte la página 21.

## PARTE D DE MEDICARE: COBERTURA PARA MEDICAMENTOS RECETADOS

**La Parte D de Medicare es una 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). 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 solo se ofrece a través de compañías privadas que han celebrado un contrato con el gobierno federal para proporcionar cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare a los beneficiarios de Medicare. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) regulan los planes y las categorías de medicamentos cubiertos. Cada plan de la Parte D tiene su propia lista de medicamentos cubiertos (vademécum farmacológico) 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.

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

1. **Planes independientes para medicamentos recetados (PDP, por sus siglas en inglés):** estos planes operan con Medicare Original y SOLO cubren los medicamentos recetados.
2. **Planes para medicamentos recetados de Medicare Advantage (MAPD, por sus siglas en inglés):** son planes de atención administrada, como HMO, PPO, HMO-POS 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.

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 con respecto a los medicamentos recetados que cubren (lista de medicamentos cubiertos), el monto que debe pagar (prima, deducible y copagos) y las farmacias que puede utilizar (red). 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.

Los beneficiarios con ingresos más altos (superiores a los \$88,000 en el caso de una persona, o \$176,000 en el caso de una pareja) pagarán un recargo por la Parte D además de la prima de su plan. Este recargo varía de \$12.30 a \$77.10 por mes en 2021, y se paga del mismo modo que la prima de la Parte B, generalmente como deducción del cheque de su Seguro Social (consulte la página 72 con el cuadro de cargos).

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 2021:

**Deducible** (hasta \$445). Este es el monto que debe pagar de su bolsillo antes de que su plan ayude a cubrir el costo de sus medicamentos. Algunos planes tienen un deducible más bajo o no tienen deducible.

**Nivel de cobertura inicial.** Usted paga un copago fijo de hasta el 25% de los costos de medicamentos y hasta \$4,130 en costos totales de medicamentos. (El costo total de los medicamentos incluye el monto que usted paga por el medicamento más el monto que el plan paga por el medicamento).

**Brecha de cobertura.** Luego de pagar \$4,130 en concepto de costos totales por los medicamentos, usted pagará aproximadamente el 25% del costo de los medicamentos de marca comercial y genéricos (más una tarifa nominal por prescripción), hasta que **usted** haya incurrido en un costo de bolsillo que ascienda los \$6,550. Esto incluye el deducible (si corresponde) más los copagos o el coseguro pagado hasta alcanzar la brecha de cobertura, el total del costo de los medicamentos de marca comercial comprados durante la ausencia de cobertura, y los costos de bolsillo de los medicamentos genéricos comprados durante la ausencia de cobertura.

**Cobertura catastrófica** (después de \$6,550 de gastos de bolsillo). El beneficiario es responsable del costo que resulte mayor entre los siguientes: cinco por ciento (5%) del costo de medicamentos o un copago de \$3.70 para los medicamentos genéricos y \$9.20 para los medicamentos de marca.

### **Inscripción en la Parte D de Medicare**

La inscripción para la cobertura de medicamentos recetados de Medicare implica la elección de un plan de la Parte D (PDP, por sus siglas en inglés) que opere con Medicare Original o un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados (MA-PD, por sus siglas en inglés). En [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) o llamando al 1-800-MEDICARE, puede obtener información para comparar los planes. También puede solicitar asistencia en HIICAP.

La inscripción en la Parte D puede tener lugar durante el período de inscripción inicial (IEP, por sus siglas en inglés) de siete meses (consulte la página 5). 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 período anual de elección (AEP, por sus siglas en inglés).

También hay excepciones limitadas en las que un beneficiario podrá recibir un **período especial de inscripción (SEP, por sus siglas en inglés)** para afiliarse a un plan de la Parte D o cambiar de plan fuera del AEP. Esto incluye las siguientes situaciones:

- Las personas que tengan Medicaid, un programa de ahorros de Medicare o ayuda extra podrán cambiar de planes una vez por trimestre durante los primeros nueve meses del año (enero a marzo, abril a junio, julio a septiembre). El cambio entrará en vigencia el primer día del mes siguiente.
- Los miembros de EPIC pueden cambiar de plan de la Parte D una vez por año calendario (consulte la página 42).
- Entre el 1 de enero y el 31 de marzo, si está en un plan Medicare Advantage con Parte D, puede cambiar ya sea a un plan diferente de Medicare Advantage o a Medicare Original con o sin la cobertura de medicamentos de la Parte D.
- Cambio de condado de residencia donde haya nuevas opciones de planes de la Parte D. (Este SEP también incluye a las personas que regresan a los EE.UU. después de vivir en el extranjero y los que han sido excarcelados).
- Personas que ingresen, residan o egresen de un establecimiento de atención prolongada, incluidas instituciones de enfermería especializada.
- Personas que se dan de baja de la cobertura del empleador o la sindical, incluida COBRA, para inscribirse en un plan de la Parte D.
- 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:

- En línea en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) o en el 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, durante una visita domiciliar programada.

### **Multa por inscripción tardía**

- Aun si una persona con Medicare no usa en la actualidad gran cantidad de medicamentos recetados, debe pensar comprar un plan de la Parte D. Si un beneficiario no cuenta con una cobertura acreditable de medicamentos (cobertura para medicamentos recetados que sea, al menos, igual de buena que la cobertura para medicamentos recetados estándar de Medicare), deberá pagar una multa por inscripción tardía si elige inscribirse con posterioridad. La multa equivale al uno por ciento (1%) de la "prima base" (\$33.06 en 2021) por mes completo en que la persona con Medicare no estuvo inscrita en un Plan para medicamentos recetados de Medicare cuando comienza a reunir los requisitos 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 (consulte la página 39).
- A las personas que se inscriban en la Parte D durante el período inicial de Inscripción (IEP) no se les aplicará una multa por inscripción tardía. Otras personas con cobertura acreditable, como de un empleador anterior o sindicato, la Administración de Veteranos (VA, por sus siglas en inglés) o TRICARE for Life, no recibirán ninguna multa por inscripción tardía.

Llame al 212-AGING-NYC (212-244-6469) y pide por 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 o no 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 debido a que la inscripción en un plan de la Parte D puede comprometer **todos** 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 cobertura 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, por sus siglas en inglés), 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. Usted puede estar sujeto a una multa por inscripción tardía si no se inscribe cuando reúne los beneficios por primera vez.

### **¿Cómo elijo un plan de la Parte D?**

Para elegir un plan de la Parte D, es mejor usar la herramienta de búsqueda de planes disponible en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov). Puede iniciar sesión con el nombre de usuario y la contraseña de su cuenta de Medicare, o hacer una búsqueda general donde no ingrese información de identificación.

Siga las indicaciones del buscador de planes de los medicamentos que toma en la actualidad o que espera tomar el próximo año, junto con las dosis y la cantidad que necesita de forma correcta. Es mejor solicitar al farmacéutico una lista de sus medicamentos antes de iniciar este proceso.

Se le pedirá que seleccione hasta tres farmacias que desee incluir en su búsqueda. Después de que haya ingresado toda la información, el buscador de plan le permitirá seleccionar el plan que desee visualizar, ya sea planes de la Parte D que operan con Medicare Original o planes Medicare Advantage. Puede usar varias herramientas para filtrar los resultados de búsqueda. Es importante considerar los detalles de cada plan para comprender las restricciones, si las hubiere, que pueden aplicarse. También es recomendable llamar al plan para verificar la información.

Una vez que haya seleccionado el plan adecuado para usted, puede inscribirse por Internet, o llamando a Medicare (1-800-MEDICARE) o al plan de la Parte D. Los asesores de HIICAP pueden ayudarlo a usar el buscador de planes.

### **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:** los planes de la Parte D dividen su vademécum farmacológico (lista de medicamentos cubiertos) en niveles y alientan el uso de los medicamentos del nivel

más bajo, asignando diferentes copagos o coseguros a los distintos 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 vademécum farmacológico, 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 progresiva:** un plan de la Parte D puede solicitar al beneficiario que intente usar medicamentos menos costosos para la misma afección antes de pagar un medicamento de marca de mayor valor. Sin embargo, si un beneficiario ya ha probado medicamentos menos costosos, debe hablar con su médico para solicitar una excepción al plan.
- **Límites de cantidad:** por razones de seguridad y de costo, los planes pueden limitar la cantidad de medicamentos que cubren durante un cierto período. Por ejemplo, es posible que un plan cubra un suministro de un medicamento por 30 días únicamente.

### **Apelaciones de la Parte D**

Las apelaciones de la Parte D siguen el mismo proceso independientemente de si tiene cobertura en un plan de la Parte D (PDP) independiente o un plan Medicare Advantage (MA). Si un plan no cubre un medicamento que cree que necesita, o si el plan cubrirá el medicamento pero a un precio más alto de lo que cree que debería pagar, puede:

- Hablar con su médico para ver si hay otro medicamento cubierto por el plan.
- Solicitar al plan que le otorgue una "Excepción" para cubrir su medicamento o para cubrir su medicamento a un costo compartido más bajo.
- Si no está de acuerdo con la decisión de su plan, puede presentar una apelación siguiendo las instrucciones en el aviso de rechazo del plan. Preste atención a las fechas límite para presentar apelaciones.

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

La Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés), subsidia el costo del plan de la Parte D para los beneficiarios de Medicare con ingresos más bajos y recursos limitados. El subsidio se paga directamente al plan de la Parte D. El programa se denomina Programa de subsidio para las personas con ingresos bajos (LIS, por sus siglas en inglés), también conocido como Ayuda Extra. Las personas con Medicaid y/o un Programa de ahorros de Medicare (MSP) se inscriben automáticamente en la Ayuda Extra Total; también se puede solicitar directamente a través de la SSA para obtener Ayuda Extra. No es necesario ser beneficiario del Seguro Social para recibir Ayuda Extra.

La **Ayuda Extra Total** es para beneficiarios con ingresos mensuales de hasta el 135% del Nivel Federal de Pobreza y límites de recursos dentro de las cantidades indicadas a

continuación. Los recursos incluyen \$1,500 adicionales para personas y \$3,000 para parejas por gastos de funeral o entierro.

| <b>Ingresos de Ayuda Extra y límites de activos (2021)</b> |                   |          |                      |          |
|--|-------------------|----------|----------------------|----------|
|  | <b>Individual</b> |          | <b>Pareja casada</b> |          |
|  | Ingreso mensual   | Bienes   | Ingreso mensual      | Bienes   |
| <b>Ayuda Extra Total</b>                                   | \$1,469           | \$9,470  | \$1,980              | \$14,960 |
| <b>Ayuda Extra Parcial</b>                                 | \$1,630           | \$14,790 | \$2,198              | \$29,520 |

Beneficios de la Ayuda Extra Completa:

- No hay prima mensual para un plan de la Parte D, siempre que el plan seleccionado sea un plan de "referencia", un plan básico que tiene una prima mensual completamente subsidiada por el programa de Ayuda Extra (prima mensual de hasta \$42.27 en 2021).
- Sin deducible.
- Los copagos reducidos, según el ingreso: beneficiarios con ingresos de hasta el 100% del nivel federal de pobreza tendrán copagos de \$1.30 para los medicamentos recetados genéricos y de \$4.00 para los medicamentos recetados de marcas comerciales. Todos los demás beneficiarios que reciban el Programa de Ayuda Extra completo tendrán copagos limitados a \$3.70 para los medicamentos recetados genéricos y a \$9.20 para los medicamentos recetados de marca comercial.

La **Ayuda Extra Parcial** es para beneficiarios con ingresos mensuales de hasta el 150% del Nivel Federal de Pobreza y límites de recursos dentro de las cantidades indicadas a continuación. Los recursos incluyen \$1,500 adicionales para personas y \$3,000 para parejas por gastos de funeral o entierro.

Beneficios de la Ayuda Extra Parcial:

- Prima del plan mensual en una escala variable en función de los ingresos.
- Deducible reducido a no menos de \$92.
- Copagos reducidos, se paga el menor del 15% de los costos del medicamento o costos compartidos del plan.

Los asesores del HIICAP, al igual que la Administración del Seguro Social, pueden ayudarlo a evaluar su elegibilidad para Ayuda Extra. Para solicitar Ayuda Extra, llame a la SSA al 1-800-772-1213 (1-800-325-0778 TTY) o haga una solicitud en línea en [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov). Puede solicitar Ayuda Extra en cualquier momento del año.

Las personas que reciben Ayuda Extra no estarán sujetas a una multa por inscripción tardía en la Parte D. Además, las personas que reciben Ayuda Extra pueden cambiar su plan de la Parte D en momentos adicionales durante el año. Consulte la página 39 para obtener más información.

Llame al 212-AGING-NYC (212-244-6469) y pide por HIICAP

Hay casos en los que alguien es automáticamente elegible para la Ayuda Extra pero no está inscrito en un plan de la Parte D. Puede ser de utilidad el Programa de Transición para las personas Recientemente Elegibles con Ingresos Limitados (LINET, por sus siglas en inglés), que administra Humana. LINET puede obtener cobertura de medicamentos recetados retroactiva o temporal mientras se inscribe en un plan de la Parte D. Es posible que necesite documentación de la Mejor evidencia disponible de que es elegible para recibir Ayuda Extra, como una carta de adjudicación de Medicaid, una carta de adjudicación de MSP o un comprobante de SSI. Puede comunicarse con LINET al 1-800-783-1307.

# **PROGRAMA EPIC DEL ESTADO DE NUEVA YORK (Cobertura de Seguro Farmacéutico para Personas Mayores)**

El Programa de cobertura de seguro farmacéutico para las personas mayores (EPIC, por sus siglas en inglés) 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 \$75,000 para solteros/\$100,000 para las parejas casadas, es posible que reúna los requisitos de EPIC. La mayoría de las farmacias en el estado de Nueva York participan con el programa EPIC.

Para tener cobertura EPIC, deberá tener cobertura de la Parte D (plan de medicamentos recetados de Medicare o de Medicare Advantage); sin embargo, si aún no cuenta con esta cobertura y se inscribe en EPIC, puede elegir un plan de la Parte D en ese momento. Los beneficiarios con Medicaid completo no son elegibles para la cobertura EPIC (aunque las personas en el programa de exceso de gastos de Medicaid podrán ser elegibles).

EPIC funciona como cobertura secundaria de la Parte D de Medicare para bajar los costos de los medicamentos. Los afiliados de EPIC deberán presentar su tarjeta de la Parte D y de EPIC cuando deseen obtener medicamentos en una farmacia. Luego de alcanzar cualquier deducible de la Parte D, EPIC es la cobertura secundaria. EPIC también cubre medicamentos aprobados excluidos de la Parte D, lo que incluye vitaminas recetadas y medicamentos para la tos y el resfrío.

## **PLANES DE CARGOS Y DE DEDUCIBLE DE EPIC**

Hay dos planes dentro de EPIC: el plan de cargos y el plan de deducibles. Los solicitantes no pueden elegir en qué plan inscribirse; EPIC toma la decisión según los ingresos de la persona o de la pareja.

El **Plan de cargos de EPIC** es para personas con ingresos anuales de hasta \$20,000 y para parejas casadas con ingresos de hasta \$26,000. Para participar en el Plan de cargos, los afiliados pagan el cargo anual asociado con sus ingresos, establecido en una escala móvil. 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 debería pagar un cargo anual de \$110. Una pareja con un ingreso de \$24,000 debería pagar \$260 por persona para participar en el Plan de cargos de EPIC. Después de pagar la tarifa, los participantes pagan el copago EPIC por sus medicamentos, según el deducible y el costo compartido de su plan de la Parte D.

EPIC paga la prima mensual de Parte D para miembros del Plan de cargos, hasta \$42.27 por mes en 2021. Además, los miembros de EPIC con el programa Ayuda Extra completo (consulte la página 39) quedarán exentos de pagar la tarifa de EPIC.

El **Plan de deducibles de EPIC** es para personas con ingresos anuales de entre \$20,001 y \$75,000, y para parejas casadas con ingresos de entre \$26,001 y \$100,000. Para participar en el Plan de deducibles, 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

Llame al 212-AGING-NYC (212-244-6469) y pida por HIICAP

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 casadas con un ingreso de \$29,000, cada persona debe alcanzar un deducible anual de \$700. No hay tarifa para inscribirse en el plan de deducibles.

EPIC paga la prima mensual de la Parte D (hasta \$42.27 por mes en 2021) para los miembros del Plan de deducibles con ingresos de hasta \$23,000 para solteros/\$29,000 para parejas casadas. Los miembros del Plan de deducibles con ingresos superiores deben pagar sus propias primas de la Parte D, pero su deducible de EPIC se reducirá según el costo anual de un plan básico Parte D (\$507.24 en 2021).

Luego de que un miembro del Plan de deducibles alcance su deducible, todo lo que deberá pagar será solamente el copago de EPIC por los medicamentos cubiertos, según los copagos de su plan de la Parte D. Los costos de medicamentos en los que haya incurrido en la fase de deducibles de la Parte D no pueden aplicarse al deducible de EPIC.

### **\*INFORMACIÓN ÚTIL\***

- ✓ Los miembros de EPIC sin Ayuda Extra pueden considerar un plan de la Parte D sin deducible; EPIC no cubre los medicamentos recetados comprados durante el período de deducibles de un plan de la Parte D.
- ✓ La inscripción en EPIC y los copagos de EPIC no están reflejados en la herramienta de búsqueda de planes médicos [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov).

### **¿Cómo funciona EPIC con la Parte D de Medicare?**

La ley de Nueva York exige que los miembros de EPIC se inscriban en un plan de la Parte D de Medicare (consulte Parte D de Medicare, en la página 29) y, por lo tanto, si alguna persona no se puede inscribir en la Parte D por cualquier razón, no es elegible para EPIC.

Puede inscribirse en EPIC en cualquier momento del año. Aunque no tenga un plan de la Parte D en el momento de la inscripción en EPIC, puede inscribirse en un plan de la Parte D a continuación.

La cobertura de la Parte D es primaria y la cobertura EPIC es siempre secundaria. 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 cobertura de la Parte D y también tiene EPIC, usted pagaría el copago de la EPIC por un medicamento de \$20, que es de \$7. Además, EPIC lo cubrirá después de haber alcanzado cualquier deducible de Parte D, incluso durante el nivel inicial de cobertura, la brecha de cobertura, y durante la cobertura de gastos catastróficos, siempre que los medicamentos estén cubiertos por el plan de la Parte D en primer lugar. EPIC será un pagador secundario de los afiliados a la Parte D del plan que usan determinadas farmacias participantes con entrega por correo postal de EPIC, incluso si dicha farmacia con entrega por correo postal se encuentra fuera del estado de Nueva York. (EPIC no le pagará a una farmacia que se encuentre fuera del estado por un medicamento que no está cubierto en el plan Parte D).

EPIC es el Programa de Asistencia Farmacéutica Estatal (SPAP, por sus siglas en inglés) del estado de Nueva York. Los miembros de SPAP tienen un Período especial de inscripción (SEP, por sus siglas en inglés), que les permite inscribirse en los planes de la Parte D o cambiar dichos planes (un plan Medicare Advantage con cobertura de la Parte D o un plan de la Parte D que opera con Medicare Original) una vez más cada año.

**EPIC y Ayuda Extra**

EPIC requiere que los miembros que reúnen los requisitos de ingresos para Ayuda Extra completen un formulario adicional denominado Solicitud de Información Adicional (RFAI, por sus siglas en inglés) para que EPIC pueda solicitar el programa Ayuda Extra en su nombre ante la Administración del Seguro Social. Esta solicitud de Ayuda Extra también será reenviada al programa Medicaid del estado de Nueva York, a fin de evaluar la elegibilidad para el Programa de ahorros de Medicare (consulte la página 45) con el objetivo de ayudarlo a pagar la prima de la Parte B de Medicare.

**Cobertura de los copagos de la Parte D de Medicare y de EPIC o medicamentos de la Parte D aprobados que se excluyen:**

| <b>Costo del medicamento recetado (después de presentarse al plan de la Parte D de Medicare)</b> | <b>EPIC Copago</b> |
|--|--------------------|
| Hasta \$15   | \$3                |
| \$15.01 a \$35   | \$7                |
| \$35.01 a \$55   | \$15               |
| Más de \$55  | \$20               |

**Cobertura de medicamentos por EPIC y por programas del empleador o para jubilados**

EPIC exige la inscripción en un plan de la Parte D; es improbable que las personas con cobertura para medicamentos según planes de los empleadores/para jubilados tengan también cobertura de EPIC, ya a que la inscripción en un plan de la Parte D probablemente pondría en peligro su cobertura de un plan de su empleador/para jubilados. No obstante, en ocasiones, la cobertura de medicamentos conforme a un plan del empleador/para jubilados se considera un plan de la Parte D, en cuyo caso la persona también podría tener EPIC. **Consulte con el gerente de beneficios para averiguar qué cobertura de medicamentos tiene.**

**Solicitud de EPIC**

- Puede llamar a EPIC al 1-800-332-3742 (TTY: 1-800-290-9138) para pedir una solicitud.
- Visite [https://www.health.ny.gov/health\\_care/epic/](https://www.health.ny.gov/health_care/epic/) para obtener más información sobre EPIC y para descargar e imprimir una solicitud. También puede solicitar en línea a EPIC que le envíen una solicitud por correo.
- Envíe por fax la solicitud completada de EPIC al 518-452-3576 o envíela a EPIC por correo postal, P.O. Box 15018, Albany, NY 12212-5018.

## PROGRAMAS DE AHORROS DE MEDICARE

Los Programas de Ahorros de Medicare (MSP, por sus siglas en inglés) pueden ayudar a las personas 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, por sus siglas en inglés) de la ciudad de Nueva York. Uno puede solicitar un MSP en cualquier momento del año. Los MSP están autorizados por 12 meses; la HRA envía anualmente paquetes de renovación para evaluar la continuidad de la elegibilidad.

A continuación se ofrece información sobre los programas de ahorros de Medicare, seguida por los límites de ingresos de cada uno de los programas, y cómo presentar una solicitud.

- **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 de QMB deben recibir servicios de proveedores que acepten tanto Medicare como Medicaid si desean una cobertura médica completa sin costos de bolsillo.
  - INFORMACIÓN NUEVA: La categoría de beneficiario calificado de Medicare (QMB, por sus siglas en inglés) figura ahora en la Notificación resumida de Medicare, que indica claramente que los beneficiarios QMB no son responsables de ningún costo compartido de Medicare.
  - Los beneficiarios de SSI deben inscribirse automáticamente en QMB cuando se vuelven elegibles para Medicare y deben inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare.
- **Programa para beneficiarios de Medicare con bajos ingresos especificados (SLMB, por sus siglas en inglés):** Este programa paga la prima de la 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. No se puede reunir los requisitos para QI y Medicaid al mismo tiempo. El solicitante debe tener la Parte A de Medicare para reunir los requisitos del programa QI.

| <b>Límites mensuales de ingresos y recursos para los MSP – 2020</b> |                |            |                      |            |
|---|----------------|------------|----------------------|------------|
|   | <b>Soltero</b> |            | <b>Pareja casada</b> |            |
|   | Ingresos       | Recursos   | Ingresos             | Recursos   |
| <b>QMB: 100% FPL</b>  | \$1,084        | Sin límite | \$1,457              | Sin límite |
| <b>SLMB: 120% del FPL</b>   | \$1,296        | Sin límite | \$1,744              | Sin límite |
| <b>QI: 135% FPL</b>   | \$1,456        | Sin límite | \$1,960              | Sin límite |

Llame al 212-AGING-NYC (212-244-6469) y pide por HIICAP

| <b>Límites mensuales de ingresos y recursos para los MSP – estimados para 2021</b> |                |            |                      |            |
|--|----------------|------------|----------------------|------------|
|  | <b>Soltero</b> |            | <b>Pareja casada</b> |            |
|  | Ingresos       | Recursos   | Ingresos             | Recursos   |
| <b>QMB: 100% FPL</b>   | \$1,093        | Sin límite | \$1,472              | Sin límite |
| <b>SLMB: 120% del FPL</b>  | \$1,308        | Sin límite | \$1,762              | Sin límite |
| <b>QI: 135% FPL</b>  | \$1,469        | Sin límite | \$1,980              | Sin límite |

### **Cómo solicitar uno de los Programas de Ahorros de Medicare**

- Puede solicitarse a través de un agente autorizado, en la oficina local de Medicaid, o por correo.
  - El agente autorizado lo asistirá para completar la solicitud y reunir los documentos justificativos que se necesitan. Para concertar una cita con un asesor autorizado de HIICAP, llame a Aging Connect al 212-244-6469 y pregunte por HIICAP. También puede comunicarse con el Centro de Derechos de Medicare llamando al 1-800-333-4114.
  - Comuníquese con un asistente de inscripción. Visite <https://www1.nyc.gov/assets/ochia/downloads/pdf/facilitated-enrollers.pdf> o comuníquese al 347-396-4705 para ubicar un centro cerca de su hogar donde pueda obtener asistencia para completar su solicitud.
  - Envíe por correo la solicitud completa y copias de los documentos justificativos a: Medical Assistance Program; MSP-CREP, 5<sup>th</sup> Floor; P.O. Box 24330; Brooklyn, NY 11202-9801.

### **¿Qué solicitud debo usar?**

- Si solicita solamente un MSP (y no Medicaid y un MSP), puede usar el formulario simplificado de Solicitud de un Programa de Ahorros de Medicare, el DOH-4328, disponible en <https://www.health.ny.gov/forms/doh-4328.pdf>.
- Si solicita un MSP y Medicaid, debe utilizar la Solicitud de un Programa de Ahorros de Medicare y la solicitud de Access NY Health Care, DOH-4220, disponible en <https://www.health.ny.gov/forms/doh-4220.pdf>.

### **¿Qué cuenta como ingreso al solicitar un MSP?**

- Los ingresos incluyen salarios de un empleador o trabajo por cuenta propia. También incluye los fondos que se reciben mensualmente, como el Seguro Social, las pensiones, los beneficios para veteranos, el seguro de desempleo, etc., así como las distribuciones regulares de una cuenta IRA, 401K, 403B u otra cuenta de jubilación.
- Hay ciertas omisiones de ingresos que pueden reducir la cantidad de dinero que se cuenta al determinar la elegibilidad para MSP. Esto puede incluir las primas de seguro de salud que se pagan, por ejemplo: primas de Medigap, primas de seguro de atención a largo plazo, primas de seguro de salud para jubilados y seguro dental. **Nota:** Estos programas exigen que esté cobrando algún beneficio de Seguro Social para el cual resulte elegible, a menos que demore el Seguro Social porque está trabajando a tiempo completo.

**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 para reducir sus costos de medicamentos de la Parte D de Medicare (ver página 39).
- Si solicita Ayuda Extra a través de la Administración del Seguro Social, la SSA enviará su información al Estado de Nueva York para que se considere su elegibilidad para MSP.
- Puede calificar para un Programa de ahorros de Medicare incluso si todavía está trabajando debido a que no se tiene en cuenta el ingreso del trabajo.

# 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 cargos para beneficiarios de Medicare, pero no para otros pacientes.
- Falta de ajustes en las cuentas cuando se descubren errores.
- Omitir en forma rutinaria el deducible de la Parte B de Medicare y el 20% de coseguro.

## **La realidad sobre Medicare**

- No proporcione nunca su número de Medicare a personas que no conozca. Presente un informe ante Medicare si cree que alguien le ha robado su Identificador de Beneficiario de Medicare (MBI, por sus siglas en inglés).
- Tenga cuidado con los planes de salud, los médicos y los proveedores privados que usen llamadas telefónicas y venta puerta a puerta para venderle bienes y servicios.
- Sospeche de personas que llamen y se identifiquen como pertenecientes a Medicare. Medicare no llama por teléfono a sus beneficiarios y no hace visitas domiciliarias.
- Esté alerta ante empresas que ofrezcan regalos a cambio de su número de Medicare.
- Manténgase alerta respecto de proveedores de atención médica domiciliaria que ofrezcan servicios de transporte no médico o trabajos domésticos como si fueran servicios aprobados de Medicare.
- Desconfíe de aquellas personas que digan 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 recuerde 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 1-800-333-4374. 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 al programa de Medicare a detectar prácticas fraudulentas o abusivas, usted está ahorrando dinero a Medicare y a sí mismo.

**Para denunciar un fraude o abuso de Medicare,  
llame a la Senior Medicare Patrol (Patrulla de Medicare para personas  
mayores, SMP) al 1-800-333-4374.**

**Para denunciar un fraude o abuso respecto de los planes de la Parte D de  
Medicare, llame a Medic, al 1-877SafeRx.**

**El fraude y el abuso nos conciernen a todos,  
y todos podemos ayudar a prevenirlos.**

### **ROBO DE IDENTIDAD**

**La Comisión Federal de Comercio (FTC)** ofrece información sobre cómo proteger la identidad. Comuníquese con la FTC para obtener información o para presentar una denuncia por teléfono al 1-877-438-4338 o en la web, [www.consumer.gov/scams](http://www.consumer.gov/scams).

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.

# REQUISITOS DE MEDICAID PARA PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS, CIEGAS O DISCAPACITADAS

## Medicaid sin MAGI (por sus siglas en inglés)

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 que exige que estos prueben sus necesidades económicas para poder calificar. Una vez que se determina que una persona es elegible para Medicaid, se emite una tarjeta plástica de Medicaid que es válida mientras la persona continúe siendo elegible. Además de los requisitos económicos, Medicaid exige que sea ciudadano de los EE. UU. o extranjero calificado. Para solicitar Medicaid en la ciudad de Nueva York, deberá residir en esta ciudad.

### 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
- Audífonos
- 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
- Atención médica a domicilio

La ubicación y el modo de solicitar Medicaid depende de su "categoría": los mayores de 65 años, ciegos o discapacitados presentan su solicitud mediante la Administración de Recursos Humanos (HRA, por sus siglas en inglés) de la ciudad de Nueva York; los menores de 65 años que no son ciegos ni discapacitados, mediante NY State of Health. Esta sección contempla la manera de solicitar Medicaid para las personas mayores de 65 años, ciegos o discapacitadas. Ver página 59 para obtener información sobre Medicaid para aquellos menores de 65 años y que no sean ciegos o discapacitados.

Los mayores de 65 años, ciegos o discapacitados pueden reunir los requisitos para Medicaid de varios modos, según los servicios que soliciten.

- **Community Medicaid (Medicaid Comunitario)** hace referencia a la cobertura de Medicaid para las personas que viven en su domicilio y utilizan Medicaid como cobertura de seguro médico.
- **Institutional Medicaid (Medicaid Institucional)** hace referencia a la cobertura de Medicaid que proporciona cobertura médica completa y cubre la atención de tiempo completo en una residencia para ancianos (esto es diferente de la atención

médica en un centro de enfermería especializada, que es temporaria y la cubre la Parte A de Medicare).

**COMMUNITY MEDICAID** tiene un **máximo de ingresos mensuales contables** de \$884 para personas solteras, viudas o divorciadas/\$1,300 para matrimonios, y un límite de **bienes** de \$15,900 (más \$1,500 en un fondo para sepelio) para personas solteras, viudas o divorciadas/\$23,400 (más \$3,000 en fondos para sepelio) para matrimonios en 2021.

Medicaid tiene en cuenta los **ingresos** de todas las fuentes, incluso los salarios y los pagos de Seguro Social y jubilación. Se aplican determinadas **deducciones autorizadas de ingresos**; por lo tanto, incluso si sus ingresos exceden estos montos, le recomendamos que presente una solicitud. Además, si sus ingresos superan estos montos, podrá ser elegible para participar en el **Excess Income Program** o, también conocido como, **Medicaid Spenddown** (Programa de Exceso de Ingresos, o exceso de gastos) de Medicaid. Con este programa, usted cubre costos por el valor de su "monto de exceso", el monto por el que supera el límite de ingresos de Medicaid en gastos médicos y luego tiene cobertura completa de Medicaid durante el resto del mes.

Los **bienes** incluyen el dinero en efectivo, las cuentas bancarias, cuentas individuales de jubilación (IRA, por sus siglas en inglés) y acciones. Ciertos bienes no se tienen en cuenta en estos límites, como la vivienda de residencia principal, automóvil y bienes personales. Quienes solicitan Community Medicaid deberán documentar sus bienes en el mes de la solicitud, y no hay un período de revisión de transferencias de bienes para Community Medicaid, con la excepción de aquellos que solicitan servicios de atención a largo plazo basados en la comunidad. Para los servicios de atención a largo plazo cubiertos por Medicaid, el presupuesto reciente del Estado de Nueva York impone un período retroactivo de 30 meses. Se implementará gradualmente a lo largo del tiempo, comenzando con las transferencias realizadas a partir del 1 de octubre de 2020. Inicialmente programada para comenzar el 1 de enero de 2021, la implementación de la revisión se ha retrasado hasta el 1 de abril de 2021 debido a la emergencia de salud pública COVID-19. La conversión al pasado se aplicará a las nuevas aplicaciones de servicios de atención domiciliaria; los que ya están inscritos no tendrán retroceso en las transferencias de activos.

Para obtener una lista completa de la manera en que Medicaid cuenta los ingresos y los bienes, visite la Guía de referencia de Medicaid en [www.health.ny.gov/health\\_care/medicaid/reference/mrg/](http://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/reference/mrg/). Si sus ingresos o bienes superan los montos autorizados por Medicaid, puede ser conveniente que solicite participar en uno de los programas de ahorros de Medicare para obtener ayuda con el pago de las primas y otros costos asociados con Medicare (consulte la página 45).

**La solicitud de Medicaid:** Es necesario completar la solicitud de acceso a la atención médica en el estado de Nueva York (Access NY Health Care), el formulario DOH 4220 y también el complemento A. Puede acceder a las solicitudes y a las instrucciones en [www.health.ny.gov/health\\_care/medicaid/alternative\\_forms](http://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/alternative_forms).

## ¿Dónde debo presentar la solicitud?

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

- Comuníquese con un facilitador de inscripción cercano a su domicilio para obtener asistencia. Los asesores del HIICAP pueden indicarle una agencia en su distrito, o puede visitar [www1.nyc.gov/assets/ochia/downloads/pdf/facilitated-enrollers.pdf](http://www1.nyc.gov/assets/ochia/downloads/pdf/facilitated-enrollers.pdf) para obtener una lista de facilitadores.
- Puede visitar su oficina local de Medicaid: podrá obtener ayuda para llenar la solicitud en persona en la oficina o dejar una solicitud completada. Consulte la página 71 para encontrar una lista de oficinas de Medicaid, llame al 311 para hablar con la Administración de Recursos Humanos o visite [www1.nyc.gov/site/hra/locations/medicaid-locations.page](http://www1.nyc.gov/site/hra/locations/medicaid-locations.page).
- Puede enviar una solicitud por correo postal. Envíe la solicitud completada junto con documentos comprobatorios a:  
Initial Eligibility Unit  
HRA/Medicaid Assistance Program  
P.O. Box 2798  
New York, NY 10117-2273

**Recertificación:** La autorización de Medicaid tiene una duración de doce (12) meses. Alrededor del 9<sup>no</sup> mes de cobertura, la HRA envía un paquete de recertificación que usted deberá completar para que se determine la continuidad de su elegibilidad.

### **Eliminación de "Exceso de Gastos" para solicitantes de Medicaid**

Las personas discapacitadas 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**. Crear un fideicomiso para necesidades suplementarias elimina la necesidad de las personas de aportar su dinero de "excedente" o "exceso de gastos" 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.

Para obtener más información, comuníquese con Evelyn Frank Legal Resources Program de NY Legal Assistance Group al 212-613-7310 o por correo electrónico a [EFLRP@NYLAG.org](mailto:EFLRP@NYLAG.org).

## ¿Cómo funcionan Medicaid y Medicare juntos?

Es posible tener a la vez Medicare y Medicaid. Quienes tienen ambas coberturas a la vez se denominan "afiliados dobles". Medicare es la cobertura principal y Medicaid, la secundaria. Además de pagar los requisitos de costo compartido de Medicare, como el deducible de la Parte A y la Parte B y un 20% de coseguro, Medicaid en Nueva York también ofrece beneficios como

Llame al 212-AGING-NYC (212-244-6469) y pide por HIICAP

atención médica a domicilio y servicios odontológicos y oftalmológicos, que no están cubiertos en el programa de Medicare.

Al igual que todos los beneficiarios de Medicare, los afiliados dobles pueden elegir el modo en que reciben sus beneficios de ambas coberturas. Es importante confirmar la cobertura con todos los prestadores. Estas son las diferentes formas en que los afiliados dobles pueden acceder a sus beneficios de Medicare y Medicaid:

- Medicare Original (tarjeta roja, blanca y azul) + plan Medicaid de pago por servicios (tarjeta de beneficios del estado de Nueva York) + plan de la Parte D de Medicare.
- Plan para necesidades especiales pensado específicamente para afiliados dobles: son las HMO que ofrecen todos los beneficios de las Partes A, B y D de Medicare más todos los beneficios cubiertos de Medicaid.
- Plan de Medicare Advantage con Parte D + plan de Medicaid de pago por servicios (tarjeta de beneficios del estado de Nueva York).

### **¿Cómo interacciona Medicaid con la Parte D de Medicare?**

Los afiliados dobles se inscriben de manera automática en la Ayuda Extra completa (consulte la página 39), y se los inscribe automáticamente en un plan de la Parte D si no eligen uno por su cuenta. Siempre que un afiliado doble esté inscrito en un plan de la Parte D clasificado como plan "modelo", no pagará prima por la cobertura de la Parte D. En 2021, los afiliados dobles con ingresos por debajo del 100% del nivel federal de pobreza (FPL, por sus siglas en inglés) tendrán copagos de \$1.30 para medicamentos recetados genéricos y de \$4.00 para medicamentos recetados de marca en 2021. Quienes tengan ingresos por encima del 100% del nivel federal de pobreza tendrán copagos de \$3.70 para medicamentos recetados genéricos y de \$9.20 para medicamentos recetados de marca.

Por ley, ciertos medicamentos no están cubiertos por la Parte D, por ejemplo, los medicamentos de venta libre y las vitaminas. Sin embargo, seguirán teniendo cobertura de Medicaid al presentar una receta.

## Atención obligatoria prolongada administrada por Medicaid:

### Solicitar Medicaid para servicios de cuidado personal, de atención a domicilio o enfermería privada

Los elegibles dobles que necesiten cobertura de Medicaid para cuidados personales, atención a domicilio o enfermería privada, primero deben solicitar Medicaid, recibir la aprobación (con o sin exceso de gastos) y luego seguir estos pasos:

1. Llame a New York Medicaid Choice al 855-222-8350 para solicitar una cita en el CFEEC. El Centro de Inscripción y Evaluación sin Conflictos (CFEEC, por sus siglas en inglés) evalúa la necesidad de recibir servicios de atención a domicilio en el caso de personas que acaban de contraer la necesidad de servicios de atención a largo plazo. El CFEEC solo determina SI una persona necesita atención a domicilio O NO. El CFEEC NO determina la clase de atención a domicilio ni la cantidad de horas de atención. Si el CFEEC determina que el cliente necesita servicios de atención médica a largo plazo (definida como más de 120 días de atención a domicilio en un año), el cliente deberá inscribirse en un plan de atención médica administrada al menos en lo que respecta a los servicios de atención a domicilio.
2. Si se le aprueba la atención a largo plazo cubierta por Medicaid, se le solicitará que se inscriba en un plan de atención administrada a largo plazo de Medicaid. Usted recibirá un paquete por correo de New York Medicaid Choice con las opciones de que dispone e instrucciones para inscribirse. Tiene sesenta (60) días para inscribirse en un plan. Si usted no elige un plan, será inscrito automáticamente en un plan de atención administrada a largo plazo (consulte la primera viñeta a continuación).

Dado que los planes de atención administrada a largo plazo son los que determinan la clase y la cantidad de horas de atención médica que proporcionarán, el cliente podrá consultar a más de un plan para comparar la clase de atención y la cantidad de horas que aprobarían diferentes planes.

Existen **tres clases** de planes de atención administrada a largo plazo entre los que se puede elegir:

- **Plan de atención administrada a largo plazo (MLTC, por sus siglas en inglés):** los planes MLTC ofrecen servicios de atención a largo plazo y algunos otros servicios, por ejemplo, modificaciones en el hogar, transporte médico que no sea de emergencia, podología, audiología, odontología y optometría. Esa es la opción de plan de atención administrada a largo plazo más flexible, ya que usted puede conservar sus condiciones actuales de prestadores de Medicare y Medicaid. Los afiliados a un plan de atención administrada a largo plazo continuarán utilizando su plan actual (es decir, su tarjeta de Medicare, su tarjeta de Medicaid o su tarjeta de Medicare Advantage) para todos los demás servicios de Medicare y Medicaid. Si una persona no se inscribe en un MLTC por su cuenta, se la inscribirá de manera automática en un plan de esta clase.
- **Medicaid Advantage Plus (MAPlus):** los planes MAPlus ofrecen TODOS los servicios de Medicare Y Medicaid, incluso servicios de atención a largo plazo, del mismo plan y debe usar proveedores de la red.
- **Programas de atención integral para personas de edad avanzada (PACE,**

Llame al 212-AGING-NYC (212-244-6469) y pida por HIICAP

**por sus siglas en inglés):** Los planes PACE ofrecen todos los servicios de Medicare y Medicaid, incluso servicios de atención a largo plazo. Los afiliados reciben servicios del mismo plan y deberán utilizar prestadores de la red. Los planes de atención integral para personas de edad avanzada (PACE, por sus siglas en inglés) difieren de los planes MAPPlus en que los afiliados deberán tener al menos 55 años para inscribirse en los planes PACE y que estos planes ofrecen servicios a través de un sitio particular, como una clínica médica o un hospital.

Para obtener más información sobre las clases de planes de atención administrada a largo plazo, visite:

- MLTC, MAP+ y PACE:  
[https://www.health.ny.gov/health\\_care/medicaid/redesign/docs/mltc\\_guide\\_e.pdf](https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/redesign/docs/mltc_guide_e.pdf)
- Directorio del plan:  
[https://www.health.ny.gov/health\\_care/managed\\_care/mltc/mltcplans.htm](https://www.health.ny.gov/health_care/managed_care/mltc/mltcplans.htm)

Para quienes solicitan Medicaid con una **necesidad inmediata de recibir servicios de atención a domicilio**, existe un procedimiento para obtener la aprobación de Medicaid en siete (7) días y aprobación para atención a domicilio en doce (12) días. Además de presentar la solicitud DOH-4220, el complemento A y la documentación de respaldo, también deberán presentar un formulario M11-Q firmado por un médico que indique las necesidades específicas de atención médica y una certificación de que la necesidad de dicha atención es inmediata. Si se aprueba la necesidad inmediata de atención a domicilio, quienes lo solicitan recibirán servicios pagados directamente por el programa Medicaid de la ciudad de Nueva York, y no necesitarán recurrir al CFEEC ni inscribirse en un plan de atención administrada. Sin embargo, para seguir recibiendo estos servicios después de unos meses, deberán pasarse a la atención administrada. Es siguiente es un enlace a la Alerta de Medicaid de la HRA en el cual se describe este procedimiento: [www.wnyc.com/health/afile/203/614/](http://www.wnyc.com/health/afile/203/614/).

### **¿Cómo funciona la atención administrada a largo plazo junto con un programa de exceso de gastos de Medicaid?**

Muchas personas tienen Medicaid con exceso de gastos para poder pagar los servicios de atención domiciliar que cubre Medicaid. Estas personas pagan su exceso de gastos de Medicaid al plan de salud. Si un miembro no paga el exceso de gastos, el plan puede cancelar su afiliación.

### **¿Cómo elijo un plan?**

1. Decida qué clase de plan se adecuaría mejor a sus necesidades (MLTC, MAPPlus o PACE).
2. Consulte con sus prestadores (organización de atención a domicilio, prestadores médicos, etc.) en qué planes participan, para escoger un plan que le permita seguir acudiendo a ellos. Si desea inscribirse en un plan MAPPlus o PACE, también debe recibir su cobertura para medicamentos de la Parte D a través de ese plan; el buscador de planes, en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov), incluye la información sobre medicamentos de venta bajo receta de estos planes.
3. Para inscribirse en el plan, llame a NY Medicaid Choice al 1-888-401-6582.

Llame al 212-AGING-NYC (212-244-6469) y pide por HIICAP

### **¿Cómo determinará el plan cuántas horas de atención domiciliaria recibiré?**

Si se encuentra en el proceso de seleccionar un plan, puede pedirle al plan que realice una evaluación para tener un plan por escrito con el número de horas de atención a domicilio que recibirá si se inscribe en ese plan.

### **¿Qué sucede si deseo cambiar de plan administrado de atención a largo plazo?**

A partir del 1 de diciembre de 2020, la nueva inscripción en un plan MLTC tendrá un período de bloqueo (nota: esta regla no se aplica a la inscripción al plan MAPlus o PACE). El afiliado tiene un período de gracia durante los primeros 90 días en un plan nuevo. Durante el período de gracia, uno puede transferirse a un nuevo plan MLTC. Después de 90 días, uno está bloqueado en el plan MLTC durante 9 meses; uno solo puede cambiar de plan si tiene una "buena causa". Después del período de bloqueo de 9 meses, puede cambiar de plan en cualquier momento. New York Medicaid Choice (Maximus) gestiona la inscripción para la atención administrada a largo plazo; su número de contacto es 1- 888-401-6582.

### **¿Cómo puedo obtener ayuda con los planes de atención administrados a largo plazo?**

La Red Independiente de Defensa del Consumidor (ICAN, por sus siglas en inglés) es el programa de defensoría del pueblo del Estado de Nueva York para las personas que reciben servicios de atención a largo plazo a través de la atención administrada de Medicaid, incluidos MLTC, MAPlus, PACE y Medicaid convencional (con servicios de atención a largo plazo). Puede comunicarse con ICAN al 1-844-614-8800.

### **MEDICAID PARA ATENCIÓN MÉDICA EN UNA INSTITUCIÓN:**

Existen requisitos estrictos con respecto a los ingresos y los bienes para Medicaid de atención en una institución. Por lo general, para los residentes en un hogar de ancianos, la mayor parte de los ingresos se utilizará para cubrir el costo de la residencia para ancianos, salvo por una pequeña asignación mensual de "cuidados personales", a menos que se espere que regresen a su hogar. Las normas son más flexibles si hay un cónyuge que aún vive en el hogar.

Esta institución debe ayudar a preparar y presentar la solicitud para Institutional Medicaid (programa de Medicaid). Además de la solicitud regular de Community Medicaid, debe presentar documentación de sus bienes respecto de los últimos 5 años. Este período de revisión de cinco (5) años le permite a Medicaid identificar transferencias no compensadas hechas con el propósito de ser elegible para Medicaid.

Dicho programa impondrá una "multa de transferencia" si se encuentran transferencias de esa clase dentro del período de revisión de cinco (5) años. La multa de transferencia significa que Medicaid no pagará la estadía en la residencia para ancianos durante un tiempo proporcional a la suma de dinero transferida. En 2021 para la Ciudad de Nueva York el monto total de dinero transferido se dividirá por \$13,037 para determinar el número de meses del período de multa. Por ejemplo, si se encuentra que un solicitante transfirió

\$130,370 a miembros de su familia en los cinco años anteriores al mes de la solicitud, el período de multa será de diez (10) meses. Esa persona deberá encontrar un modo de pagar por su cuenta su estadía en la residencia para ancianos durante diez (10) meses antes de que comience la cobertura de Medicaid. Existen algunas excepciones a la multa por transferencia; los solicitantes deberán consultar a un abogado para que los asesore al respecto.

**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 de la atención. 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 2021, conforme a Medicaid, el cónyuge puede retener un mínimo de \$74,820 y un máximo de \$130,380 en bienes, y un ingreso mensual de \$3,259.50. Sin embargo, la protección del cónyuge (Community Spouse Protection) no se aplica cuando ambos cónyuges reciben atención domiciliaria.

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 supervivientes.

# NY STATE OF HEALTH/HEALTH INSURANCE EXCHANGE

## Medicaid para personas menores de 65, que no sean ciegas ni discapacitadas Plan Esencial Plan Médico Calificado

El Health Insurance Exchange es un mercado organizado para la contratación de seguros médicos. En el estado de Nueva York, el Exchange se conoce como New York State of Health: el mercado oficial de planes médicos (*Marketplace*). Existen muchas opciones de seguros médicos disponibles a través del mercado oficial de planes médicos (*Marketplace*) en la Ciudad de Nueva York. Los planes del Mercado ofrecen cobertura médica integral y su estructura de costos compartidos puede incluir primas, deducibles, copagos y valores máximos de gastos de bolsillo. Todos los planes que ofrecen cobertura a través del mercado oficial de planes médicos (*Marketplace*) son HMO, el modo más limitado de atención administrada. En la Ciudad de Nueva York, deberá seleccionar un plan que atienda en su distrito de residencia.

Según la Ley Federal de Atención Accesible, no le pueden negar la cobertura de seguro médico por una enfermedad preexistente. Está prohibido cobrarles más por un seguro médico a las personas con enfermedades preexistentes, y no puede haber períodos de espera para recibir atención para una enfermedad preexistente. Estas normas se aplican a los planes contratados tanto a través del mercado oficial de planes médicos (*Marketplace*) como fuera de él.

NY State of Health evalúa si las personas pueden participar en los siguientes tipos de seguro médico:

- **Medicaid:** ingresos de hasta el 138% del nivel federal de pobreza para las personas menores de 65 años que no son ciegas ni están discapacitadas. Se puede presentar la solicitud durante todo el año. No hay límites de recursos.
- **Plan Esencial:** ingresos del 138% al 200% del nivel federal de pobreza para las personas menores de 65 años. Se puede presentar la solicitud durante todo el año. No hay límites de recursos.
- **“Plan de Salud Calificado”** (QHP, por sus siglas en inglés), con o sin subsidios del estado federal; no hay límites de recursos. Se puede presentar solicitud solo durante el período de inscripción abierta, a menos que le ocurra un evento de vida que califica.

### Cómo solicitar cobertura a través de mercado oficial de planes médicos (*Marketplace*):

- Puede hacerse en línea en [www.nystateofhealth.ny.gov](http://www.nystateofhealth.ny.gov).
- Reciba asistencia gratuita para presentar la solicitud mediante un “navegador” (*Navigator*). Visite <https://info.nystateofhealth.ny.gov/IPANavigatorSiteLocations> para obtener un listado de navegadores en Nueva York.
- Llame al Centro de Servicio al Cliente de New York State of Health al 1-855-355-5777.

NY State of Health determinará primero si usted cumple con los requisitos para **Medicaid**. Si estos requisitos no se cumplen, se evaluará si usted es elegible para un **Plan Esencial**.

Si esto tampoco es posible, se evaluará si reúne los requisitos para un **Plan de Salud Calificado (QHP)**. Algunas personas reúnen los requisitos para un subsidio federal para comprar un QHP. Si usted no es elegible para recibir un subsidio, puede pagar el precio total del plan. Usted debe ser ciudadano o residente permanente legal de Nueva York para contratar un plan a través del mercado oficial de planes médicos (*Marketplace*) de Nueva York.

### **¿Cómo interactúa otro seguro con los planes del Mercado?**

- Si tiene Medicaid, no necesita contratar otro seguro médico.
- Si tiene Medicare, no necesita contratar un seguro médico a través del mercado oficial de planes médicos (*Marketplace*). Por lo general, las personas que tienen Medicare NO PUEDEN inscribirse en un plan del mercado oficial de planes médicos (*Marketplace*). Los beneficiarios de Medicare no pueden obtener un subsidio federal para contratar un plan.
- Si recibe el Seguro de Discapacidad del Seguro Social (SSDI, por sus siglas en inglés) y se encuentra en el período de espera de veinticuatro (24) meses hasta que se inicie la cobertura de Medicare, tal vez le interese considerar un plan del mercado oficial de planes médicos (*Marketplace*). Cuando reúna los requisitos para Medicare, puede abandonar su plan del mercado oficial de planes médicos (*Marketplace*). Deberá decidir cómo obtener sus beneficios de Medicare, ya sea Medicare Original o un plan Medicare Advantage.

### **MEDICAID PARA PERSONAS MENORES DE 65 AÑOS QUE NO SON CIEGAS NI ESTÁN DISCAPACITADAS**

Las embarazadas, los menores de 18 años, sus padres o familiares encargados de su cuidado y los adultos sin hijos entre las edades de 19 y 64 años son evaluados para determinar si reúnen los requisitos para acceder a Medicaid según la determinación de su presupuesto de acuerdo con los ingresos brutos ajustados modificados (MAGI, por sus siglas en inglés). Las personas con ingresos de hasta el 138% del nivel federal de pobreza (estimado en \$1,481 mensuales para personas / \$2,003 para parejas en 2021) pueden reunir los requisitos para Medicaid. Los jóvenes de hasta 19 años pueden reunir los requisitos para Medicaid en niveles de ingresos más altos. No hay límites de recursos. Recibirán sus beneficios de Medicaid a través de un plan de atención administrada (HMO), que deberá seleccionarse en el momento de presentar la solicitud. La recertificación de Medicaid tiene lugar una vez al año. Es necesario responder a los envíos de correo para que se evalúe la continuidad de sus beneficios de Medicaid.

Las personas que han sido declaradas discapacitadas, incluidas las que reciben el seguro de discapacidad del Seguro Social pero aún no reciben Medicare, y las personas de 65 años y más que son padres/parientes cuidadores (incluso si reciben Medicare) pueden reunir los requisitos para Medicaid en estos niveles de MAGI.

### **¿Qué sucede con mi Medicaid a través del Mercado cuando reúno los requisitos para Medicare por haber alcanzado la edad de 65 años o por discapacidad?**

Las personas con Medicaid a través del mercado oficial de planes médicos (*Marketplace*) no pueden mantener la cobertura del mercado oficial de planes médicos (*Marketplace*) cuando cumplen 65 años u obtienen Medicare debido a una discapacidad, aunque el proceso de transición difiere dependiendo de si obtiene Medicare debido a la edad o a la discapacidad.

**Excepción: los padres o familiares encargados del cuidado de menores de edad**

**tienen permitido conservar Medicaid mediante NY State of Health y tener Medicare al mismo tiempo.** Todas las personas que hacen la transición del mercado oficial de planes médicos (*Marketplace*) Medicaid a Medicare recibirán automáticamente Ayuda Extra para la Parte D (consulte la página 39).

- **Elegibilidad para Medicare a los 65 años:** Una vez que alcanza la edad de 65 años, su caso de Medicaid es remitido a la Administración de Recursos Humanos (HRA) de NYC. La HRA enviará por correo formularios para completar a fin de evaluar si las personas pueden permanecer en Medicaid con los niveles más bajos sin MAGI. Los clientes deberán responder a los envíos por correo de la HRA si desean que se evalúe la continuidad de su elegibilidad para la cobertura de Medicaid. La HRA proporcionará a la persona un período de elegibilidad para Medicaid de aproximadamente cuatro meses mientras se realiza la evaluación. Durante este tiempo, los clientes pueden utilizar sus tarjetas de beneficios del estado de Nueva York y acceder al plan de pago por servicios de Medicaid con cualquier prestador que acepte Medicaid.

Aquellas personas que reúnan los beneficios del Seguro Social serán inscritas automáticamente en Medicare al cumplir los 65 años de edad. Para aquellas personas que no reciban los beneficios del Seguro Social a los 65, se recomienda que soliciten Medicare durante su Período de inscripción inicial de 7 meses (consulte la página 5), ya que solicitar Medicare es una condición para tener Medicaid si tiene más de 65 años.

Si la elegibilidad en curso de Medicaid es denegada, puede considerar afiliarse a un plan Medicare Advantage o adquirir una póliza de Medigap si está en Medicare Original. Las personas contarán con Ayuda Extra completa (consulte la página 39) durante el resto del año calendario, y NY State of Health reintegrará las primas de la Parte B durante el período en que el individuo continúa teniendo cobertura de Medicaid.

Si se aprueba la elegibilidad de Medicaid, la persona tiene la opción de cómo recibir sus beneficios de Medicare y Medicaid (consulte la página 52 para obtener más información sobre cómo funcionan juntos Medicare y Medicaid).

- **Elegibilidad para Medicare por discapacidad:** después de que una persona recibe pagos del seguro de discapacidad del Seguro Social (SSDI) durante veinticuatro (24) meses, esa persona es elegible para Medicare y recibe de manera automática una tarjeta de Medicare. El individuo mantendrá la cobertura de Medicaid hasta el final de su período de autorización de Medicaid de 12 meses; seguirá teniendo Medicaid a través del mercado oficial de planes médicos (*Marketplace*), pero usará su tarjeta de Medicaid para acceder a los servicios de salud, no su tarjeta del plan HMO. Medicare es la principal aseguradora médica, y Medicaid es la secundaria. A medida que finaliza su período de autorización de 12 meses, el caso de Medicaid se transfiere de NY State of Health a la HRA. La HRA enviará formularios por correo para evaluar la continuidad de la elegibilidad a Medicaid. Se recomienda que los clientes se inscriban en un plan de la Parte D que mejor cubra sus medicamentos. Si no se selecciona un plan, el cliente será inscrito de manera automática en uno de ellos.

## PLAN ESENCIAL

El **Plan Esencial** es para personas menores de 65 años con ingresos mensuales de entre el 138-200% del nivel federal de pobreza, que se estima entre \$1,481-\$2,147 al mes para una persona/\$2,003-\$2,903 al mes para un hogar de dos personas en 2021. Quienes se encuentran en el Plan Esencial pueden seleccionar un Programa médico básico en el cual inscribirse, y pagarán \$0 o \$20 en primas mensuales. La cobertura del Plan Esencial incluye atención hospitalaria y ambulatoria, servicios de médico y de diagnóstico y medicamentos recetados, entre otros beneficios. La atención de prevención como consultas de rutina y estudios por imágenes recomendados son gratuitos.

La inscripción a este plan se realiza durante todo el año.

- Las personas con ingresos entre el 138-150% del nivel federal de pobreza (ingresos mensuales estimados en \$1,481-\$1,610 al mes por persona; \$2,003-\$2,177 al mes para un hogar de dos personas en 2021) pagan \$0 de prima, \$0 de deducible y copagos mínimos por los servicios, con un máximo anual de gastos de bolsillo de \$200.
- Las personas con ingresos entre el 150-200% del nivel federal de pobreza (ingresos mensuales estimados en \$1,610-\$2,147 al mes por persona; \$2,177-\$2,903 al mes para un hogar de dos personas en 2021) pagan \$20 por mes por cobertura, deducible de \$0 y copagos bajos, con un costo máximo anual de bolsillo de \$2,000.

Las personas inscritas en un Plan Esencial que resultan elegibles para Medicare dejan de reunir los requisitos para la cobertura del Plan Esencial. Recibirán una notificación de NY State of Health que les indicará que su inscripción está finalizando. Estas personas deberán inscribirse en la Parte A, B y D de Medicare durante su período de inscripción inicial de siete meses (consulte la página 5), y tal vez les convenga la cobertura de seguro complementaria.

## PLANES MÉDICOS CALIFICADOS

Los **Planes Médicos Calificados** están disponibles para todos aquellos que los comprenden. Las personas con ingresos anuales inferiores al 400% del nivel federal de pobreza (\$51,520 para una persona, y \$106,000 para una familia de cuatro integrantes en 2021), podrán ser elegibles para Medicaid o un subsidio federal en forma de crédito fiscal para ayudar a pagar el costo de un plan.

Los planes se dividen en **cuatro niveles de "metal"**: bronce, plata, oro y platino. Cada nivel tiene diferentes requisitos de costos compartidos (deducibles y copagos). Los planes Bronce tienen primas mensuales más bajas y requisitos de costos compartidos más altos, y los planes Platino tienen las primas mensuales más altas y requisitos de costos compartidos más bajos.

### ¿Cuándo puedo inscribirme en un Plan Médico Calificado?

La **inscripción abierta** al mercado oficial de planes médicos (*Marketplace*) tiene lugar anualmente, en general, del 1 de noviembre al 31 de enero. Después del 31 de enero, deberá esperar hasta el próximo período de inscripción abierta anual para inscribirse.

Llame al 212-AGING-NYC (212-244-6469) y pide por HIICAP

Existen ciertas excepciones que le permiten inscribirse a mitad de año, entre las que se incluye la pérdida de su cobertura de seguro médico actual.

Existen diversos modos de informarse sobre los planes del mercado oficial de planes médicos (*Marketplace*):

- Consulte con un “navegador”. Los navegadores son organizaciones en su comunidad que pueden asistirlo en la selección de un plan y durante la inscripción. Para encontrar un navegador cercano a su domicilio, visite <https://info.nystateofhealth.ny.gov/IPANavigatorSiteLocations> o llame a Community Health Advocates al 1-888-614-5400.
- Comuníquese con New York State of Health, operado por Maximus, al 1-855-355-5777, de lunes a viernes, entre las 8 a.m. y las 5 p.m.
- Visite [nystateofhealth.ny.gov](http://nystateofhealth.ny.gov).

**A las personas con un Plan Médico Calificado (QHP, por sus siglas en inglés) (plan de Marketplace) que reúnan los requisitos para Medicare,** se les aconseja que se inscriban en Medicare en la primera oportunidad que resulten elegibles y den de baja su QHP enviando notificación a su plan al menos catorce (14) días antes de la fecha en que deseen que finalice la cobertura (que coincida con el inicio de sus beneficios de Medicare). Esto se debe a lo siguiente:

- Uno no puede seguir obteniendo un subsidio de prima o una reducción de costos compartidos (para ayudar a pagar la prima del QHP) luego de reunir los requisitos para Medicare.
- Tener un QHP no extiende el tiempo disponible para inscribirse en Medicare. La inscripción tardía puede significar una brecha en la cobertura y una multa por inscripción tardía.

Los beneficiarios son responsables de inscribirse en la Parte A, B y D de Medicare durante el período de inscripción inicial (consulte la página 5 para obtener más información) y dar de baja su cobertura de QHP.

**A las siguientes personas les conviene comparar con atención el QHP con Medicare:**

- Quienes no reúnan los requisitos para la Parte A sin prima. Podrán obtener un subsidio de prima o una reducción de costos compartidos para la cobertura del QHP, pero solo si no se inscriben en la Parte A o B. Si desearan inscribirse en Medicare posteriormente, tendrían una demora y también una multa por inscripción tardía, ya sea para Medicare A o B.
- Las personas menores de 65 años que padecen una enfermedad renal en etapa terminal.

# BENEFICIOS PARA VETERANOS Y TRICARE FOR LIFE

Para recibir atención médica en establecimientos administrados por el Departamento de Asuntos de Veteranos (VA), los veteranos deben estar inscritos ante VA. Los veteranos pueden solicitar cobertura en cualquier momento. La cantidad de dinero que el Congreso otorga a VA cada año determina la cantidad de Veteranos que pueden inscribirse en un programa de atención médica. Como los fondos son limitados, VA establece un Grupo de Prioridad (1 a 8), basado en su historial de servicio e información financiera, para asegurarse de que determinados grupos de veteranos puedan afiliarse antes que otros.

Los veteranos inscritos no necesitan presentar información sobre sus ingresos. Sin embargo, algunos de ellos deberán completar una evaluación financiera para determinar si son elegibles para recibir atención médica, medicamentos o beneficios de viaje gratuitos.

A partir de 2015, VA eliminó el uso del patrimonio neto como factor determinante tanto para programas de atención médica como para responsabilidades de copago. Esta entidad ahora considera solo el ingreso bruto del hogar y los gastos deducibles del veterano del año anterior. Eliminar la consideración del patrimonio neto para la inscripción en atención médica significa que ciertos veteranos de bajos ingresos con afecciones que no están relacionadas con el servicio tendrán menos gastos de bolsillo. Para obtener más información sobre límites de ingresos nacionales del VA y para calcular su evaluación sobre medios económicos basada en la ubicación geográfica (GMT) específica, visite [www.va.gov/healthbenefits/apps/explorer/AnnualIncomeLimits/HealthBenefits](http://www.va.gov/healthbenefits/apps/explorer/AnnualIncomeLimits/HealthBenefits).

Los veteranos que no reúnen los requisitos para recibir atención gratuita deben pagar un copago.

## Tipos de copagos:

1. **Medicamentos:** Los copagos se dividen en tres niveles con diferentes costos compartidos: Nivel 1, medicamentos genéricos preferidos: \$5; Nivel 2, medicamentos genéricos no preferidos: \$8; y Nivel 3, medicamentos de marca: \$11. Todos los cargos son por un suministro de 30 días de medicamentos de mantenimiento que se proporcionan en forma ambulatoria para afecciones no relacionadas con el servicio a veteranos que pertenecen a los Grupos de Prioridad 2 a 8, con un límite de copago anual de \$700, a menos que estén exentos por algún motivo.
2. **Pacientes ambulatorios:** el copago para las consultas con el médico de cabecera es de \$15, y de \$50 para consultas con especialistas.
3. **Pacientes internados:** además del cargo de un copago estándar por cada 90 días de atención dentro del período de 365 días, sin importar el nivel de servicio, se evaluará el cobro de una tarifa diaria por día de hospitalización.
4. **Atención a largo plazo:** los cargos del VA para la atención prolongada varían según el tipo de servicio ofrecido y la capacidad individual del veterano de pagar dichos servicios. Se basan en tres niveles de atención. Atención hospitalaria (residencia para ancianos, relevo y evaluación geriátrica); atención ambulatoria (atención médica diurna para adultos, relevo, evaluación geriátrica) y atención domiciliaria.

Llame al 212-AGING-NYC (212-244-6469) y pide por HIICAP

El 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 póliza suplementaria, el VA facturará primero a la aseguradora.

En algunas circunstancias, el VA puede autorizar previamente los servicios en un hospital u otro entorno de atención que no sea del VA. Es posible que los veteranos deban pagar un copago de VA por atención no relacionada con el servicio. Si no están autorizados todos los servicios para ser cubiertos por el VA, entonces Medicare puede pagar otros servicios que pueda necesitar durante su estadía.

### **Programa de seguro de atención odontológica del VA (VADIP, por sus siglas en inglés)**

Actualmente el Departamento de Veteranos ofrece beneficios odontológicos a algunos veteranos elegibles. No obstante, hay muchos veteranos que no han podido acceder a los servicios odontológicos del VA por no cumplir los requisitos de elegibilidad. El VA se ha asociado con dos proveedores de seguro odontológico, por lo cual los veteranos inscritos en el programa de atención médica del VA y los beneficiarios del programa CHAMPVA pueden contratar un seguro de atención odontológica. Los planes odontológicos tienen primas mensuales y copagos. Para obtener más información, visite [www.va.gov/healthbenefits/vadip/](http://www.va.gov/healthbenefits/vadip/) o llame a Delta Dental al 1-855-370-3303, o MetLife al 1-888-310-1681.

**¿Cómo interactúan los beneficios de VA con la Parte A y la Parte B de Medicare?** La Parte A y la Parte B de Medicare funcionan independientemente del sistema de salud de VA. Por esta razón, las personas elegibles para Medicare pueden querer inscribirse para usar hospitales y proveedores fuera del sistema de atención médica de VA. Si no se inscribe en Medicare cuando es elegible por primera vez y no es elegible para un Período especial de inscripción, puede ser responsable de una multa por inscripción tardía en la Parte B.

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

La cobertura de medicamentos recetados de 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. Sin embargo, se deberá esperar hasta el período de inscripción abierta anual (del 15 de octubre al 7 de diciembre) para afiliarse a un plan, con cobertura a partir del 1 de enero, a menos que la persona cumpla con los requisitos del período de inscripción especial.

**TRICARE Health Benefits** ofrece cobertura a miembros en servicio activo y sus familias, familiares de miembros que murieron mientras estaban en servicio activo, ex cónyuges, retirados y sus familias, se encuentre el veterano discapacitado o no, y miembros de la Guardia Nacional o Reservistas. 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 sin primas, que actúa como complemento de Medicare e incluye el programa TRICARE Express Script Pharmacy. TRICARE Express Scripts no cubre a beneficiarios con cobertura de seguro principal farmacéutica comercial ni con cobertura de la Parte D de Medicare. Puede usarse TFL en la VA, pero como esta entidad no puede facturar a Medicare, el paciente es responsable de pagar la parte de la factura correspondiente a Medicare. Para obtener más información sobre TRICARE for Life, llame al 1-866-773-0404 o visite [www.tricare.mil](http://www.tricare.mil). Un beneficio extra de TRICARE es su beneficio odontológico. Los beneficios odontológicos de TRICARE consisten en lo siguiente: El Programa Odontológico para Militares en Servicio Activo (ADDP, por sus siglas en inglés) de TRICARE para integrantes en actividad de las Fuerzas Armadas que son derivados por una clínica odontológica militar (MDC, por sus siglas en inglés) o que viven a más de 50 millas de una MDC; el Programa Odontológico de TRICARE (TRICARE Dental Program, TDP) para familias de integrantes en actividad de las Fuerzas Armadas, reservistas o miembros de la Guardia Nacional y sus familiares; y el Programa Odontológico para Jubilados de TRICARE (Retiree Dental Program, TRDP) para integrantes de las Fuerzas Armadas y sus familias.

**El Programa médico y de salud para civiles (CHAMPVA, por sus siglas en inglés)** es un programa de seguro de salud para dependientes a cargo de veteranos con discapacidad del 100%, total y permanente, que esté relacionada con el servicio. El CHAMPVA tiene un deducible anual de \$50 por persona o de \$100 por familia por año calendario. Además, hay un coseguro del 25%. CHAMPVA 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 el CHAMPVA. Para obtener más información sobre el CHAMPVA, puede llamar al VA al 1-800-733-8387 o visitar [www.va.gov](http://www.va.gov).

Para obtener más información sobre los beneficios del VA, llame al 1-877-222-8387 (horario de atención: de 7 a.m. a 7 p.m., hora del Centro) o visite [www.va.gov](http://www.va.gov).

# 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 de la salud a cargo del empleador después de que deje su trabajo. En el estado de Nueva York, la mayoría de las personas pueden obtener la cobertura de COBRA por un período máximo de 36 meses. COBRA puede cubrir la diferencia hasta que ingrese en Medicare o consiga un nuevo empleo que ofrezca cobertura de seguro médico. 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 sus dependientes también tiene derecho a beneficiarse mediante su cobertura en virtud de COBRA.

Si tiene cobertura de COBRA antes de reunir los requisitos para Medicare, dicha cobertura caducará en cuanto Medicare entre en vigencia. Si ya reúne los requisitos para Medicare y sigue trabajando, puede elegir COBRA cuando deje de trabajar. Si usted tiene cobertura de Medicare y de COBRA, Medicare es el seguro primario y COBRA es el secundario. La cobertura COBRA no permite que alguien demore la inscripción en la Parte B sin penalidad.

## HHC Options

HHC Options es un programa ofrecido por Health + Hospitals (HHC, por sus siglas en inglés) de la Ciudad de Nueva York que permite que personas y familias con ingresos bajos y moderados tengan acceso a la atención de la salud 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

<http://www.nychealthandhospitals.org/paying-for-your-health-care/hhc-options> o llame al 1-844-NYC-4NYC.

## Centros de salud financiados con fondos federales

Los Centros de salud financiados con fondos federales (Federally Qualified Health Centers, FQHC) son centros médicos integrales que ofrecen asistencia primaria (citas por enfermedad y preventivas), salud mental y tratamiento por abuso de sustancias, asistencia odontológica, y medicamentos de venta con receta a personas de todas las edades. Si bien los FQHC aceptan seguros médicos, también atienden a pacientes sin seguro en una escala variable de tarifas, por la cual los pacientes pagan según sus ingresos. Para los beneficiarios de Medicare, los FQHC pueden anular el deducible anual de la Parte B y el coseguro del 20% si se reúnen las condiciones. Para localizar un FQHC, visite <https://findahealthcenter.hrsa.gov/>.

## 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 se muestran algunos recursos para averiguar si hay planes colectivos disponibles para usted.

|   |  |   |
|---|--|---|
| Small Business Service Bureau                                 | Empleado en pequeñas empresas  | 1-800-343-0939<br>www.sbsb.com            |
| Graphic Artists Guild (gremio de artistas gráficos)           | Artistas gráficos  | 1-212-791-3400<br>graphicartistsguild.org |
| National Writers Union (sindicato nacional de escritores)     | Escritores   | 1-212-254-027<br>www.nwu.org              |
| Screen Actors Guild (gremio de actores de la pantalla)        | Actores  | 1-212-944-1030<br>www.sagaftra.org        |
| Freelancer's Union (sindicato de trabajadores independientes) | Servicios financieros<br>Organizaciones sin fines de lucro<br>Tecnología, Medios y Publicidad, Cultura o Entretenimiento<br>Niños<br>Proveedor de atención médica tradicional o alternativa<br>Usuario avanzado de computación | www.freelancersunion.org                  |

# DIRECTIVAS ANTICIPADAS

## Su derecho a tomar decisiones de atención médica según las leyes

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 discontinuar. Si no desea recibir ciertos tipos de tratamientos, debe hacer conocer sus deseos a su médico, hospital u otros proveedores de asistencia médica. 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.ag.ny.gov](http://www.ag.ny.gov). Los formularios son gratuitos, y no es necesario que intervenga un abogado para llenarlos.

En virtud de la nueva Ley sobre Decisiones Familiares sobre Atención Médica (Family Health Care Decisions Act), 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 ese tipo de decisiones y no haya preparado directivas anticipadas para expresar 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 2021

## Parte A: Seguro de atención hospitalaria

|   |   |
|---|---|
| Deducible   | \$1,484 por periodo de beneficios                                   |
| Copago  | \$371 por día para los días 61-90 de cada período de beneficios     |
|   | \$742 por día por cada "día de reserva de por vida"                 |
| Copago para instituciones de enfermería especializada | \$185.50 por día para los días 21-100 de cada período de beneficios |

## Parte B: Seguro médico

|                  |  |
|------------------|--|
| Prima mensual    | La mayoría de los beneficiarios de Medicare pagan la prima estándar de \$148.50, a excepción de: <ul style="list-style-type: none"> <li>Aquellas personas cuyo ajuste por costo de vida (COLA) no aumentó lo suficiente como para aumentar sus primas de la Parte B hasta el nivel de \$148.50.</li> <li>Los que tengan ingresos superiores (más de \$88,000 solteros, 176,000 casados) pagarán montos más altos.</li> </ul> |
| Deducible anual: | \$203  |
| Coseguro:        | 20% para la mayoría de los servicios   |

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". En 2021, si tiene menos de 30 trimestres de cobertura del Seguro Social, su prima de la Parte A es de \$474 por mes. Si tiene entre 30 y 39 trimestres de cobertura del Seguro Social, su prima de la Parte A es de \$259 por mes.

## Programa de ahorros de Medicare (estimado para 2021)

|  | Límite de ingresos mensuales |         |
|--|------------------------------|---------|
|  | Individual                   | Pareja  |
| <b>QMB: Beneficiario de Medicare calificado</b><br>El estado de NY paga primas, deducibles y coseguros para quienes automáticamente reúnan los requisitos para la Parte A. | \$1,093                      | \$1,472 |
| <b>SLMB: niveles de beneficiarios de Medicare con bajos ingresos especificados</b><br>El estado solo paga la prima de la Parte B de Medicare.                              | \$1,308                      | \$1,762 |
| <b>QI: Personas que reúnen los requisitos</b><br>El estado solo paga la prima de la Parte B de Medicare.   | \$1,469                      | \$1,980 |

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

# MEDICAID 2021

## **Medicaid estándar**

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

|            | <u>Ingreso mensual</u> | <u>Bienes</u> |
|------------|------------------------|---------------|
| Individual | \$884                  | \$15,900      |
| Pareja     | \$1,300                | \$23,400      |

\*Los primeros \$20 de ingreso 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 la manutención 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.

Se permite que el cónyuge en la comunidad conserve lo siguiente:

**Recursos:** \$74,820 mínimo; \$130,380 máximo **Ingresos:** \$3,259.50 mensuales

Para más información sobre Medicaid, llame a la Línea de atención de Medicaid de HRA, 1-888-692-6116.

## Oficinas de Medicaid en la Ciudad de Nueva York

Los solicitantes de Medicaid pueden llamar a la Línea de atención de Medicaid al 1-888-692-6116 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. El horario de atención es de lunes a viernes, de 9 a.m. a 5 p.m., a menos que se indique lo contrario.

NOTA: Debido a la emergencia de salud pública COVID-19, algunas oficinas de Medicaid están cerradas al público. Solo las oficinas señaladas con un asterisco (\*) están abiertas al momento de la impresión.

### Oficina Central de Medicaid:

- \*Central Medicaid Office, 785 Atlantic Avenue, Brooklyn, NY 11238 1-929-221-3502

### Manhattan

- Oficina de Medicaid en Chinatown: 115 Chrystie Street, 5º piso. (212) 334-6114
- \*Oficina de Medicaid de Manhattanville: 520-530 West 135th Street, 1º piso. (212) 939-0207 ext. 0208

### Bronx

- Fordham: 2541-2549 Bainbridge Ave. (929) 252-3230
- Morrisania Diagnostic & Treatment Center: 1225 Gerard Avenue, sótano. (718) 960-2799
- \*Oficina de Medicaid Rider: 305 Rider Avenue, 4º piso. (718) 585-7872 (El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5 p.m.)

### Brooklyn

- \*Oficina de Medicaid en Coney Island: 3050 West 21st Street, 3º piso. (929) 221-3790
- Oficina de Medicaid en East New York: 404 Pine Street, 2º piso. 718-221-8204
- Kings County Hospital: 441 Clarkson Avenue, Edificio "T", Residencia de enfermería, 1º piso. (718) 221-2300 ext. 2301
- \*Oficina de Medicaid del Sur de Brooklyn (Oficina Central de Medicaid): 785 Atlantic Avenue, 1º piso. (929) 221-3502

### Queens

- \*Oficina de Medicaid de la comunidad de Queens: 32-20 Northern Blvd., 3º piso. (718) 784-6729
- Oficina de Medicaid de la comunidad de Jamaica: 165-08 88th Avenue, 8º piso. (718) 252-3193

### Staten Island

- \*Oficina de Medicaid en Staten Island: 215 Bay Street. (929) 221-8823/8824

**Monto de ajuste mensual de Medicare por ingresos (IRMAA, por sus siglas en inglés) de la Parte D y la Parte B para Beneficiarios de Medicare con ingresos más altos en 2021**

| <b>Ingresos modificados 2019<br/>Ingresos brutos (MAGI)</b>   | <b>Prima mensual<br/>de la Parte B</b> | <b>Parte D (medicamentos<br/>recetados)<br/>Prima mensual</b> |
|---|--|---|
| Personas con MAGI de \$88,000 o <b>menos</b> /<br>Matrimonio con MAGI de \$176,000 o <b>menos</b>               | Estándar de 2021<br>Prima = \$148.50   | La prima de su plan   |
| Personas con MAGI desde<br>\$88,000 hasta \$111,000/<br>Matrimonio con MAGI desde<br>\$176,000 hasta \$220,000  | \$207.90                               | La prima de su plan<br>+\$12.30                               |
| Personas con MAGI desde<br>\$111,000 hasta \$138,000/<br>Matrimonio con MAGI desde<br>\$220,000 hasta \$276,000 | \$297.00                               | La prima de su plan<br>+\$31.80                               |
| Personas con MAGI desde<br>\$138,000 hasta \$165,000/<br>Matrimonio con MAGI desde<br>\$276,000 hasta \$330,000 | \$386.10                               | La prima de su plan<br>+\$51.20                               |
| Personas con MAGI desde<br>\$165,000 hasta \$500,000/<br>Matrimonio con MAGI desde<br>\$330,000 hasta \$750,00  | \$475.20                               | La prima de su plan<br>+\$70.70                               |
| Personas con MAGI<br><b>superiores a \$500,000/<br/>Matrimonios con MAGI<br/>superiores a \$750,000</b>         | \$504.90                               | La prima de su plan<br>\$77.10                                |
| Matrimonio que presenta por separado<br>con un MAGI menor a \$88,000  | \$148.50                               | La prima de su plan   |
| Matrimonio que presenta por separado<br>con un MAGI entre \$88,000 y \$412,000                                  | \$475.20                               | La prima de su plan<br>+\$70.70                               |
| Matrimonio que presenta por separado<br>con un MAGI igual o superior a \$412,000                                | \$504.90                               | La prima de su plan<br>\$77.10                                |

- El ingreso bruto ajustado modificado es igual al ingreso bruto + ingreso por intereses exentos de impuestos.
- La Prima de la Parte B, así como IRMAA para la Parte B y la Parte D, se deducen del beneficio de Seguro Social (o se facturan, si no recibe beneficios del Seguro Social).
- El recargo de la Parte D se deduce del cheque del Seguro Social (o se factura, si no recibe beneficios del Seguro Social), incluso si paga la prima directamente al plan.

## Definiciones útiles de términos del seguro médico

|  |  |
|--|--|
| Medicamento de marca   | Medicamento que tiene un nombre comercial y está protegido por una patente. Solo puede producirlo y comercializarlo la empresa titular de la patente.                                  |
| Coseguro   | Monto que deberá pagar para obtener atención médica. Es un porcentaje del costo total de la atención.  |
| Copago   | Monto fijo en dólares que paga por un servicio médico.   |
| Cobertura acreditable  | Cobertura de medicamentos recetados que tiene el mismo nivel, o que es mejor, que un plan básico de medicamentos de la Parte D de Medicare.  |
| Deducible  | Monto que deberá pagar cada año antes de que la póliza de seguro empiece a cubrir sus gastos.  |
| Afiliado doble   | Persona que tiene a la vez Medicare y Medicaid.  |
| Nivel federal de pobreza (FPL)   | Medición de los ingresos que emite todos los años el gobierno federal. Estas sumas se utilizan para determinar si las personas son elegibles para determinados programas y beneficios. |
| Lista de medicamentos cubiertos  | Lista de medicamentos cubiertos por un plan de medicamentos recetados.   |
| Medicamento genérico   | Medicamento que tiene la misma fórmula de componentes activos que un medicamento de marca. Los medicamentos genéricos generalmente cuestan menos que los medicamentos de marca.        |
| Monto de ajuste de Medicare por ingresos (IRMAA, por sus siglas en inglés) | Las personas con ingresos más elevados deben pagar primas más altas para las Partes B y D de Medicare.   |
| Enfermedad preexistente  | Problema de salud que ya existía antes de la fecha de entrada en vigencia de su cobertura de seguro.   |
| Prima  | La cantidad que paga por tener una póliza de seguro. Se paga independientemente de si utiliza o no los servicios médicos.  |
| Autorización previa  | Aprobación que deberá obtenerse con antelación para que una compañía aseguradora cubra un medicamento o servicio.  |
| Límites de dosis   | Situación en la cual los planes de medicamentos de la Parte D limitan la cantidad que cubren de un medicamento recetado durante cierto período debido a razones de seguridad o costos. |
| Terapia escalonada   | Una restricción que utiliza un plan de medicamentos de la Parte D, que le exige que primero pruebe con un medicamento antes de cubrirle otro medicamento para esa misma afección.      |

**Recursos para la asistencia de pago de medicamentos recetados**  
(Cada programa puede tener sus propios requisitos de admisión. Llame o visite la página web para obtener más información acerca de los requisitos de calificación y sobre cómo enviar una solicitud.)

**ADAP (Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA):** proporciona medicamentos gratuitos para el tratamiento del VIH/sida e infecciones oportunistas. ADAP puede ayudar a las personas con seguro parcial, incluida la Parte D de Medicare, y a quienes tienen un requisito de responsabilidad económica en Medicaid. Llame al (800) 542-2437 o visite [www.health.ny.gov/diseases/aids/general/resources/adap/eligibility.htm](http://www.health.ny.gov/diseases/aids/general/resources/adap/eligibility.htm) para obtener más información.

**Benefits Check Up:** ayuda a las personas a encontrar los beneficios y servicios a su disposición. [www.benefitscheckup.org](http://www.benefitscheckup.org)

**Tarjeta de descuento para medicamentos recetados BigAppleRx:** esta es una tarjeta de descuento gratuita financiada por la Ciudad de Nueva York. Cualquiera puede obtener la tarjeta, independientemente de su edad, ingresos, ciudadanía y estado de seguro de salud. El descuento se puede aplicar tanto a medicamentos de marca como genéricos. Las tarjetas IDNYC pueden ofrecer el mismo descuento que la tarjeta BigAppleRx. Visite [www.BigAppleRx.com](http://www.BigAppleRx.com) o llame al 1-888-454-5602 para obtener más información.

**Fundación de asistencia para copagos CancerCare:** ayuda a las personas elegibles con asistencia para los copagos de quimioterapia y medicamentos de tratamientos dirigidos. Visite [www.cancercarecopay.org](http://www.cancercarecopay.org) o llame al 1-866-552-6729.

**Good Days (anteriormente Chronic Disease Fund):** ayuda a las personas que padecen determinadas enfermedades crónicas a pagar sus copagos de seguro. Para más información, y una lista de las enfermedades y medicamentos que califican, visite [www.mygooddays.org](http://www.mygooddays.org) o llame al 1-877-968-7233.

**GoodRx:** le permite comparar el costo de los medicamentos en diferentes farmacias. También le permite imprimir cupones. Visite [GoodRx.com](http://GoodRx.com) para obtener más información.

**Fundación HealthWell:** proporciona asistencia financiera a las personas elegibles para cubrir coseguro, copagos, primas de atención médica y deducibles para determinados medicamentos y tratamientos. Visite [Healthwellfoundation.org](http://Healthwellfoundation.org) o llame al 1-800-675-8416.

**Programa de asistencia para copagos de la Sociedad de lucha contra la leucemia y el linfoma:** ayuda a pagar las primas de seguro (las primas privadas y asociadas a Medicare) y los copagos. Visite <https://www.lls.org/support/information-specialists> o llame al 1-800-955-4572.

**Herramienta de Asistencia para medicamentos recetados:** ayuda a las personas a acceder a medicamentos recetados de forma gratuita o a un bajo costo. También proporciona enlaces para programas que ayudan a pagar los copagos. [www.medicineassistancetool.org](http://www.medicineassistancetool.org).

**Asociación Nacional de las Juntas de Farmacias (NABP, por sus siglas en inglés):** le permite buscar farmacias en Internet que estén certificadas como distribuidores garantizados. [www.nabp.pharmacy](http://www.nabp.pharmacy)

**Programa nacional de asistencia al paciente de médula ósea y fondo de ayuda financiera:** podría asistir a personas elegibles con los costos del trasplante de médula o de sangre del cordón umbilical si el seguro no cubre la totalidad de los costos. Visite [www.bethematch.org](http://www.bethematch.org) o llame al 1-888-999-6743.

**Organización nacional de trastornos raros (NORD, por sus siglas en Inglés):** ayuda a las personas no aseguradas o con seguro insuficiente con determinados problemas de salud para que puedan acceder a los medicamentos que necesitan. Visite [www.rarediseases.org](http://www.rarediseases.org) o llame al 1-800-999-6673

**NeedyMeds.com:** proporciona información sobre medicamentos y programas para pacientes y explica cómo postularse a cada uno de ellos. Visite [www.needymeds.org](http://www.needymeds.org) o llame al 1-800-503-6897.

**Programa de alivio de copago de la Fundación defensora del paciente:** ayuda a las personas elegibles con determinados diagnósticos a pagar sus copagos de medicamentos recetados. Visite [www.copays.org](http://www.copays.org) o llame al 1-866-512-3861.

**Patient Services Incorporated (PSI):** podría ayudar a personas con determinadas enfermedades crónicas, ofreciendo asistencia mediante el pago de las primas del seguro de salud y copagos/coseguro, así como los costos relacionados a los viajes. Visite [www.patientservicesinc.org](http://www.patientservicesinc.org) o llame al 1-800-366-7741.

**RX Hope:** presente una solicitud para obtener medicamentos gratuitos y con descuento de forma directa a través del sitio web. [www.rxhope.com](http://www.rxhope.com)

### **Otros recursos en Internet**

Departamento de Trabajo: información sobre COBRA, antracosis, etc: [www.DOL.gov](http://www.DOL.gov)

Comparación de planes: [www.dentalplans.com](http://www.dentalplans.com)

Administración de Salud y Servicios Humanos: [www.hhs.gov](http://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](http://www.familiesusa.org)

Kaiser Family Network: información sobre pólizas de atención médica: [www.kff.org](http://www.kff.org)

## **RECURSOS**

|  |                    |
|--|--------------------|
| Línea de atención de HIICAP : llame al departamento para personas mayores, Aging Connect, de la Ciudad de Nueva York y pida por HIICAP.....                      | 1-212-244-6469     |
| <a href="http://www1.nyc.gov/site/dfta/services/health-insurance-assistance.page">www1.nyc.gov/site/dfta/services/health-insurance-assistance.page</a>           |                    |
| Aging Connect: para servicios proporcionados por el Departamento para personas mayores de la ciudad de Nueva York.....   | 1-212-244-6469     |
| <a href="http://www.nyc.gov/aging">www.nyc.gov/aging</a>   |                    |
| Access-A-Ride.....   | 1-877-337-2017     |
| <a href="http://web.mta.info/nyct/paratran/guide.htm">http://web.mta.info/nyct/paratran/guide.htm</a>  |                    |
| Proyecto de servicios de defensa de derechos, asesoramiento y derecho a prestaciones (ACES, por sus siglas en inglés).....                                       | 1-212-614-5552     |
| Procuraduría de fraude y protección a los consumidores.....  | 1-800-771-7755     |
| <a href="http://www.ag.ny.gov">www.ag.ny.gov</a>   |                    |
| Tarjeta de descuentos BigAppleRx .....   | 1-888-454-5602     |
| <a href="http://www.BigAppleRx.com">www.BigAppleRx.com</a>   | TTY:1-800-662-1220 |
| Centros para la autonomía de los discapacitados en Nueva York .....  | 1-212-674-2300     |
| <a href="http://www.cidny.org">www.cidny.org</a>   | 1-646-442-1520     |
| Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) .....  | 1-800-MEDICARE     |
| <a href="http://www.cms.gov">www.cms.gov</a>   |                    |
| Columbia University College Of Dental Medicine's Teaching Clinic (Clínica de Enseñanza de la Facultad de Odontología, Universidad de Columbia)                   | 1-212-305-6100     |
| <a href="http://www.dental.columbia.edu/teaching-clinics">www.dental.columbia.edu/teaching-clinics</a>   |                    |
| Community Health Advocates.....  | 1-888-614-5400     |
| <a href="http://www.communityhealthadvocates.org">www.communityhealthadvocates.org</a>   |                    |
| Localizador de cuidados para personas mayores .....  | 1-800-677-1116     |
| <a href="http://www.eldercare.acl.gov">www.eldercare.acl.gov</a>   |                    |
| Cobertura de Seguro Farmacéutico para Personas Mayores (EPIC) .....  | 1-800-332-3742     |
| <a href="http://www.health.state.ny.us/health_care/epic/index.htm">www.health.state.ny.us/health_care/epic/index.htm</a>   |                    |
| HEAR NOW (entrega prótesis auditivas a personas con recursos limitados) .....  | 1-800-328-8602     |
| <a href="https://www.starkeyhearingfoundation.org/">https://www.starkeyhearingfoundation.org/</a>  |                    |
| Health Information Tool for Empowerment (directorio de recursos de servicios de salud y sociales gratuitos y de bajo costo) .....                                | 1-866-370-4483     |
| <a href="http://www.HiteSite.org">www.HiteSite.org</a>   |                    |
| Health and Hospitals Corporation (HHC Options) .....   | 1-844-NYC-4NYC     |
| <a href="http://www.nychealthandhospitals.org/paying-for-your-health-care/hhc-options">www.nychealthandhospitals.org/paying-for-your-health-care/hhc-options</a> |                    |
| Línea de información de HRA: para todos los programas de HRA, incluidas las estampillas para alimentos, asistencia pública y Medicaid...                         | 1-718-557-1399     |
| Línea de atención de Medicaid de la HRA .....  | 1-888-692-6116     |
| Fundación de Residencias para Enfermos Terminales de los EE.UU.....  | 1-800-854-3402     |
| <a href="http://www.hospicefoundation.org">www.hospicefoundation.org</a>   |                    |

Llame al 212-AGING-NYC (212-244-6469) y pida por HIICAP

|  |                |
|--|----------------|
| ICAN - Red Independiente de Defensa al Consumidor: Defensor del pueblo a largo plazo administrado por Medicaid .....   | 1-844-614-8800 |
| LawHelp.org (para obtener servicios legales, incluidos servicios gratuitos de abogados)  |                |
| Servicios Legales de la Ciudad de Nueva York .....<br><a href="http://www.legalservicesnyc.org">www.legalservicesnyc.org</a>   | 1-917-661-4500 |
| Programa de transición para las personas recientemente elegibles con ingresos limitados (LINET, por sus siglas en inglés) (administrado por Humana) .....  | 1-800-783-1307 |
| Livanta, LLC: organización para la mejora de la calidad para apelar al alta hospitalaria y presentar quejas de atención de calidad .....   | 1-866-815-5440 |
| Facilitadores de inscripción de Medicaid para personas de edad avanzada, ciegas o discapacitadas (también pueden asistir con la presentación de solicitudes para los programas de ahorros de Medicare) .....   | 1-347-396-4705 |
| Unidad de Control de Fraudes contra Medicaid (Fiscal General de Nueva York).....   | 1-800-771-7755 |
| Línea de denuncia de fraudes de Medicare (Oficina del Inspector General, DHHS).....  | 1-800-447-8477 |
| Línea de atención de Medicare.....   | 1-800-MEDICARE |
| Centro de derechos de Medicare.....<br><a href="http://www.medicarerights.org">www.medicarerights.org</a>  | 1-800-333-4114 |
| Consejo Nacional sobre las Personas Mayores: <a href="http://www.ncoa.org">www.ncoa.org</a>  |                |
| Centro Nacional de Información de Salud: <a href="http://www.health.gov/nhic">www.health.gov/nhic</a>  |                |
| New York Connects (apoyo y servicios de atención a largo plazo; harán visitas domiciliarias) .....   | 1-800-342-9871 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bronx (Neighborhood SHOPP): 1-347-862-5200</li> <li>• Brooklyn (JASA): 1-718-671-6200</li> <li>• Manhattan (Fundación de Nueva York para Adultos Mayores): 1-212-962-2720</li> <li>• Queens (Servicios Comunitarios de Autoayuda): 1-718-559-4400</li> <li>• Staten Island (CASC):1-718-489-3954</li> </ul> |                |
| Evelyn Frank Legal Resources Program de New York Legal Assistance Group (NYLAG) - <a href="mailto:EFLRP@NYLAG.org">EFLRP@NYLAG.org</a> .....   | 1-212-613-7310 |
| New York State of Health (contacto del plan de Marketplace) .....<br><a href="https://nystateofhealth.ny.gov">https://nystateofhealth.ny.gov</a>   | 1-855-355-5777 |
| Departamento de Salud del Estado de Nueva York.....<br><a href="http://www.nyc.gov/health">www.nyc.gov/health</a>  | 311            |
| Programa del Defensor del Pueblo para la Atención Prolongada.....<br><a href="https://ltcombudsman.ny.gov/">https://ltcombudsman.ny.gov/</a>   | 1-855-582-6769 |
| Quejas ante una HMO del Mercado y Medicaid - Departamento de Salud del estado de Nueva York.....   | 1-800-206-8125 |
| Departamento de Servicios Financieros del Estado de Nueva York.....<br><a href="http://www.dfs.ny.gov">www.dfs.ny.gov</a>  | 1-800-342-3736 |
| Línea de atención de Medicaid en el estado de Nueva York.....  | 1-800-541-2831 |

|   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| Línea de atención a personas mayores de la Oficina del Estado de Nueva York para Personas Mayores.....<br>www.aging.ny.gov                                | 1-800-342-9871                       |
| Oficina de Servicios para Víctimas del Crimen del estado de Nueva York<br>https://ovs.ny.gov/help-crime-victims   | 1-800-247-8035                       |
| Oficina de Conducta Médica Profesional del Departamento de Salud del estado de Nueva York (quejas sobre el control de calidad de la atención médica)..... | 1-800-663-6114                       |
| Clínica odontológica de NYU.....<br>www.nyu.edu/dental  | 1-212-998-9800                       |
| Junta de Jubilados Ferroviarios.....<br>www.rrb.gov   | 1-877-772-5772                       |
| SMP (anteriormente Patrulla senior de Medicare) para reportar fraude/abuso de Medicare en el estado de Nueva York .....                                   | 1-800-333-4374                       |
| Administración del Seguro Social.....<br>www.socialsecurity.gov   | 1-800-772-1213 TTY<br>1-800-325-0778 |
| Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos.....<br>www.va.gov   | 1-800-827-1000                       |

# NOTAS

Llame al 212-AGING-NYC (212-244-6469) y pide por HIICAP

**Bill de Blasio**  
**Mayor**  
**City of New York**

**Bill de Blasio**  
**Alcalde**  
**Ciudad de Nueva York**



**Lorraine Cortés-Vázquez**  
**Comisionada**

**Departamento para Personas Mayores de la ciudad de Nueva York**