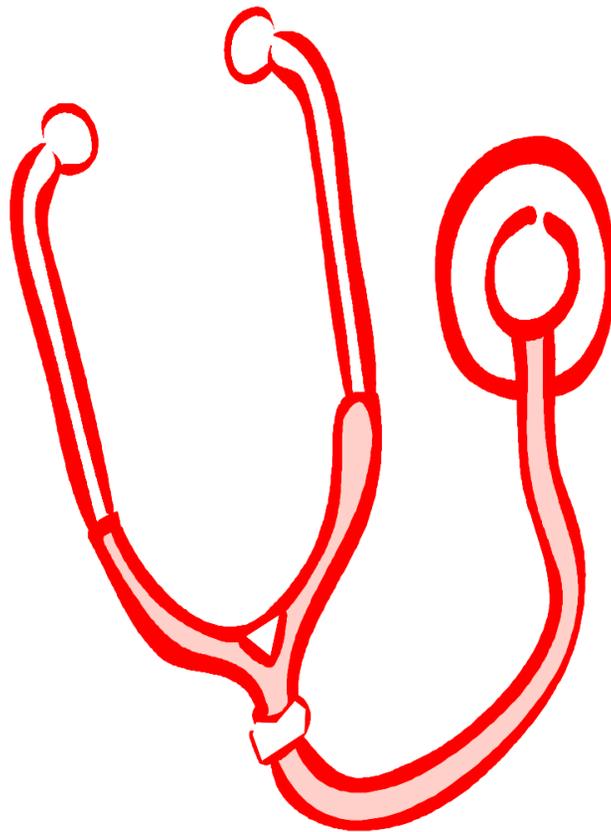


**GUÍA COMPLETA DE  
COBERTURA MÉDICA PARA  
NUYORKINOS DE EDAD AVANZADA  
2014**



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

Departamento para Personas Mayores de la ciudad de Nueva York



**Bill de Blasio**

**Alcalde**

**Ciudad de Nueva York**



**Donna M. Corrado, PhD**

**Comisionada**

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



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

Esta guía ha sido desarrollada por el Departamento para Personas Mayores de la Ciudad de Nueva York para el Programa de información, asesoramiento y ayuda sobre seguros de salud (HIICAP, por sus siglas en inglés) con el fin de ayudar a las personas mayores de Nueva York a entender mejor las opciones de cobertura médica disponibles actualmente en la ciudad. Los temas abarcan desde el seguro de las Partes A y B de Medicare, la cobertura de “Medigap”, los planes médicos Advantage de Medicare, la Parte D de Medicare, los Programas de Ahorro de Medicare, Medicaid y la cobertura para atención médica prolongada. La información detallada en este documento es válida para el año 2014. ¡Úsela con buena salud!

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

Tenemos asesores de HIICAP a su disposición para atenderlo por teléfono o reunirse con usted en persona en una de nuestras sedes de asesoría. Solo tiene que llamar a nuestra línea de ayuda para obtener información sobre el asesor más cercano.

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

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

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

LLAME AL 311 Y PIDA POR HIICAP

LLAME AL 311 Y PIDA POR HIICAP

<b>ÍNDICE</b>	
<b>Tema</b>	<b>Página</b>
<b>Medicare -----</b>	<b>4</b>
<b>Parte A -----</b>	<b>5</b>
<b>Parte B -----</b>	<b>8</b>
<b>Servicios preventivos -----</b>	<b>12</b>
<b>Medicare como pagador secundario (para personas con otra cobertura de seguro) -----</b>	<b>14</b>
<b>Seguro suplementario de Medicare (Medigap) -----</b>	<b>17</b>
<b>Planes de Medicare Advantage (HMO, PPO, SNP) -----</b>	<b>25</b>
<b>Parte D de Medicare: cobertura para medicamentos recetados--</b>	<b>31</b>
<b>Ayuda Extra para pagar la Parte D -----</b>	<b>36</b>
<b>Cobertura de Seguro Farmacéutico para Personas Mayores (EPIC, por sus siglas en inglés) -----</b>	<b>37</b>
<b>Programas para medicamentos recetados patrocinados por la ciudad de Nueva York y por el estado -----</b>	<b>40</b>
<b>Programas de Ahorros de Medicare -----</b>	<b>43</b>
<b>Fraude y abuso de Medicare -----</b>	<b>45</b>
<b>Medicaid -----</b>	<b>47</b>
<b>Extensión de Medicaid/La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio -----</b>	<b>47</b>
<b>Atención obligatoria prolongada administrada por Medicaid ----</b>	<b>49</b>
<b>Beneficios para veteranos y TRICARE for Life -----</b>	<b>52</b>
<b>Otras opciones de cobertura médica para los neoyorquinos ----</b>	<b>54</b>
<b>COBRA -----</b>	<b>54</b>
<b>NY State of Health/Health Insurance Marketplace -----</b>	<b>54</b>
<b>HHC Options -----</b>	<b>56</b>
<b>Derechos de los pacientes y apelaciones -----</b>	<b>58</b>
<b>Directivas anticipadas -----</b>	<b>59</b>
<b>Planificación de la atención prolongada -----</b>	<b>60</b>
<b>Seguro de atención prolongada -----</b>	<b>64</b>
<b>Cuadros de requisitos -----</b>	<b>68</b>
<b>Recursos -----</b>	<b>71</b>
<b>Oficinas de Medicaid en la ciudad de Nueva York -----</b>	<b>75</b>

LLAME AL 311 Y PIDA POR HIICAP

# 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. Tiene cuatro componentes:

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

## **¿Quién puede inscribirse en Medicare?**

Pueden inscribirse en Medicare las personas de 65 años o más, y los ciudadanos o residentes permanentes de los Estados Unidos que hayan residido en el país durante, al menos, cinco años consecutivos. Los menores de 65 años pueden reunir los requisitos para la cobertura después de recibir el seguro de 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. Si usted o su cónyuge (incluidos los cónyuges del mismo sexo) están asegurados por el Seguro Social (si han obtenido 40 trimestres de cobertura), usted puede inscribirse en la Parte A sin prima. Sin 40 trimestres de cobertura, es posible obtener Medicare si paga la prima de la Parte A. Si tiene alguna pregunta sobre su elegibilidad para Medicare, o si desea solicitar la cobertura de Medicare, llame a la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213 (1-800-325-0778 TTY). Puede obtener más información sobre cómo solicitar Medicare en [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov).

## **¿Cómo me inscribo en Medicare?**

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

**Cómo solicitar la Parte A de Medicare:** las personas elegibles para la Parte A sin prima pueden inscribirse en la Parte A de Medicare en cualquier momento, y la cobertura puede ser retroactiva por hasta 6 meses. Los que deben pagar la prima por la Parte A (los que no tienen 40 trimestres de cobertura a través del Seguro Social) solo pueden inscribirse entre el 1° de enero y el 31 de marzo, con entrada en vigencia de la cobertura a partir del 1° de julio.

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

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

**Empleados activos y personas que reúnen los requisitos para Medicare:** si usted o su cónyuge son empleados activos y tienen seguro médico a través de su empleador, es posible que no necesiten inscribirse en la Parte B de Medicare desde el momento en que reúnan los requisitos por primera vez; comuníquese con su empleador para averiguar si debe inscribirse en la Parte B. Es posible que desee inscribirse en la Parte A de cualquier modo, porque no hay prima por esta cobertura. Consulte la sección sobre Medicare como pagador secundario (página 14) para obtener más información.

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

Medicare pagará un máximo de por vida de 190 días de atención 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 colabora con el pago de una habitación compartida, las comidas, los servicios normales de enfermería, los servicios de rehabilitación, los medicamentos, los insumos médicos, los análisis de laboratorio y las radiografías. Usted también tiene cobertura por el uso del quirófano y las salas de recuperación, los servicios de salud mental, unidades de cuidados intensivos y coronarios, y todos los demás servicios e insumos médicamente necesarios.

La mayoría de las personas cumple los requisitos para la Parte A sin prima debido a que ellos o su cónyuge tienen como mínimo 40 trimestres de cobertura a través del 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. En 2014, si tiene menos de 30 trimestres de cobertura del Seguro Social, su prima de la Parte A será de \$426 por mes. Si tiene entre 30 y 39 trimestres de cobertura del Seguro Social, su prima de la Parte A será de \$234 por mes. Para las personas con bajos ingresos que reúnen los requisitos del Programa de ahorro de Medicare QMB (ver la página 42), QMB también podría estar en condiciones de pagar la prima de la Parte A para los que no pueden solicitar la Parte A sin prima.

Costos compartidos de la Parte A en 2014:

- Deducible: \$1,216 por periodo de beneficios
- Días 61 a 90 de estadía en el hospital: \$304 por día
- Días de reserva de por vida: \$608 por día

**Institución de atención de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés):**

si una vez que recibe el alta después de una estadía mínima de 3 días como paciente internado en un hospital (sin contar el día del alta), necesita ir a una institución de atención de enfermería especializada, Medicare podría ayudar a pagar su atención por hasta 100 días en cada periodo de beneficios. (Los días "en observación" en un hospital son cubiertos por la Parte B de Medicare, y no se computan como parte de la estadía mínima de 3 días necesaria para la cobertura de la SNF). La Parte A de Medicare paga el costo total de los servicios cubiertos durante los primeros 20 días. Medicare paga todos los servicios cubiertos en los siguientes 80 días, excepto el monto de copago diario, que es de \$152 en 2014. Si necesita más de 100 días de atención en un periodo 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.**

LLAME AL 311 Y PIDA POR HIICAP

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

En la página 48 encontrará información sobre la Atención obligatoria prolongada administrada por Medicaid (MLTC) para los elegibles duales (los que tienen Medicare y Medicaid).

**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. La atención puede ser domiciliaria u hospitalaria, e incluye muchos servicios que Medicare habitualmente no cubre, como servicios domésticos, asesoramiento y ciertos medicamentos recetados.

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

La Parte B de Medicare cubre una amplia 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. La Parte B también ayuda a pagar:

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

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

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

Usted debe pagar el deducible anual correspondiente a la Parte B. Una vez alcanzado el deducible, Medicare paga el 80% de los cargos aprobados por Medicare. Usted es responsable del pago del 20% restante, que se conoce como coseguro de Medicare. A partir de 2014, el coseguro para los servicios de salud mental es del 20%, similar a la de otros servicios cubiertos por la Parte B (en 2013, el coseguro fue del 35%).

Medicare cubre servicios de terapia física y fonoaudiología hasta \$1,920 por año, y servicios de terapia ocupacional hasta \$1,920 por año en 2014. Este máximo incluye todos los tratamientos efectuados en el consultorio, en el hogar (si no está recibiendo servicios de atención de la salud en el hogar cubiertos por Medicare), y la atención en el departamento ambulatorio en un hospital (a partir de octubre de 2012). Hay ciertas excepciones que permiten una ampliación del máximo, por ejemplo, para las afecciones médicas más complicadas. Puede verificar con su fisioterapeuta si reúne los requisitos para una excepción.

El seguro suplementario de Medicare (Medigap) ayuda a los beneficiarios de Medicare a pagar su parte de los costos no cubiertos por Medicare. Estas pólizas cubren las diferencias ("gap", en inglés) de los reembolsos de Medicare, pero solo para los servicios aprobados por la cobertura de Medicare. Consulte la página 17 para obtener información sobre las pólizas de Medigap.

### **Costos compartidos de la Parte B de Medicare en 2014**

- Prima mensual: \$104.90 (las personas y parejas con ingresos anuales superiores a \$85,000 y \$170,000, respectivamente deberán pagar primas más altas. Vea la página 67 para obtener más información).
- Deducible anual: \$147

LLAME AL 311 Y PIDA POR HIICAP

- Coseguro: 20% para la mayoría de los servicios, incluidos los servicios de salud mental.

### ¿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 en la que se encuentra el proveedor afecta cuánto pagará usted por sus servicios. Los proveedores pueden ser proveedores "Participantes", proveedores "No participantes" o pueden "Excluirse" del programa de Medicare. A continuación se describe cada una de estas situaciones.

- 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%). 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.
- Pueden ser proveedores "**No participantes**". Los proveedores no participantes aún tienen una relación con el programa de Medicare; la forma en la que esta categoría se diferencia de proveedores "Participantes" es cuánto pueden cobrar para ver 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 que Medicare apruebe para un servicio en particular y no le cobrará más del 20% de coseguro (para la mayoría de los servicios).
  - 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 que se aplica a las visitas al consultorio médico y al domicilio es del 15%. Para la mayoría del resto de los servicios prestados por médicos en el estado de Nueva York, el Cargo límite es del 5%.

**CONSEJO:** para ubicar a proveedores del programa de Medicare, ingrese en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) o llame al 1-800-MEDICARE.

- Los proveedores pueden "**Excluirse**" del programa de Medicare. Los proveedores de Medicare tienen el derecho de "excluirse" oficialmente de Medicare por un periodo de dos años y firmar un contrato de carácter privado por escrito con cualquier paciente de Medicare que desee ser atendido por ellos. El médico fijará un cargo para cada servicio en particular y el paciente aceptará pagar los costos, entendiendo que Medicare no le pagará al médico ni reembolsará el dinero al paciente. De igual modo, ninguna póliza suplementaria o "Medigap" pagará estos gastos. El beneficiario de Medicare seguirá gozando de la cobertura de Medicare para los servicios proporcionados por otros proveedores. Los proveedores que se "excluyen" son un caso distinto del de los

LLAME AL 311 Y PIDA POR HIICAP

proveedores que no aceptan una Asignación de Medicare, en donde los aranceles y reembolsos fijos continúan bajo el control de Medicare.

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

En ocasiones, Medicare podría no cubrir un servicio porque no se lo considera "necesario desde el punto de vista médico". En estos casos, el proveedor de atención de la salud debe entregar por escrito la "Notificación anticipada al beneficiario de no cobertura" (ABN, por sus siglas en inglés) en la que indique el servicio que cree que Medicare no pagará. El formulario debe contener el servicio en cuestión; la fecha del servicio; un motivo específico por el cual el servicio podría no ser pagado por Medicare y un espacio para que el beneficiario firme como prueba de que entiende y acepta la responsabilidad de pagar dicho servicio. 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. Los proveedores deben usar las ABN para los servicios de fisioterapia, fonoaudiología y terapia ocupacional. Sin una ABN firmada, el beneficiario no es responsable por los cargos que excedan el máximo para estos servicios (consulte el modelo de ABN en la página que sigue).

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

Para las reclamaciones asignadas, cada trimestre se enviará por correo una notificación resumida de Medicare (MSN, por sus siglas en inglés) a cada beneficiario por el que se hubiera recibido una reclamación de un proveedor en virtud de la Parte A y/o de la Parte B. Para las reclamaciones no asignadas, se enviará la MSN a medida que se procesen las reclamaciones, junto con un cheque a nombre del beneficiario, si el beneficiario ha pagado el servicio con anterioridad. Los beneficiarios podrán usar la MSN para obtener un reembolso conforme a una póliza Medigap. La MSN contiene información sobre cómo apelar las reclamaciones de Medicare denegadas. Los beneficiarios también pueden acceder a sus MSN por Internet en [www.mymedicare.gov](http://www.mymedicare.gov). 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).

A. Notificador:

B. Nombre del paciente:

C. Número de identificación:

## Notificación anticipada al beneficiario de no cobertura (ABN)

**NOTA:** si Medicare no paga los servicios que se describen en D. \_\_\_\_\_ a continuación, tal vez usted deba pagarlos.

Medicare no paga todo, incluso una parte de la atención que usted o su proveedor de atención de la salud tienen buenos motivos para considerar necesaria. Esperamos que Medicare tal vez no pague lo que se incluye en la sección D. \_\_\_\_\_ a continuación.

D.	E. Motivo por el cual Medicare tal vez no pague:	F. Costo aproximado:

### LO QUE DEBE SABER:

Lea esta notificación para que pueda tomar una decisión informada sobre su atención.

Una vez que la haya leído por completo, háganos las preguntas que necesite.

Elija una de las siguientes opciones acerca de si desea recibir los servicios que se describen en D. \_\_\_\_\_ que antecede.

**Nota:** si elige la Opción 1 o 2, podríamos estar en condiciones de ayudarlo a usar otro seguro (si lo tiene), pero Medicare no puede exigir que lo hagamos.

<b>G. OPCIONES: Marque solo una casilla. No podemos elegir una casilla por usted.</b>
<input type="checkbox"/> <b>OPCIÓN 1.</b> Deseo recibir los servicios que se describen en la sección D. _____ que antecede. Pueden solicitarme que los pague ahora, pero también deseo que se le facturen a Medicare para que manifiesten la decisión oficial de pago, la que se me envía en una Notificación resumida de Medicare (MSN). Comprendo que si Medicare no paga, seré responsable del pago, pero podré <b>apelar ante Medicare</b> siguiendo las instrucciones de la MSN. Si Medicare paga, me reembolsarán los pagos que les haya efectuado, menos los copagos o deducibles que correspondan.
<input type="checkbox"/> <b>OPCIÓN 2.</b> Deseo recibir los servicios que se describen en la sección D. _____ que antecede, pero no los facturen a Medicare. Pueden solicitarme que los pague ahora, ya que soy responsable del pago. <b>No puedo apelar si no se le factura a Medicare.</b>
<input type="checkbox"/> <b>OPCIÓN 3.</b> No deseo recibir los servicios que se describen en la sección D. _____ que antecede. Comprendo que con esta opción, no <b>seré</b> responsable del pago, y <b>no podré apelar para verificar si Medicare los pagaría.</b>

### H. Información adicional:

**Esta notificación expresa nuestra opinión y no es la decisión oficial de Medicare.** Si tiene alguna otra pregunta sobre esta notificación o la facturación de Medicare, llame a **1-800-MEDICARE** (1-800-633-4227/TTY: 1-877-486-2048).

Su firma a continuación significa que ha recibido esta notificación y la comprende. También recibirá una copia.

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

Según la Ley de Reducción del Papeleo de 1995 (Paperwork Reduction Act), ninguna persona debe responder a una solicitud de recopilación de información salvo que tenga un número de control de OMB válido. El número de control de OMB válido para esta solicitud de recopilación de información es 0938-0566. El tiempo necesario para completar esta solicitud de recopilación de información se estima en un promedio de 7 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, reunir los datos necesarios y completar y revisar la solicitud de recopilación de información. Si tiene comentarios con respecto a la exactitud de los estimados 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 ofrece cobertura para los siguientes servicios preventivos, a fin de ayudarlo a mantenerse saludable:

Diagnóstico y asesoramiento para el alcoholismo	Medicare cubre un diagnóstico anual del alcoholismo. En caso de un resultado positivo, Medicare también cubrirá hasta 4 intervenciones de asesoramiento breves y personalizadas por año.
Terapia conductual para la enfermedad cardiovascular (CVD, por sus siglas en inglés)	Medicare cubre una visita personalizada de reducción del riesgo de CVD 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.
Medición de masa ósea	Los procedimientos para identificar la pérdida de masa ósea o para determinar la densidad ósea están cubiertos cada 24 meses. Calificarán para estos procedimientos las mujeres con riesgo de osteoporosis o que estén recibiendo un tratamiento con medicamentos para la osteoporosis y las personas con anomalías en la columna.
Pruebas cardiovasculares	Medicare cubre pruebas cardiovasculares para controlar el colesterol y demás concentraciones de grasa en sangre (lípidos) una vez cada 5 años.
Control del cáncer colorrectal	<u>Prueba de sangre oculta en heces</u> : cubierta una vez cada 12 meses <u>Sigmoidoscopia flexible</u> : cubierta una vez cada 48 meses <u>Colonoscopia</u> : cubierta una vez cada 24 meses si tiene un riesgo alto de desarrollar cáncer de colon. Si usted no corre alto riesgo, la cobertura es una vez cada 10 años pero no dentro de los 48 meses de realizada una sigmoidoscopia flexible de rutina.  <u>Enema de bario</u> : puede reemplazarse por una sigmoidoscopia flexible o colonoscopia, y usted paga el 20% del monto aprobado por Medicare.
Diagnóstico de la depresión	Medicare cubre las pruebas diagnósticas de la depresión por el médico de cabecera una vez cada 12 meses.
Servicios para la diabetes	Las pruebas de detección de la <u>diabetes</u> para las personas con riesgo alto están cubiertas en un 100%. Cobertura total de monitores de glucosa, lancetas, tiras de prueba y capacitación para el autocontrol de la diabetes tanto para pacientes diabéticos insulino dependientes como no dependientes. Usted paga el 20% del monto aprobado por Medicare después del deducible de la Parte B.
Pruebas de detección del glaucoma	En el caso de las personas con alto riesgo de desarrollar glaucoma, incluidas las personas con diabetes o con antecedentes familiares de glaucoma, las pruebas de detección del glaucoma están cubiertas una vez cada 12 meses. Usted paga el 20% del monto aprobado por Medicare después del deducible de la Parte B.
Prueba de detección del VIH	Cubierta una vez cada 12 meses para cualquier beneficiario que la solicite.
Mamografía	Entre los 35 y los 39 años se cubre una mamografía de base. Todas las mujeres de 40 años o más que tengan Medicare gozan de cobertura para una mamografía de rutina cada 12 meses. Se cubre una mamografía de diagnóstico en cualquier momento cuando hay síntomas de cáncer de seno. La mamografía de diagnóstico está sujeta al deducible de la Parte B y al 20% de coseguro.
Tratamiento médico nutricional	Medicare cubre 3 horas de servicios de asesoramiento presenciales para el primer año y, luego, 2 horas anuales para los beneficiarios con diabetes o enfermedad renal.

LLAME AL 311 Y PIDA POR HIICAP

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.
Papanicolau (Pap) y examen pélvico	El papanicolau, el examen pélvico y el control mamario clínico están cubiertos cada 24 meses o una vez cada 12 meses en mujeres con alto riesgo de desarrollar cáncer de cuello de útero o vaginal. Todas las mujeres con Medicare gozan de cobertura.
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.
Pruebas de detección del cáncer de próstata	<u>Tacto rectal</u> : cubierto una vez cada 12 meses para los hombres a partir de los 50 años. Usted paga el 20% del monto aprobado por Medicare después del deducible de la Parte B. <u>Prueba de antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés)</u> : cubierta una vez cada 12 meses para hombres a partir de los 50 años.
Diagnóstico de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento conductual intensivo (HIBC, por sus siglas en inglés) para evitar las ETS	Medicare cubre el diagnóstico de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B, además del asesoramiento conductual intensivo (HIBC) 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 remitidas 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 el tabaco	Asesoramiento para dejar de fumar. Medicare cubrirá hasta 8 visitas presenciales durante un periodo de 12 meses para los beneficiarios que consuman tabaco.
Vacunas	<u>Vacuna contra la gripe</u> : cubierta una vez en cada temporada de gripe <u>Neumonía</u> : previene la neumonía neumocócica. Por lo general, solo se necesita una vez en la vida. <u>Hepatitis B</u> : cubierta si tiene un riesgo alto o intermedio.

LLAME AL 311 Y PIDA POR HIICAP

## **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.

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

**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 empleador	Menos de 100 empleados	Primero. Plan del empleador, segundo.
Personas discapacitadas de menos de 65 años, cubierto por el plan del empleador	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, por sus siglas en inglés) 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.

LLAME AL 311 Y PIDA POR HIICAP

**Seguro de responsabilidad civil y Medicare:** en caso de accidente o lesión, los gastos de atención médica pueden estar cubiertos por otros tipos de seguro, tales como seguros "no fault" (sin negligencia) o del automóvil, pólizas de propietarios de vivienda o de mala praxis. Ya que la resolución de muchas de estas reclamaciones toman un tiempo prolongado, Medicare puede 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.

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

Cuando el empleado opta por retirarse, debe considerar si se inscribe en la Parte B de Medicare, debido a que la Parte B de Medicare será su seguro primario cuando se jubile. Hay una prima mensual para la Parte B. La inscripción en la Parte B de Medicare debe realizarse en un plazo de 8 meses a partir del momento en que termine el empleo activo, no al final de la cobertura de atención médica, a fin de evitar una brecha en la cobertura y una multa por inscripción tardía.

**Cobertura de salud para jubilados:** en caso de que la persona tenga Medicare y un seguro de salud para jubilados, Medicare es la cobertura primaria y la cobertura para jubilados es la secundaria.

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

**Enfermedad renal en etapa 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 existe un plan colectivo de salud del empleador, es primario durante los primeros 30 meses de elegibilidad para Medicare. Después de 30 meses, Medicare es primario.

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

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

# SEGURO SUPLEMENTARIO DE MEDICARE (Medigap)

## ¿Qué es una póliza de Medigap?

El seguro suplementario de Medicare ("Medigap") está diseñado específicamente para cubrir las diferencias en la cobertura de Medicare. Las pólizas, 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.

## ¿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 doce pólizas estándar de Medigap disponibles en los Estados Unidos, que se designan con las letras "A" a "N". Cada una de las pólizas tiene el paquete de beneficios básicos (que no puede ser modificado mediante la adición o sustracción de disposiciones), más una combinación de beneficios adicionales. Las pólizas más antiguas de Medigap anteriores a la estandarización de 1992 aún están vigentes, pero no pueden ofrecerse a 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. Algunas de las pólizas más antiguas pueden ofrecer mejor cobertura, especialmente en cuanto a la atención prolongada de enfermería especializada. A partir del 1º de junio de 2010, los planes E, H, I y J ya no se ofrecerán a los nuevos afiliados. Las personas que tienen los planes E, H, I y J de Medigap pueden mantener su cobertura actual, pero es aconsejable que comparen los beneficios con el costo de la prima para determinar si su plan continúa siendo rentable.

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

En el estado de Nueva York, usted puede 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 ofrecidos por un plan que mejor se adapte a sus necesidades, puede comparar la prima, el servicio y la reputación de las compañías de seguros. La mayoría de las compañías de seguros que ofrecen Medigap han conectado sus computadoras con las computadoras de Medicare, para que sus reclamaciones puedan ser procesadas sin mucho papeleo ("intercambio electrónico de datos"). Además, las compañías pueden facturarle la prima por mes, por trimestre o por año, según su preferencia en términos de cronograma de pagos.

### **¿Qué protección tengo?**

Todas las pólizas estándar de Medigap 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. Si tiene mayores necesidades médicas, puede acordar la compra de un plan F, por ejemplo, si le parece que el plan B es demasiado limitado. La nueva póliza de Medigap reemplazará a la anterior. **NO CANCELE LA PÓLIZA ANTIGUA HASTA QUE ENTRE EN VIGENCIA LA NUEVA.**

### **¿Cómo se establecen las primas?**

En el estado de Nueva York, usted está protegido por la "tasación comunitaria". La prima establecida por una compañía de seguros para una de sus pólizas de Medigap estándar debe ser la misma, independientemente de la edad, el sexo o el estado de salud. Esto significa que la prima por un Plan C de una compañía de seguros será la misma para una mujer de 72 años con mala salud que para un hombre de 81 años que goza de buena salud. Luego de la descripción de los planes, se incluye un cuadro que incluye los doce planes estándar. Las compañías de seguros y sus primas para los beneficiarios de Medicare de la ciudad de Nueva York se encuentran en la página 23.

### **¿Cuándo comienza mi cobertura si tengo una enfermedad preexistente?**

El periodo máximo por el cual puede negarse la cobertura de una póliza de Medigap debido a una enfermedad preexistente es de los primeros seis meses a partir de la obtención de la nueva póliza y solo para las reclamaciones directamente relacionadas con dicho problema de salud. Una enfermedad preexistente es una enfermedad para la que un médico ofreció asesoramiento médico o recomendó tratamiento, o que fue tratada por un médico, dentro de los seis meses anteriores a la fecha de vigencia de la cobertura. Usted puede reunir los requisitos para una cobertura **inmediata** de un problema de salud preexistente (1) si contrata una póliza durante el periodo de inscripción abierta posterior a su cumpleaños número 65, o (2) si usted tuvo cobertura de un plan de salud anterior durante, al menos, seis meses sin interrupciones superiores a los 63 días. Si su cobertura del plan médico anterior fue inferior a seis meses, su nueva póliza de Medigap debe acreditarle la cantidad de meses en los que tuvo cobertura. Algunas pólizas tienen periodos de espera más cortos o no tienen periodos de

LLAME AL 311 Y PIDA POR HIICAP

espera por enfermedades preexistentes. Puede encontrar en línea un cuadro con los periodos de espera para las enfermedades preexistentes en [http://dfs.ny.gov/consumer/caremain.htm#sub\\_gen](http://dfs.ny.gov/consumer/caremain.htm#sub_gen).

### **¿Qué documentación recibirá de mi asegurador de Medigap?**

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

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

Los asesores capacitados en HIICAP tienen información actualizada sobre las pólizas de Medigap. No harán la elección por usted, pero le ofrecerán la información específica que necesita para tomar una decisión.

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

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

## **PLANES MEDIGAP ESTÁNDAR**

A continuación encontrará los diez planes 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 (\$304 por día en 2014) para los días 61 a 90 de hospitalización en cada periodo de beneficios de Medicare.
- Cobertura del monto de coseguro de la Parte A (\$608 por día en 2014) 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 (\$147 en 2014).

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

- Cobertura del deducible por internación hospitalaria en virtud de la Parte A (\$1,216 por periodo de beneficios en 2014).

LLAME AL 311 Y PIDA POR HIICAP

**El PLAN C** 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 (\$152 por día desde el día 21 hasta el día 100 por periodo de beneficios en 2014).
- Cobertura del deducible de la Parte B de Medicare (\$147 por año calendario en 2014).
- Cobertura del 80% por la atención de emergencia médicamente necesaria en un país extranjero, después de un deducible de \$250, con un beneficio máximo de \$50,000 de por vida.

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

- 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:

- 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% de los gastos que excedan los alcances de la Parte B de Medicare<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.

**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% de los gastos que excedan el alcance de la Parte B de Medicare<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.

---

<sup>1</sup> El Plan F tiene una "opción de deducible alto." Si elige la "opción de deducible alto," tendrá que pagar primero un deducible de \$2,140 en 2014 antes de que el plan pague algún cargo. Este monto puede aumentar cada año. Las pólizas de deducible alto tienen primas más bajas.

<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 podrán conservarlas.**

**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 adicional como paciente internado durante el tiempo de 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 \$4,940 en 2014.

**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.

---

<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.

<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.

- 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 \$2,470 en 2014.

**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.

**Medicare SELECT:** además de las pólizas A-N estándar de Medigap, Medicare SELECT es un tipo de póliza de Medigap que puede costar menos que los planes estándar de Medigap. No obstante, usted solo puede acudir a ciertos hospitales, y en algunos casos, a ciertos médicos para que lo atiendan. Visite [www.dfs.ny.gov/insurance/caremain.htm#insurer](http://www.dfs.ny.gov/insurance/caremain.htm#insurer) para obtener información sobre los planes de Medicare SELECT disponibles en el estado de Nueva York.

Recuerde siempre pedir información acerca de costos de membresía o seguros colectivos que puedan resultar menos costosos que la contratación de un plan individual.

Consulte los cuadros de las páginas 22 y 23 para obtener más información sobre las pólizas de Medigap.

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

**Beneficios básicos:** incluidos en todos los planes

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

A	B	C	D	F*	G	K	L	M	N
Beneficio básico	Beneficio Básico	Beneficio básico	Beneficio básico	Beneficio básico	Beneficio básico	Beneficio básico**	Beneficio básico**	Beneficio básico	Beneficio básico**
		Coseguro de atención de enfermería especializada (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 \$4,9400	Límite de gasto de bolsillo \$2,4700		

\*El Plan F también se ofrece con una opción de deducible alto.

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

LLAME AL 311 Y PIDA POR HIICAP

# PÓLIZAS DE SEGURO SUPLEMENTARIO DE MEDICARE

Preparado por el Departamento de Personas Mayores de la Ciudad de Nueva York para el Programa de información, asesoramiento y ayuda sobre seguros de salud (HIICAP) 1-212-341-3978. Comuníquese directamente con las empresas para conocer sus tarifas mensuales vigentes, debido a que están sujetas a cambios. El sitio web del Departamento de Seguros del estado del Estado de Nueva York cuenta con cuadros de tarifas actualizados en <http://www.dfs.ny.gov/consumer/medplan/medsup14.pdf>.

\*Empire Blue Cross Blue Shield ya no comercializa pólizas de Medigap a los nuevos afiliados. Continuará renovando las pólizas de Medigap a los actuales titulares de póliza por tiempo indeterminado, mientras estos continúen pagando sus primas.

<b>PLAN</b>	<b>Aetna</b> 800-345-6022	<b>American Progressive</b> 800-332-3377	<b>Bankers Conesco</b> 800-845-5512	<b>First United American</b> 800-331-2512	<b>GHI</b> 800-444-2333	<b>Health Now New York</b> 888-989-9905	<b>Humana</b> 800-486-2620	<b>Mutual of Omaha</b> 800-228-9999	<b>State Farm</b> 866-855-1212	<b>Sterling Life</b> 888-858-8551	<b>United Health (AARP)</b> 800-523-5800
<b>A</b>	\$306.08	\$231.09	\$321.11	\$208.00	\$169.45	\$226.30	\$254.55	\$216.57	\$275.60	\$297.11	\$156.50
<b>B</b>	\$348.62	\$322.51	\$381.92	\$286.00	\$226.14	\$281.75	\$276.90	\$332.29	\$369.19	\$344.79	\$219.00
<b>L</b>		\$400.57		\$344.00	\$273.50	\$337.94	\$330.80	\$361.03	\$427.53		\$256.00
<b>D</b>		\$398.11		\$339.00				\$316.10			
<b>F</b>	\$406.73	\$417.43	\$469.36	\$325.00	\$276.24	\$339.44	\$337.51	\$412.39	\$428.42	\$375.86	\$257.00
<b>F+</b>			\$93.21	\$64.00		\$143.67	\$115.86				
<b>G</b>		\$388.83	\$395.53	\$303.00				\$342.01			
<b>K</b>			\$116.48	\$128.00			\$175.07			\$162.13	\$91.75
<b>L</b>			\$238.11	\$180.00			\$238.06				\$149.75
<b>M</b>			\$314.65					\$307.92			
<b>N</b>		\$233.02	\$247.79	\$225.00		\$210.04				\$285.88	\$173.00

LLAME AL 311 Y PIDA POR HIICAP

## **PLANES MEDICARE ADVANTAGE, HMO, PPO, HMO-POS, SNP, MSA, PFFS**

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

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

Si desea tener cobertura para medicamentos recetados y pertenece a una HMO, PPO-POS o a un SNP, debe obtener la cobertura para medicamentos en virtud de la Parte D a través de su plan. Si pertenece a un plan PFFS que no ofrece cobertura para medicamentos, puede inscribirse en un plan independiente de la Parte D. Todos los planes de Medicare Advantage deben ofrecerles a sus miembros todos los mismos servicios médicamente necesarios cubiertos por Medicare "original" y pueden incluir servicios adicionales, como un beneficio para medicamentos recetados, oftalmología, odontología y atención de la audición. Todos los beneficiarios de Medicare tienen derecho a obtener los servicios médicos que necesiten, a obtener información completa acerca de las opciones de tratamiento de su médico y a apelar las denegaciones de servicios o los reembolsos efectuados por un plan de Medicare Advantage.

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

### **Obtener servicios a través de Medicare Original con pagos por servicio y a través de Medicare Advantage**

La cobertura de Medicare original con pagos por servicio faculta al beneficiario a obtener todos los servicios médicamente necesarios por parte de cualquier proveedor de Medicare en cualquier lugar de Estados Unidos. Medicare fija las tarifas para dichos servicios y cubre el 80% de la mayoría de los costos. El beneficiario es responsable de la diferencia. El seguro suplementario de Medicare, también conocido como Medigap

LLAME AL 311 Y PIDA POR HIICAP

(ver la página 17), puede cubrir todos o la mayoría de los costos a cargo de la persona mayor.

**La HMO** exige que el beneficiario de Medicare elija a un médico de cabecera (PCP, por sus siglas en inglés) de la red local de médicos de la HMO. Algunas HMO exigen que el PCP remita al paciente a los especialistas, a pesar de que la mayoría no requiere tales remisiones para los proveedores dentro de la red. Dado que la HMO recibe un subsidio del gobierno federal, los costos a cargo del beneficiario pueden ser más bajos que los de los planes de Medicare con pagos por servicio. Una HMO puede ofrecer beneficios adicionales a los que ofrece Medicare con pagos por servicio, como prótesis auditivas y atención oftalmológica y odontológica. A excepción de la atención de emergencia, no hay cobertura para servicios obtenidos fuera de la red; el beneficiario será responsable del costo total de dichos servicios.

**Las PPO** ofrecen una red de proveedores de atención médica, 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). El plan de la PPO puede incluir beneficios médicos adicionales, como audífonos y atención oftalmológica y odontológica.

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

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

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

LLAME AL 311 Y PIDA POR HIICAP

Medicare en virtud del plan. Estos planes no incluyen la Parte D de Medicare, y los afiliados deberán contratar un plan independiente por separado de la Parte D, a fin de tener cobertura para medicamentos recetados.

**Planes privados de honorarios por servicios de Medicare (PFFS, por sus siglas en inglés):** en la actualidad, la mayoría de los planes PFFS cuentan con una red para el plan, pero los miembros tienen la opción de consultar con cualquier proveedor aprobado de Medicare y el plan PFFS pagará la atención en la medida en la que el proveedor esté informado de que usted pertenece a ese plan y esté de acuerdo en tratarlo. Por lo general, la persona pagará menos por la atención si utiliza proveedores pertenecientes a la red. Los planes PFFS pueden ofrecer cobertura de medicamentos, pero si no lo hacen, es posible inscribirse en un plan independiente de la Parte D de Medicare.

**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.**

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

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

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

### **¿Cómo se paga un Plan de Medicare Advantage?**

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

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

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

Todos los planes de Medicare Advantage deben tener costos anuales máximos de bolsillo para todos los servicios cubiertos en virtud de la Parte A y la Parte B, que restringen el monto que deberá pagar de bolsillo en un año calendario determinado. En 2014, este monto máximo de bolsillo (MOOP) no podrá exceder los \$6,700 para proveedores dentro de la red en el caso de los planes de HMO; y \$10,000 para proveedores combinados (dentro y fuera de la red) en el caso de los planes de PPO.

### **¿Cómo funciona una HMO de Medicare?**

En una HMO, usted selecciona un médico de cabecera (PCP, por sus siglas en inglés) que es responsable de administrar su atención médica, ingresarlo en un hospital, pedir pruebas de diagnóstico, tratamientos o remisiones a especialistas y recetarle medicamentos. Usted puede optar por el médico, con la condición de que el médico esté disponible para pacientes recién afiliados a Medicare. Usted debe recibir la atención médica de los proveedores de la HMO. Ni la HMO ni Medicare pagarán los servicios de proveedores que no sean parte de la red de atención médica de la HMO, excepto en casos de emergencia.

### **¿Cómo funciona una PPO de Medicare?**

Una PPO crea una red de médicos, hospitales y otros proveedores. El afiliado puede obtener servicios dentro o fuera de la red. Si usted está dentro de la red de la PPO, deberá pagar un copago (una cantidad fija para ciertos servicios) que, probablemente, sea inferior a los costos compartidos de Medicare "original". Si recurre a un proveedor fuera de la red de la PPO con una remisión para otro proveedor o elige otro médico o

LLAME AL 311 Y PIDA POR HIICAP

especialista, deberá alcanzar el deducible del plan y pagar un cargo superior por esos servicios. La PPO pagará una cantidad fija del cargo, y usted pagará la diferencia.

### **¿Cómo funcionan los Planes de Medicare Advantage con la Parte D de Medicare (cobertura para medicamentos)?**

Si usted pertenece a un Plan de Medicare Advantage y desea tener cobertura para medicamentos recetados, debe obtener esta cobertura a través de su plan; no puede inscribirse en un plan independiente de la Parte D.

### **¿Qué sucede con los servicios de emergencia?**

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

### **¿Cómo puedo apelar una decisión de mi plan de salud?**

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

### **¿Cómo puedo quejarme sobre la calidad de la atención?**

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

### **¿Cómo debo decidir si debo afiliarme al Plan de Medicare Advantage?**

Debe tener en cuenta los siguientes tres aspectos antes de inscribirse en un plan:

1) si los médicos que lo tratan actualmente participan en el plan; 2) sus finanzas; y 3) la ubicación geográfica.

1. **Participación de sus médicos actuales en el plan:** pregúnteles a sus médicos en qué planes participan y si aceptan pacientes recién afiliados a Medicare para cada plan en particular. Incluso si ya tiene una relación establecida con ese médico, debe asegurarse de que lo aceptará como paciente nuevo en virtud de ese plan en particular.
2. **Finanzas:** recibir atención a través de un plan de Medicare Advantage puede costarle menos que recibirla a través de Medicare original únicamente. Además, los planes de Medicare Advantage pueden cubrir servicios no cubiertos por Medicare original, como atención oftalmológica y odontológica de rutina, y audífonos. Es importante investigar la estructura de cargos del plan de Medicare Advantage antes de afiliarse. Además, es muy importante que revise esta información todos los años.

LLAME AL 311 Y PIDA POR HIICAP

3. **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 periodo determinado, una HMO podría no ser adecuada para usted, dado que, fuera de la zona de atención, solo se cubre la atención de emergencia. Las 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.

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

Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre puede cambiar su elección del plan de Medicare Advantage (MA) o volver a Medicare original, y el cambio entra en vigencia el 1º de enero. Entre el 1º de enero y el 14 de febrero, los afiliados de Medicare Advantage tendrán una oportunidad adicional de cambiarse a un plan de Medicare Original, y el cambio entrará en vigencia el primer día del mes siguiente, es decir, el 1º de febrero o el 1º de marzo. Las personas con Medicaid, un Programa de Ahorros de Medicare o Ayuda Extra pueden cambiar de plan en cualquier momento, y el cambio entrará en vigencia el primer día del mes siguiente.

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

### **¿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 la cobertura de Medigap duplicaría sus beneficios. Si decide inscribirse en un plan de Medicare Advantage y ya tiene una póliza de Medigap, es posible que desee conservarla durante al menos 30 días hasta verificar si el plan de Medicare Advantage le resulta satisfactorio. De acuerdo con las leyes del estado de Nueva York, usted siempre podrá adquirir una póliza de Medigap si abandona un plan de Medicare Advantage y regresa a un plan de Medicare original; sin embargo, es posible que no tenga cobertura para una enfermedad actual durante un periodo. Para obtener más información sobre Medigap, consulte la página 17.

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

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

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

1. Planes para medicamentos recetados de Medicare Advantage (MAPD): son planes de atención administrada, como HMO, PPO o SNP, que ofrecen paquetes de beneficios integrales que cubren todo lo siguiente: hospitales, médicos, especialistas, gastos de farmacia y medicamentos recetados. Si usted es beneficiario de un plan de Medicare Advantage y desea tener cobertura de la Parte D, debe obtener la cobertura de la Parte D a través de su plan de Medicare Advantage.
2. Planes independientes para medicamentos recetados (PDP, por sus siglas en inglés): estos planes SOLO cubren los medicamentos recetados. Hay 26 PDP distintos disponibles en el estado de Nueva York.

Las personas que optan por inscribirse en un plan de la Parte D deberán pagar una prima mensual y una parte del costo de los medicamentos recetados. Los planes de medicamentos varían en cuanto a los medicamentos recetados que cubren, el monto

LLAME AL 311 Y PIDA POR HIICAP

que usted debe pagar y las farmacias que puede usar. Todos los planes de medicamentos deben ofrecer, al menos, un nivel estándar de cobertura, establecido por Medicare. No obstante, algunos planes ofrecen beneficios mejorados y pueden cobrarle una prima mensual más alta. Cuando un beneficiario se inscribe en un plan de medicamentos, es importante que elija uno que satisfaga sus necesidades de medicamentos recetados.

Los beneficiarios con ingresos más altos (superiores a los \$85,000 en el caso de una persona, o \$170,000 en el caso de una pareja) pagarán un recargo por la Parte D además de la prima de su plan. Este recargo varía de \$12.10 a \$69.30 por mes, y puede pagarse del mismo modo que la prima de la Parte B, por lo general, como deducción del cheque del Seguro Social (ver la página 67 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 2014:

- **Deducible** (hasta \$310). Algunos planes tienen un deducible más bajo o no tienen deducible.
- **Nivel de cobertura inicial.** Usted paga el 25% de los costos de los medicamentos, hasta un total de \$2,850 en costos 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).
- **Diferencia de cobertura** (también conocido como "donut hole"). Luego de pagar \$2,850 en concepto de costos totales por los medicamentos, usted pagará aproximadamente el 47.5% del costo de los medicamentos de marca comercial y el 72% del costo de los medicamentos genéricos hasta que **haya** incurrido en un costo de bolsillo que ascienda los \$4,550. Esto incluye el deducible (si corresponde) más los copagos o el coseguro pagado hasta alcanzar la Diferencia 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 \$4,550 de gastos de bolsillo). El beneficiario es responsable del costo que resulte mayor: cinco por ciento (5%) del costo de medicamentos o un copago de \$2.55 para los medicamentos genéricos y \$6.35 para los medicamentos de marca.

La diferencia de cobertura se reduce gradualmente a partir de 2011. En 2014 se aplica un descuento del 52.5% en los medicamentos de marca y un descuento del 28% en los medicamentos genéricos comprados durante la ausencia de cobertura, y a fines de 2020, se incluirá un copago fijo del 25% tanto para los medicamentos de marca como para los medicamentos genéricos hasta alcanzar la cobertura catastrófica.

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

La inscripción para la cobertura de medicamentos recetados de Medicare implica elegir un Plan de medicamentos recetados (PDP, por sus siglas en inglés) de Medicare o un Plan de Medicare Advantage (MA-PD, por sus siglas en inglés) que ofrezca cobertura de

medicamentos. 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 Periodo de inscripción inicial (IEP, por sus siglas en inglés) de siete meses (ver las páginas 4-5). 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 periodo anual de elección coordinada (AEP, por sus siglas en inglés). También hay excepciones limitadas en las que un beneficiario podrá recibir un Periodo especial de inscripción (SEP, por sus siglas en inglés) para afiliarse a un Plan de medicamentos recetados de Medicare o cambiar de plan fuera del AEP. Esto incluye las siguientes situaciones:

- Los beneficiarios elegibles duales (aquellos con **Medicare** y **Medicaid** completo), las personas que tienen un Programa de Ahorros de Medicare (QMB, SLIMB o QI) y los beneficiarios del programa de Ayuda Extra pueden cambiar de plan cada mes, y el cambio entrará en vigencia a partir del primer día del siguiente mes.
- Los miembros de EPIC pueden cambiar de plan de la Parte D una vez por año calendario.
- Las personas afiliadas al plan de la Parte D con una calificación de 3 estrellas o inferior durante 3 años consecutivos pueden hacer un cambio a un plan de 3 o más estrellas por única vez.
- Cambio de país 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 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:

- Electrónicamente en la web, a través de [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) o del sitio web del plan. HIICAP puede ayudarlo con la inscripción por Internet.
- Por teléfono, llamando al 1-800-MEDICARE o llamando directamente al plan.
- Personalmente, a través de un representante del plan de la Parte D, mediante una visita domiciliaria programada o en un evento de ventas/marketing.

### **Multa por inscripción tardía**

Aun si una persona con Medicare no usa en la actualidad gran cantidad de medicamentos recetados, debe pensar en unirse a un plan de la Parte D. Si un beneficiario no cuenta con una cobertura acreditable (cobertura para medicamentos recetados que sea, al menos, igual de buena que la cobertura para medicamentos recetados estándar de Medicare), deberá pagar una multa si elige inscribirse con posterioridad. Las personas que se inscriban en la Parte D durante el Periodo de inscripción inicial (IEP) de la Parte D no estarán sujetas a la multa por inscripción tardía.

LLAME AL 311 Y PIDA POR HIICAP

Las demás personas con cobertura acreditable, por ejemplo de un empleador anterior o de un sindicato, la Administración de Veteranos (VA) o TRICARE for Life, no estarán sujetas a una multa por inscripción tardía. La multa equivale al uno por ciento (1%) de la "prima base" (\$32.42 en 2014) 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.

### **Herramientas de administración del costo de utilización**

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

- **Niveles:** la mayoría de los planes de la Parte D dividen su formulario (lista de medicamentos cubiertos) en niveles y alientan el uso de los medicamentos del nivel más bajo, asignando diferentes copagos o coseguros a los diferentes niveles. Por lo general, los medicamentos genéricos están en un nivel bajo y cuestan menos que los medicamentos cubiertos en un nivel superior, como los medicamentos de marca.
- **Autorización previa:** a pesar de que, en el formulario, es posible que un plan cubra un medicamento, puede ser necesario que un médico se ponga en contacto con el plan para explicar la necesidad médica de dicho medicamento en particular.
- **Terapia alternativa:** un plan de la Parte D puede solicitar al beneficiario que intente usar medicamentos menos costosos para la misma afección antes de pagar 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 periodo. Por ejemplo, es posible que un plan cubra un suministro de un medicamento por 30 días únicamente.

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

Para elegir un plan de la Parte D para sus necesidades específicas, es mejor usar la herramienta de búsqueda personalizada de planes disponible en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov). Puede hacer una "búsqueda personalizada" en la que ingresa su información personal de Medicare o una "búsqueda general" para la cual no necesita ninguno de sus datos personales de Medicare.

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

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

Una vez que haya seleccionado el plan adecuado para usted, puede inscribirse por Internet, o llamando a Medicare (1-800-MEDICARE) o al plan de la Parte D. Si necesita ayuda para usar el buscador de planes, comuníquese con un asesor de HIICAP.

### **¿Necesito un plan de la Parte D si tengo cobertura de salud a través de mi empleador?**

Tal vez no deba inscribirse en un plan de la Parte D si recibe cobertura médica acreditable a través de su empleador actual o anterior. Su empleador actual o anterior debe informarle, por lo general mediante una carta, si su cobertura de medicamentos es acreditable y si debe inscribirse en un plan de la Parte D. Si no recibe una carta, comuníquese con su empleador para determinar si debe inscribirse en un plan de la Parte D. **Esto es muy importante debido a que la inscripción en 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 un plan de seguro para medicamentos recetados de la Parte D es optativo; sin embargo, es importante recordar que la mayoría de las personas solo pueden inscribirse en un plan durante el periodo anual de elección (AEP, 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. Además, recuerde que puede estar sujeto a una multa por inscripción tardía si no se inscribe cuando reúne los beneficios por primera vez.

## **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), a través de las personas que se afilian a las Partes A y B de Medicare, subsidia el costo del plan de la Parte D para los beneficiarios de Medicare con ingresos más bajos y recursos limitados. La Parte D del plan paga el subsidio directamente. El programa se denomina Programa de subsidio para las personas con ingresos bajos (LIS, por sus siglas en inglés), también conocido como Ayuda Extra.

En 2014, los que tengan ingresos mensuales de hasta el 135% del nivel federal de pobreza, \$1,313 (\$1,770 para parejas) y recursos de hasta \$8,660 (\$13,750 para parejas) pueden reunir los requisitos para el **Programa de Ayuda Extra** completo. Las personas que reúnan los requisitos para el Programa de Ayuda Extra completo no deberán pagar una prima mensual para su plan de la Parte D, siempre que el plan seleccionado sea considerado un plan modelo (benchmark). Un plan modelo es un plan de la Parte D que ha sido designado por Medicare para cumplir ciertos requisitos de cobertura y que tiene una prima mensual completamente subsidiada por el programa de Ayuda Extra (prima mensual de hasta \$37.23 en 2014). En 2014, hay un monto "de mínima" de \$2, es decir, que si la prima del plan es de hasta \$2 por encima del monto del plan modelo, el beneficiario podría no ser responsable de pagar ese monto, en tanto y en cuanto el plan acuerde condonar el pago de la prima adicional. Las personas que reciban el Programa de Ayuda Extra completo no deberán pagar el deducible del plan. Los beneficiarios del Programa de Ayuda Extra completo con ingresos de hasta el 100% del nivel federal de pobreza tendrán copagos de \$1.20 para los medicamentos recetados genéricos y de \$3.60 para los medicamentos recetados de marcas comerciales. Todos los demás beneficiarios que reciban el Programa de Ayuda Extra completo tendrán copagos limitados a \$2.55 para los medicamentos recetados genéricos, y a \$6.35 para los medicamentos recetados de marca comercial.

En 2014, los que tengan ingresos mensuales de hasta el 150% del nivel federal de pobreza, \$1,459 (\$1,966 para parejas) y recursos de hasta \$13,440 (\$26,860 para parejas) pueden reunir los requisitos para el **Programa de Ayuda Extra** parcial. Los que reciban el Programa de Ayuda Extra parcial pagarán una prima mensual escalonada según sus ingresos. Además, deberán pagar un deducible de hasta \$66 y copagos reducidos del 15% del costo de los medicamentos hasta que lleguen a los niveles catastróficos, después de lo cual pagarán los montos estándar de copago.

Los asesores de HIICAP, al igual que la Administración del Seguro Social, pueden ayudarle a evaluar su elegibilidad para Ayuda Extra. Llame al 311 para encontrar ayuda cerca de su hogar; llame a la SSA al 1-800-772-1213 (1-800-325-0778 TTY) o presente su solicitud en línea en [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov). Puede solicitar Ayuda Extra a través de la SSA en cualquier momento y, si reúne los requisitos, recibirá un Periodo especial de inscripción para seleccionar el plan de medicamentos de la Parte D de Medicare. Los beneficiarios del programa de Ayuda Extra no están sujetos a multa por inscripción tardía en la Parte D.

LLAME AL 311 Y PIDA POR HIICAP

## **PROGRAMA EPIC DEL ESTADO DE NUEVA YORK (Cobertura de Seguro Farmacéutico para Personas Mayores, Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage, en inglés)**

El Programa de cobertura de seguro farmacéutico para las personas mayores (EPIC) es el programa de seguro para medicamentos recetados del estado de Nueva York para los ciudadanos mayores del estado de Nueva York. Si tiene 65 años o más, vive en el estado de Nueva York y tiene ingresos de hasta \$75,000 para solteros/\$100,000 para las parejas casadas, es posible que reúna los requisitos de EPIC. Los afiliados de EPIC pueden comprar medicamentos en 4,500 farmacias participantes de todo el estado de Nueva York presentando su tarjeta de EPIC.

EPIC cubre la Parte D de Medicare y los medicamentos cubiertos por EPIC luego de alcanzar cualquier deducible de Parte D (si el miembro tiene alguno). EPIC también cubre los medicamentos excluidos de Parte D aprobados para miembros inscritos en planes de medicamentos Parte D. Los miembros pagan una tarifa reducida por los medicamentos recetados, según el costo del medicamento. Por ejemplo: por un medicamento cuyo costo es de entre \$15 y \$35, pagan \$7. El copago más alto es de \$20, independientemente del costo habitual del medicamento recetado.

EPIC se utiliza para complementar la cobertura de Parte D de Medicare a fin de reducir aún más los gastos de medicamentos de venta con receta. Usted debe inscribirse en un plan de medicamentos Parte D de Medicare para recibir los beneficios de EPIC. Los beneficiarios con Medicaid completo no son elegibles para EPIC; sin embargo, las personas con exceso de gastos de Medicaid pueden ser elegibles.

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

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

**El Plan de cargos de la 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. Después de pagar el arancel, los participantes pagan el copago correspondiente a sus medicamentos según la EPIC. Los cargos se basan en el ingreso anual del año anterior y se pagan trimestralmente. Por ejemplo: una persona soltera con un ingreso de \$16,000 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 la EPIC.

EPIC paga la prima mensual de Parte D para miembros del Plan de cargos, hasta \$37.23 por mes en 2014. Además, los miembros de la EPIC con el programa Ayuda Extra completo (vea la página 36) quedarán exentos de pagar la tarifa de la EPIC.

LLAME AL 311 Y PIDA POR HIICAP

**El Plan de deducibles de la 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 la 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 la EPIC. Por ejemplo, una persona soltera con un ingreso de \$23,000 debe alcanzar un deducible anual de \$530. En el caso de las parejas casadas con un ingreso de \$29,000, cada persona debe alcanzar un deducible anual de \$650. No hay tarifa para inscribirse en el plan de deducibles.

La EPIC paga la prima mensual de la Parte D (hasta \$37.23 por mes en 2014) 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 la EPIC se reducirá según el costo anual de un plan básico Parte D (aproximadamente \$447 en 2014).

Luego de que un miembro del Plan de deducibles alcance su deducible, lo que tendrá que pagar serán solamente los copagos de la EPIC por los medicamentos cubiertos. Los costos de medicamentos en los que haya incurrido en la fase de deducibles de la Parte D no pueden aplicarse al deducible de la EPIC.

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

La ley de Nueva York exige que los miembros de la 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 la EPIC.

Puede inscribirse en la EPIC en cualquier momento del año. Aunque no tenga un plan de la Parte D en el momento de la inscripción en la 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 secundaria. El afiliado paga el copago de la EPIC según el monto restante después de que el plan de la Parte D pague su parte, lo cual reduce el costo para el afiliado. Por ejemplo, si debe efectuar un copago de \$20 por un medicamento con su plan de la Parte D y también tiene la EPIC, usted haría el copago de la EPIC por un medicamento de \$20, que es de \$7. Además, la EPIC lo cubrirá después de haber alcanzado cualquier deducible de Parte D, incluso durante el nivel inicial de cobertura, la brecha de cobertura de Parte D, y durante la cobertura de gastos catastróficos, siempre que los medicamentos estén cubiertos por el plan Parte D en primer lugar. Los medicamentos excluidos de Parte D aprobados pueden estar cubiertos por el EPIC, en primer lugar, para las personas que están inscritas en los planes de medicamentos de Parte D. La EPIC será un pagador secundario de los afiliados al plan Parte D que usan determinadas farmacias participantes con entrega por correo postal de la EPIC, incluso si dicha farmacia con entrega por correo postal se encuentra fuera del estado de Nueva York. (La 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).

La EPIC es el "SPAP" (Programa de Asistencia Farmacéutica Estatal) del Estado de Nueva York. Los miembros de SPAP tienen un Periodo Especial de Inscripción (SEP, por sus siglas en inglés), que les permite inscribirse en el plan de la Parte D o cambiar de planes de la Parte D (un plan Medicare Advantage con cobertura de la Parte D o un plan de la Parte D independiente) una vez adicional cada año.

LLAME AL 311 Y PIDA POR HIICAP

## EPIC y Ayuda Extra

Los miembros de EPIC que reúnen los requisitos de ingresos para que Ayuda Extra cubra los costos de Parte D de Medicare (ver la página 36) deben completar un formulario adicional denominado Solicitud de Información Adicional (RAFI) 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 presentada ante el programa Medicaid del estado de Nueva York, a fin de evaluar la elegibilidad para el Programa de Ahorros de Medicare (ver la página 42) 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 probable que las personas con cobertura para medicamentos según planes de los empleadores/para jubilados no tengan también cobertura de EPIC, debido a que la inscripción en un plan de la Parte D muy probablemente pondría en peligro su cobertura a través 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 tipo de 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 la EPIC**

- Puede comunicarse telefónicamente con EPIC al 1-800-332-3742 (TTY: 1-800-290-9138) para pedir la solicitud.
- Visite [www.health.ny.gov/health\\_care/epic/application\\_contact.htm](http://www.health.ny.gov/health_care/epic/application_contact.htm) para descargar e imprimir la solicitud. También puede solicitar a EPIC por Internet 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 PARA MEDICAMENTOS RECETADOS PATROCINADOS POR LA CIUDAD Y EL ESTADO DE NUEVA YORK**

## **BigAppleRx**

BigAppleRx es una tarjeta gratuita de descuentos para medicamentos recetados financiada por la ciudad de Nueva York. La tarjeta BigAppleRx es gratuita y está disponible para todos los que vivan, trabajen o visiten la ciudad, independientemente de su edad, ingresos, nacionalidad o condición frente al seguro médico. No es necesario otorgar ninguna información personal ni inscribirse para usar la tarjeta. La tarjeta se acepta en más de 2,000 farmacias, incluidas cadenas y tiendas independientes de los cinco distritos. Solo se necesita una tarjeta por familia, y no hay límites en cuanto a la cantidad de veces en que puede usarse la tarjeta.

La tarjeta no es un seguro. Cuando se presenta la tarjeta en la farmacia adherida, se aplica un descuento sobre el precio habitual del medicamento recetado. Los consumidores pueden ahorrar hasta un 15% sobre el precio de medicamentos de marca, y hasta un 53% sobre el precio de los genéricos. También se aplican descuentos a los medicamentos de venta libre, como agentes para dejar de fumar y suministros para diabéticos, con la receta del médico. Los titulares de la tarjeta pueden, además, adquirir los medicamentos recetados a través de un servicio de pedido por correo y en todas las farmacias adheridas del país.

No puede emplearse la tarjeta en combinación con otras tarjetas de descuento o el seguro. No obstante, puede emplearse para obtener medicamentos que el seguro del usuario no pague, o para comprar elementos que serían menos costosos si se emplea la tarjeta que si se usa el plan de seguro para medicamentos recetados del consumidor. Las personas que cuentan con cobertura de la Parte D de Medicare pueden usar la tarjeta para ahorrar en los medicamentos recetados solo si deben pagar el costo total de sus medicamentos.

Los recibos por el uso de la tarjeta podrían computarse para alcanzar el deducible del plan de seguro. Los consumidores deben consultar con su asegurador si su plan acepta estos recibos.

Si visita [www.BigAppleRx.com](http://www.BigAppleRx.com) o llama al 311 o al 1-800-697-6974, podrá:

- Obtener más información sobre la tarjeta BigAppleRx.
- Obtener la tarjeta.
- Encontrar las farmacias participantes en su localidad.
- Averiguar cuánto le costará el medicamento recetado si usa la tarjeta.

LLAME AL 311 Y PIDA POR HIICAP

## **Tarjeta New York Prescription Saver (NYP\$)**

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

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

### **Elegibilidad**

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

- Ser residente del estado de Nueva York; y
- Cumplir con uno de los siguientes requisitos:
  - Tener entre 50 y 64 años, **O**
  - Una discapacidad (independientemente de la edad) determinada por la Administración del Seguro Social
- No tener Medicaid (a menos que tenga Medicaid con ingresos excesivos [spenddown]); y
- Tener un ingreso anual (en el año calendario anterior) de hasta \$35,000 (soltero) o \$50,000 (casado).

### **¿Quiénes pueden ser buenos candidatos para obtener esta tarjeta?**

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

### **Combinación entre la tarjeta NYP\$ y la Parte D de Medicare**

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

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

**¿Puede usarse la tarjeta NYP\$ con otras tarjetas de descuento?**

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

**Solicitud e información adicional**

Puede imprimir la solicitud o solicitarla en línea en <https://nyprescriptionsaver.fhsc.com>.

También puede llamar al 1-800-788-6917 (TTY: 1-800-290-9138) para solicitar que le envíen un formulario de solicitud impreso por correo.

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

Los Programas de Ahorros de Medicare (MSP, por sus siglas en inglés) pueden ayudar a los clientes que reúnen ciertos requisitos a pagar sus primas de Medicare y otros costos asociados con Medicare. Los MSP son gestionados por la Administración de Recursos Humanos (HRA, por sus siglas en inglés) de la ciudad de Nueva York.

A continuación le brindamos información sobre los Programas de Ahorros de Medicare, seguida por los límites de ingresos y recursos de cada uno de los programas, y cómo solicitarlos.

- **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.
- **Programa específico para beneficiarios de Medicare con bajos ingresos (SLIMB, por sus siglas en inglés):** este programa paga la prima de Parte B de Medicare. Las personas pueden reunir los requisitos para el SLIMB únicamente o para el SLIMB y Medicaid (con ingresos excesivos [spend down]). El solicitante debe tener la Parte A de Medicare para reunir los requisitos del programa SLIMB.
- **Personas calificadas (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-1 y Medicaid al mismo tiempo. El solicitante debe tener la Parte A de Medicare para reunir los requisitos del programa QI-1.
- **Personas calificadas discapacitadas y en actividad laboral (QWDI, por sus siglas en inglés):** este programa paga solo la prima de Parte A de Medicare, no de la Parte B. El solicitante debe ser un trabajador discapacitado menor de 65 años que perdió los beneficios de la Parte A debido a su reincorporación al trabajo.

<b>Límites mensuales de ingresos y recursos para los MSP de 2014 (después de las deducciones/exclusiones)</b>				
	<b>Soltero</b>		<b>Pareja casada</b>	
	Ingresos	Recursos	Ingresos	Recursos
<b>QMB: 100% del FPL</b>	\$973	Sin límite	\$1,311	Sin límite
<b>SLMB: 120% del FPL</b>	\$1,167	Sin límite	\$1,573	Sin límite
<b>QI: 135% del FPL</b>	\$1,313	Sin límite	\$1,770	Sin límite
<b>QDWI: 200% del FPL</b>	\$1,945	\$4,000	\$2,622	\$6,000

LLAME AL 311 Y PIDA POR HIICAP

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

- Los interesados en un Programa de Ahorros de Medicare (MSP, por sus siglas en inglés) pueden solicitarlo a través de un representante designado, en la oficina local de Medicaid o por correo.
- El representante designado lo asistirá para completar la solicitud y reunir los documentos comprobatorios que se necesitan. Para hacer una cita con un asesor designado de HIICAP, llame al 311 y pregunte por HIICAP. También puede comunicarse con el Centro de Derechos de Medicare, al 1-800-333-4114.
- Presente su solicitud en una oficina de Medicaid de su localidad. Consulte la lista de oficinas de Medicaid por localidad en la página 74.
- Envíe la solicitud completa y las copias de los documentos comprobatorios 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, que se obtiene en [www.health.state.ny.us/health\\_care/medicaid/program/update/savingsprogram/msapp.pdf](http://www.health.state.ny.us/health_care/medicaid/program/update/savingsprogram/msapp.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 [www.health.state.ny.us/nysdoh/fhplus/application.htm](http://www.health.state.ny.us/nysdoh/fhplus/application.htm).

## **Consejos para la promoción del Programa de Ahorros de Medicare:**

- Los beneficiarios de un MSP automáticamente reúnen los requisitos para el programa de Ayuda Extra completo, a fin de pagar la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare (ver la página 36).
- Si usted solicita Ayuda Extra a la Administración del Seguro Social, puede que se considere que está solicitando QMB, SLMB o QI-1. La Administración del Seguro Social enviará su información al estado de Nueva York para su consideración en la elegibilidad de MSP.
- No es necesario ir a una oficina de Medicaid para solicitar un MSP.
- Si usted está trabajando, es posible que todavía califique para obtener el Programa de Ahorros de Medicare.

## **FRAUDE Y ABUSO DE MEDICARE**

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

### **¿Qué es el fraude?**

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

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

### **¿Qué es abuso?**

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

- Uso excesivo de servicios médicos o de salud.
- Prácticas inapropiadas de facturación.
- Aumento de 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 20% de coseguros y deducibles.

### **La realidad sobre Medicare**

- No proporcione nunca su número de Medicare a personas que no conozca.
- Tenga cuidado con los planes de salud, los médicos y los proveedores privados que 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.

LLAME AL 311 Y PIDA POR HIICAP

**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 1-877-678-4697. Brinde la siguiente información en el mayor detalle posible:

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

**Para denunciar un fraude o abuso de Medicare,  
llame a la Senior Medicare Patrol (Patrulla de Medicare para personas  
mayores, SMP) al 1-877-678-4697.**

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

**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/section/scams-and-identity-theft](http://www.consumer.gov/section/scams-and-identity-theft).

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.

LLAME AL 311 Y PIDA POR HIICAP

# MEDICAID

Medicaid es un programa conjunto de seguro médico del gobierno federal, del gobierno del estado y del gobierno de la ciudad para personas con bajos ingresos. Medicaid es un programa que evalúa la situación económica de los solicitantes para determinar sus necesidades financieras antes de poder acceder al programa. Una vez que se determina que la persona reúne los requisitos para Medicaid, se emite una tarjeta plástica de Medicaid que es válida mientras la persona continúe reuniendo los requisitos. Los afiliados la usarán como una tarjeta de crédito para los servicios de atención médica en cualquier establecimiento médico que acepte Medicaid. Medicaid exige que usted sea ciudadano de los EE.UU. o extranjero calificado. Para solicitar Medicaid en la ciudad de Nueva York, usted debe residir en la ciudad de Nueva York. Puede presentar la solicitud en cualquiera de los barrios.

## 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

## Extensión de Medicaid para ciertos grupos en virtud de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio - MAGI

Conforme a la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio, el estado de Nueva York optó por extender la cobertura de Medicaid a aquellas personas con ingresos más altos que los que se autorizaban anteriormente. Esto incluye a las mujeres embarazadas, a los niños hasta los 18 años de edad, a los padres/parientes cuidadores, y a los adultos sin hijos de 19 a 64 años de edad. Este grupo está sujeto al presupuesto de MAGI (Ingresos brutos modificados y ajustados). A partir del 1° de enero de 2014, las mujeres embarazadas y los niños pueden reunir los requisitos de Medicaid con ingresos más altos; los padres/parientes cuidadores y los adultos sin hijos deberán tener ingresos de hasta el 138% del nivel federal de pobreza (\$1,342 mensuales para una persona/\$1,809 para una pareja en 2014). No hay límite de bienes para este grupo. Las personas recibirán sus beneficios de Medicaid a través de un plan de atención administrada que debe seleccionarse en el momento de la solicitud.

LLAME AL 311 Y PIDA POR HIICAP

Las personas que han sido declaradas **discapacitadas**, incluidos los 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 con estos niveles más altos de MAGI.

Las personas sujetas a los requisitos presupuestarios MAGI pueden **presentar su solicitud** en línea, en [www.nystateofhealth.ny.gov](http://www.nystateofhealth.ny.gov). Pueden recibir la asistencia de los Navegadores durante el trámite de solicitud. Para consultar una lista de los Navegadores, visite [www.healthbenefitexchange.ny.gov/IPANavigatorSiteLocations](http://www.healthbenefitexchange.ny.gov/IPANavigatorSiteLocations). También puede comunicarse sin cargo con el Centro de Atención al Cliente del Estado de Nueva York al 1-855-355-5777.

### **Elegibilidad para Medicaid de todos los demás grupos - No MAGI**

A continuación presentamos los criterios de ingresos y bienes para todos los demás que tienen + de 65 años, son ciegos o discapacitados.

La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio no modifica los niveles de ingresos y bienes con los que la mayoría de las personas de + de 65 años de edad, ciegas o discapacitadas califican para recibir Medicaid. Este grupo se conoce como no MAGI. Para reunir los requisitos para Medicaid en 2014, las personas solteras pueden tener un ingreso mensual máximo de \$809 y bienes de \$14,550 (más \$1,500 como fondo funerario). Las parejas casadas pueden tener un ingreso mensual máximo de \$1,192 y bienes por \$21,450 (más \$3,000 como fondo funerario).

Se aplican determinadas **deducciones de ingresos**; por lo tanto, incluso si sus ingresos exceden estos montos, le recomendamos que presente su solicitud. Además, si sus ingresos superan estos montos, es posible que reúna los requisitos para participar en un Programa de ingresos excesivos de Medicaid, por el cual cada mes consume el monto por el que supera el monto permitido para Medicaid, de modo de obtener la cobertura de Medicaid. De igual modo, si sus ingresos superan los montos autorizados por Medicaid, recuerde que podría reunir los requisitos para uno de los Programas de Ahorros de Medicare para ayudarle a pagar las primas de Medicare y otros costos asociados con Medicare (ver la página 42 para obtener más información).

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

Las personas que pertenecen al grupo no MAGI no pueden usar Exchange en línea; deben completar y presentar la solicitud de Access NY Health Care, formulario DOH 4220, además del Suplemento A. Puede obtener los formularios y las instrucciones, en inglés y en español, en [www.health.ny.gov/health\\_care/family\\_health\\_plus/application.htm](http://www.health.ny.gov/health_care/family_health_plus/application.htm).

LLAME AL 311 Y PIDA POR HIICAP

## **¿Dónde debo presentar la solicitud?**

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

- 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 74 donde encontrará una lista de oficinas de Medicaid, o llame a la Administración de Recursos Humanos, al 1-877-472-8411 o al 311.
- Puede enviar una solicitud por correo postal. Envíe la solicitud llena junto con documentos comprobatorios a:  
Initial Eligibility Unit  
HRA/Medicaid Assistance Program  
P.O. Box 2798  
New York, NY 10117-2273

## **¿En qué forma funciona la EPIC con la Parte D de Medicare?**

La mayoría de las personas con Medicaid y Medicare (conocidos como "elegibles duales" [dual eligibles]) deben inscribirse en un plan de la Parte D y automáticamente quedarán inscritos en un plan modelo si no eligen su propio plan. Los elegibles duales pueden cambiar de plan todos los meses, y la nueva cobertura entra en vigencia el primer día del mes siguiente. (Nota: las personas que solo tienen Medicaid no se inscriben en un plan de la Parte D de Medicare).

Los elegibles duales quedan automáticamente inscritos en el programa de Ayuda Extra completo (ver más información en la página 36) y pagan un monto reducido por los medicamentos recetados. Los elegibles duales con ingresos por debajo del 100% del nivel federal de pobreza tendrán un copago de \$1.20 por medicamentos recetados genéricos/\$3.60 por medicamentos recetados de marca. Los que tengan ingresos por encima del 100% del nivel federal de pobreza tendrán copagos de \$2.55 por medicamentos recetados genéricos/ \$6.35 por medicamentos recetados de marca. Los elegibles duales dejarán de pagar el copago una vez que el costo total de los medicamentos cubiertos alcance el nivel catastrófico de \$6,455 en 2014.

Por ley, ciertos medicamentos no están cubiertos por la Parte D, por ejemplo, los medicamentos de venta libre y las vitaminas. Estos continúan cubiertos por Medicaid.

## **Atención obligatoria prolongada administrada por Medicaid**

El Estado de Nueva York exige que ciertos elegibles duales (inscritos tanto en Medicare como en Medicaid), que estén certificados para más de 120 días de servicios de atención prolongada de la comunidad a través de Medicaid, se inscriban en planes de atención administrada para recibir los beneficios de atención domiciliaria de Medicaid.

Si debe inscribirse en un plan administrado de atención prolongada, recibirá un paquete por correo de New York Medicaid Choice mediante el cual se le notifican sus elecciones. Tiene 60 días para inscribirse en un plan. Si no elige un plan para usted, será inscrito automáticamente en un plan.

LLAME AL 311 Y PIDA POR HIICAP

Hay tres **tipos** de planes entre los cuales puede elegir:

1. **Planes administrados de atención prolongada (MLTC):** los planes MLTC ofrecen solo los servicios de atención prolongada que ahora obtiene mediante Medicaid, así como algunos otros servicios, por ejemplo, modificaciones en el hogar, transporte médico que no es urgente, podología, audiología, dental y optometría. Continuará 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 alguna persona no se inscribe en un plan administrado de atención prolongada por su cuenta, automáticamente quedará inscrito en un plan MLTC.
2. **Medicaid Advantage Plus (MAPlus):** los planes MAPlus ofrecen TODOS los servicios de Medicare Y Medicaid, incluso servicios de atención prolongada. Los miembros reciben todos los servicios cubiertos por Medicaid y Medicare del mismo plan, y deben utilizar proveedores de la red.
3. **Programas de atención integral para las personas mayores (PACE):** los planes PACE ofrecen TODOS los servicios de Medicare Y Medicaid, incluso servicios de atención prolongada. Los miembros reciben todos los servicios cubiertos por Medicaid y Medicare del mismo plan, y deben utilizar proveedores de la red. Los planes PACE difieren de los planes MAPlus en que usted debe tener al menos 55 años para inscribirse en PACE, y los planes PACE ofrecen servicios a través de un sitio particular, como una clínica médica o un hospital.

### **¿Cómo funcionará la atención administrada para clientes con exceso de gastos de Medicaid?**

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

### **¿Cómo elijo un plan?**

1. En primer lugar, decida qué clase de plan se adecuaría mejor a sus necesidades (MLTC, MAPlus o PACE).
2. Consulte con sus proveedores (agencia de atención domiciliaria, proveedores de servicios médicos, etc.) en qué planes participan para escoger un plan que le permita seguir consultando a sus proveedores. Para la persona que desea inscribirse en un plan MAPlus o PACE, también debe recibir su cobertura para medicamentos de venta con receta de Parte D a través de ese plan; el buscador de planes, en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov), debería incluir la información de medicamentos de venta con receta de estos planes en línea.
3. Para inscribirse en el plan, llame a NY Medicaid Choice al 1-888-401-6582. NY Medicaid Choice también debería poder ayudarle a seleccionar un plan.

### **¿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

LLAME AL 311 Y PIDA POR HIICAP

una evaluación para tener un plan por escrito con la cantidad de horas de atención domiciliar que recibiría si se inscribiera en ese plan.

**¿Qué sucede si deseo cambiar de plan administrado de atención prolongada?**

Podrá cambiar de plan cuando lo desee. Simplemente llame al plan en el que desea inscribirse. El cambio debe solicitarse antes del día 19 del mes para que el nuevo plan entre en vigencia el primer día del mes siguiente.

New York Medicaid Choice (Maximus) está gestionando la inscripción de Atención prolongada administrada por Medicaid. Puede comunicarse al 1-800-505-5678 o al 1-888-401-6582.

## 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 el VA. Los veteranos pueden solicitar cobertura en cualquier momento. Se asigna a los veteranos a un Grupo de Prioridad (1 a 9) según sus antecedentes de servicios y la información financiera. Los veteranos que no puedan pagar el costo de su atención deben proveer al VA información financiera de sus ingresos anuales y sus recursos. La mayoría de los veteranos que no estén relacionados con el servicio y los veteranos que no reciben una compensación calificados como 0% y relacionados con el servicio deben llenar una evaluación anual sobre medios económicos o aceptar pagar el copago aplicable del VA. Esta evaluación sobre medios económicos se basa en los ingresos familiares y en el activo neto. El límite de ingresos y de activo neto para 2014 es de \$80,000. Si usted es soltero y sus ingresos y patrimonio neto ascienden a \$12,652 o menos, recibirá medicamentos recetados gratis del VA. Si usted es soltero y sus ingresos son de \$31,443 o menos y no tiene una enfermedad relacionada con el servicio prestado, recibirá atención médica gratuita por parte del VA. 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 el sitio web en [http://www.va.gov/healthbenefits/cost/income\\_thresholds.asp](http://www.va.gov/healthbenefits/cost/income_thresholds.asp)

Los veteranos que no reúnen los requisitos para recibir atención gratuita deben pagar un copago. Hay cuatro tipos básicos de copagos para los veteranos que no reúnen los requisitos para la atención gratuita:

1. **Medicamentos:** el Congreso estableció los cargos de los copagos por medicamentos recetados. Según el Grupo de Prioridad asignado, el cargo es de \$8 o \$9 por cada suministro de medicamentos de 30 días o menos proporcionado en forma ambulatoria para el tratamiento de afecciones no relacionadas con el servicio.
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:** el Congreso determinó que el copago adecuado para pacientes internados debe ser la tarifa del deducible actual de Medicare para los primeros 90 días de hospitalización más un cargo de \$10 por día. Esta es la tarifa plena; muchos veteranos reúnen los requisitos para una tarifa con descuento para la atención como pacientes internados.
4. **Atención prolongada:** 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.

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.

LLAME AL 311 Y PIDA POR HIICAP

**TRICARE Health Benefits** ofrece cobertura a las familias de los miembros en servicio activo, los familiares de miembros que murieron mientras estaban en servicio activo, y a los retirados y sus familias, independientemente de que el veterano esté discapacitado o no. Los beneficios de TRICARE consisten en TRICARE Prime, TRICARE Extra y TRICARE Standard. Los programas difieren en el uso de redes de proveedores y en las obligaciones relacionadas con los costos compartidos. La mayoría de los servicios de los especialistas necesitan una autorización previa o una remisión.

Los militares retirados (y sus cónyuges) que hayan prestado servicio durante, al menos, 20 años y que tengan 65 años o más y estén actualmente inscritos en las Partes A y B de Medicare, reúnen los requisitos para **TRICARE for Life (TFL)**. TFL es un plan administrado de atención médica, libre de prima, que actúa como complemento de Medicare e incluye el programa **TRICARE Senior Pharmacy**. Puede usarse TFL en el VA, pero debido a que el VA no puede facturar a Medicare, el paciente es responsable de pagar la porción de la factura correspondiente a Medicare. Para más información sobre TRICARE for Life, llame al 1-866-773-0404. Para obtener más información sobre TRICARE, llame al 1-877-874-2273 o visite [www.tricare.osd.mil](http://www.tricare.osd.mil).

**El Programa médico y de salud para civiles (CHAMPVA)** es un programa de seguro médico para los dependientes de veteranos que sufren discapacidad total y permanente del 100%. 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/hac](http://www.va.gov/hac).

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

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

### **Programa de seguro de atención odontológica del VA (VADIP)**

El VA actualmente ofrece beneficios integrales de atención odontológica a ciertos veteranos que reúnen los requisitos. 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 ha lanzado un proyecto piloto, en asociación con dos proveedores de seguro odontológico, en virtud del cual los veteranos inscritos en un programa de atención de la salud 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.

Para informarse mejor sobre los beneficios del VA, llame al 1-877-222-8387 (horario de atención: de 7 a.m. a 7 p.m., horario central) o visite [www.va.gov/hac](http://www.va.gov/hac).

LLAME AL 311 Y PIDA POR HIICAP

## 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 durante meses 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 periodo máximo de 36 meses. COBRA puede cubrir la diferencia hasta que ingrese en Medicare o consiga un nuevo empleo que ofrezca plan de salud. Puede calificar para la cobertura si se jubila, deja su trabajo, lo despiden, le reducen la carga horaria o por fallecimiento o divorcio del cónyuge trabajador activo. La elección de la continuación de la cobertura debe realizarse dentro de los 60 días de haber recibido la notificación de los derechos amparados por la 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 en virtud 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 aún está trabajando, puede elegir la cobertura en virtud de COBRA cuando deje de trabajar, pero debe inscribirse en la Parte B dentro de los 8 meses de iniciada la cobertura amparada por COBRA a fin de evitar la multa por inscripción tardía de Medicare. Si usted tiene cobertura de Medicare y de COBRA, Medicare es el seguro primario y COBRA el secundario.

### **\*\*New York State of Health/Health Insurance Exchange\*\***

¡Nuevo!

The Health Insurance Exchange es un mercado organizado para la contratación de seguros de salud. En el estado de Nueva York, la Exchange se conoce como New York State of Health: The Official Health Plan Marketplace. A través del Marketplace, los neoyorquinos que reúnen los requisitos pueden seleccionar un "Plan de salud calificado" (Qualified Health Plan, QHP) como modo de obtener un seguro de salud. Las personas que reúnen los requisitos y tienen ingresos más bajos pueden ser elegibles para subsidios federales para contratar seguros a través del Marketplace.

En la ciudad de Nueva York, debe seleccionar un plan que atienda en su barrio. Todos los ciudadanos o residentes legales permanentes de Nueva York pueden contratar un plan a través del New York Marketplace. Si usted tiene Medicaid no necesita contratar otro seguro de salud. Si tiene Medicare no necesita contratar un seguro de salud a través del Marketplace. Las personas que tienen Medicare por lo general NO PUEDEN inscribirse en un plan del Marketplace. Los beneficiarios de Medicare no pueden obtener un subsidio federal para contratar un plan. Si recibe Seguro de Discapacidad del Seguro Social (SSDI) y se encuentra en el periodo de espera de 24 meses hasta que se inicie la cobertura de Medicare, tal vez le interese considerar un plan del Marketplace. Cuando

LLAME AL 311 Y PIDA POR HIICAP

usted reúne los requisitos para Medicare, puede abandonar su plan del Marketplace (a pesar de que tal vez decida considerar una cobertura suplementaria para ayudar a pagar los costos que Medicare no cubre).

No es necesario que se inscriba en otro seguro de salud si tiene una cobertura de seguro de salud integral a través de TRICARE, el Programa de Salud para Veteranos, un plan ofrecido por el empleador, un seguro que usted haya contratado por su cuenta y que tenga como mínimo el nivel Bronce (según lo determina el Marketplace, consulte a continuación), o un seguro de salud patrocinado que existía antes de la sanción de la ley de reforma de salud. Si usted no está seguro de si su cobertura es suficiente, es mejor consultarlo con su plan para verificarlo.

Según la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio, no se le puede negar la cobertura de seguro de salud por una enfermedad preexistente, no se le puede cobrar más por un seguro de salud, y no puede estar sujetos a periodos de espera para recibir atención de las enfermedades preexistentes. Estas reglas se aplican a los planes contratados tanto a través del Marketplace como fuera del Marketplace.

Hay muchas opciones de seguros de salud disponibles a través del Marketplace en la ciudad de Nueva York. Todos los planes ofrecen cobertura integral de seguro de salud, con límites a los costos compartidos (copagos, deducibles anuales, límites de gastos de bolsillo). Si sus ingresos son menores al 400% del nivel federal de pobreza (\$46,680 para las personas y \$95,400 para una familia de cuatro integrantes en 2014), tal vez reúna los requisitos para Medicaid o para un subsidio federal en forma de un crédito fiscal para ayudar a pagar el costo de un plan.

Los planes se dividen en **cuatro niveles de "metales"**: bronce, plata, oro y platino. Cada nivel tiene diferentes requisitos de costos compartidos (deducibles, 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.

**El periodo de inscripción abierta del Marketplace** se extiende desde el 1° de octubre de 2013 al 31 de marzo de 2014. Las personas inscritas antes del 15 de diciembre de 2013 estarán cubiertas a partir del 1° de enero de 2014. Si se inscribe antes del día 15 del mes, su cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. Si no se inscribe antes del 31 de marzo de 2014, deberá esperar hasta el siguiente periodo de inscripción abierta (del 15 de octubre al 7 de diciembre de 2014) para inscribirse, y la cobertura entrará en vigencia el 1° de enero de 2015. Hay ciertas excepciones que le permitirían inscribirse a mitad del año sin perder su actual cobertura del seguro de salud.

Existen diversos modos de informarse sobre los planes del Marketplace:

- Consultar con un Navegador ("Navigator"). Los Navegadores son organizaciones de la comunidad que pueden asistirlo en la selección de un plan y durante la

LLAME AL 311 Y PIDA POR HIICAP

inscripción. Para encontrar un navegador en su localidad, visite [www.healthbenefitexchange.ny.gov/IPANavigatorMap](http://www.healthbenefitexchange.ny.gov/IPANavigatorMap) o llame a Community Health Advocates al 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 [www.healthbenefitexchange.ny.gov](http://www.healthbenefitexchange.ny.gov).

### **HHC Options**

HHC Options es un programa ofrecido por la Corporación de Salud y Hospitales (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 informarse mejor, visite [www.nyc.gov/html/hhc/html/access/hhc\\_options.shtml](http://www.nyc.gov/html/hhc/html/access/hhc_options.shtml) o llame al 311 y pregunte por HHC.

### **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 Parte B y el coseguro del 20% si se reúnen las condiciones. Para encontrar un FQHC, visite [http://findahealthcenter.hrsa.gov/Search\\_HCC.aspx](http://findahealthcenter.hrsa.gov/Search_HCC.aspx) o llame al 1-888-275-4772.

### **Health Pass**

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

### **Seguro de salud y trabajo autónomo**

Algunas profesiones ofrecen seguros con tarifa colectiva. Averigüe preguntando a su antiguo empleador o a las asociaciones profesionales a las que pertenezca. A continuación aparecen algunos recursos para averiguar si hay planes colectivos disponibles para usted.

Small Business Service Bureau	Empleado en pequeñas empresas	1-800-343-0939 www.sbsb.com
Graphic Artists Guild (gremio de artistas gráficos)	Artistas gráficos	1-212-791-3400 www.gag.org
National Writers Union (sindicato nacional de escritores)	Escritores	1-212-254-0279 www.nwu.org
Screen Actors Guild (gremio de actores de la pantalla)	Actores	1-212-944-1030 www.sagaftra.org
Freelancer's Union (sindicato de trabajadores independientes)	Servicios financieros Organizaciones sin fines de lucro Tecnología Medios y Publicidad, Cultura o Entretenimiento Niñeras Proveedores de atención médica tradicional o alternativa Usuario avanzado de computación	1-800-856-9981 www.freelancersunion.org

LLAME AL 311 Y PIDA POR HIICAP

## **DERECHOS DE LOS PACIENTES Y APELACIONES PARA BENEFICIARIOS DE MEDICARE**

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

Como beneficiario de Medicare, tiene derecho a:

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

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

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

LLAME AL 311 Y PIDA POR HIICAP

# 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.

# PLANIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN PROLONGADA

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

## ¿Qué es la atención prolongada?

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

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

## ¿Cuánto cuesta la atención prolongada?

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

LLAME AL 311 Y PIDA POR HIICAP

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

## **¿Quién paga la atención prolongada?**

### **Medicare**

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

#### **Medicare cubre el tratamiento domiciliario cuando:**

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

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

1. El beneficiario ingresa dentro de los 30 días posteriores a una internación hospitalaria de tres días como mínimo.
2. El médico debe certificar que el paciente necesita un tratamiento especializado, que también puede involucrar cuidados personales.
3. El tratamiento se proporciona en un centro de atención de enfermería especializada certificado por Medicare.
4. Medicare cubrirá 100 días por cada periodo de beneficios, con costos compartidos entre Medicare y el beneficiario desde el día 21 al 100.

#### **Seguro suplementario de Medicare ("Medigap")**

Desde 2010, ninguna póliza de Medigap cubra beneficios de rehabilitación domiciliaria. Sin embargo, en el caso de las personas con planes más antiguos de Medigap (D, G, I y J), es posible que sus pólizas ofrezcan una cobertura que incluya beneficios de rehabilitación domiciliaria, lo cual equivale a \$40 por visita, con un límite de \$1,600 por año, en concepto de servicios de atención personal cuando Medicare cubra la atención médica domiciliaria especializada luego de una enfermedad o lesión. La atención

personal incluye ayuda con actividades relacionadas con la vida diaria, que incluyen bañarse, vestirse, comer, ir al baño y trasladarse. Para que el plan de Medigap cubra una parte de la atención médica domiciliaria, el beneficiario primero debe reunir los requisitos para la atención domiciliaria de enfermería especializada conforme a Medicare.

## **Medicaid**

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

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

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

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

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

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

Las personas 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**. Ya no es necesario que las personas contribuyan con su "excedente" o "consumo excedente" a Medicaid. El fondo fiduciario de ingresos conjuntos, administrado por una agencia sin fines de lucro, recibe el ingreso excedente mensual de la persona y lo redistribuye en su nombre según lo indique la persona o su representante legal. Consulte con un abogado especializado en atención de personas mayores o con un administrador de atención geriátrica competente para obtener más información sobre la planificación de sus bienes y el fideicomiso para necesidades complementarias.

**Protección del cónyuge en la comunidad:** cuando uno de los cónyuges ingresa a una residencia para ancianos para recibir atención prolongada, se protege al cónyuge que se queda en el hogar del empobrecimiento que pueda sufrir por cubrir los costos 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 2014, conforme a Medicaid, el cónyuge puede retener un mínimo de \$74,820 y un máximo de \$117,240 en bienes, y un ingreso mensual de \$2,931. Sin embargo, la protección del cónyuge (Community Spouse Protection) no se aplica cuando ambos cónyuges reciben atención domiciliaria. Cuando uno o ambos cónyuges reciben atención domiciliaria por medio del programa Medicaid, tienen derecho a conservar los niveles de ingresos y recursos exigidos por Medicaid que se mencionan en la página 46.

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.

## SEGURO DE ATENCIÓN PROLONGADA

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

### Conceptos básicos de LTCI

El proceso para elegir una póliza LTCI es complejo, y es posible que la póliza ni siquiera pague todos los costos de atención prolongada. Sin embargo, en caso de que necesite tratamiento prolongado durante varios meses o años, y no tenga fondos suficientes o una póliza de seguro para pagar la atención, los costos pueden resultar catastróficos para usted y su familia. Contratar una póliza de atención prolongada asegura, como mínimo, la cobertura parcial de residencias de ancianos, atención domiciliaria u otros tipos de atención. Si los gastos de asistencia prolongada requieren todos sus ingresos y activos, entonces es posible que reúna los requisitos de Medicaid.

A diferencia del seguro médico, la empresa de LTCI debe **evaluar si usted reúne los requisitos de salud** para el seguro médico, de modo que le harán una serie de preguntas sobre salud y/o llevarán a cabo un examen médico antes de aceptarlo para la cobertura. Tienen derecho a denegar la cobertura. Por lo tanto, si desea contratar un seguro porque necesita los beneficios hoy, tendrá muchas dificultades para lograr que lo cubran. LTCI es algo que debe adquirirse cuando el estado de salud es relativamente bueno.

### ¿Cómo puedo comprar una póliza? ¿Puedo costearla?

LTCI se compra a través de agentes de seguros (que representan a una empresa) y corredores de seguros (que representan a diferentes empresas), y algunos beneficios del empleador tienen una póliza de seguro de atención prolongada que usted puede comprar. Cada compañía de seguros establece sus propias tarifas. Incluso cuando se comparan pólizas prácticamente idénticas, los precios pueden variar. Los precios también pueden variar en función de dónde viva usted. Si tiene dos residencias, es posible que valga la pena revisar los gastos en ambos lugares. El costo promedio de una póliza de seguro de atención prolongada integral para una persona de más de 60 años con un estado de salud relativamente bueno es de aproximadamente \$5,000 por año. Sin embargo, el costo promedio de atención en la ciudad de Nueva York es de \$360 por día, que es mucho más alto que el promedio a nivel nacional de \$229 por día; por lo tanto, su costo puede ser bastante distinto.

Las pólizas de LTCI están estructuradas con una cantidad diaria (por ejemplo, \$200 por día) de residencia para ancianos y atención domiciliaria por un periodo (por ejemplo, 3 años). Tenga en cuenta que si su póliza tiene una cantidad diaria de \$200 por día y el costo de la atención médica es de \$360, entonces tendrá que pagar la diferencia (\$160

LLAME AL 311 Y PIDA POR HIICAP

por día), incluso si tiene una póliza de LTCI. Sin embargo, hay cláusulas de seguro, protección contra inflación y muchas otras opciones que cambian el costo y el nivel de tratamiento cubierto por la póliza.

Las pólizas tienen muchas opciones de cobertura, por lo tanto, es importante pensar en lo que considera que puede pagar y lo que, en última instancia, desea que la póliza cubra. Cada opción aumenta o disminuye el costo de la prima. En general, si una prima supera el 8% de sus ingresos netos, es posible que la póliza sea demasiado costosa para usted.

### **¿Aumentará mi prima después de adquirir una póliza?**

En los últimos años, las compañías de seguros han aumentado las primas de las pólizas. Los aumentos de las tarifas están regulados por el estado de Nueva York y no aumentan en función de la salud del titular de la póliza. En cambio, las compañías pueden aumentar un 20% los costos para los titulares de pólizas que compraron pólizas en un año específico (por ejemplo, 2001). Si actualmente posee una póliza con costos que han aumentado y considera que la nueva prima es demasiado costosa, comuníquese directamente con la compañía de seguros. Es posible que analicen la posibilidad de modificar los beneficios para que la póliza sea más económica. Si deja de pagar sus primas, perderá la póliza y los pagos de las primas previas que efectuó.

Las opiniones sobre la necesidad y la utilidad de comprar una póliza de LTCI varían enormemente. Podría pagar las primas durante muchos años sin recibir beneficios. Además, los beneficios y los fondos no pueden transferirse a otras personas.

### **Tipos de pólizas de seguro de atención prolongada en el estado de Nueva York**

Hay dos tipos de pólizas de seguro de atención prolongada que se pueden comprar en Nueva York.

1. **Las pólizas de seguro privado tradicional no societario** ofrecen flexibilidad y la posibilidad de personalizar las opciones de los beneficios de atención prolongada con una amplia variedad de precios. Cuando el beneficio se termina, si aún necesita atención, la persona debe usar sus propios recursos para cubrir los gastos de atención (o solicitar la cobertura de Medicaid y estar sujeto a las pautas de ingresos y recursos de Medicaid).
2. **El programa Sociedad para la Atención Prolongada del Estado de Nueva York** combina un seguro privado de atención prolongada con la Cobertura prolongada de Medicaid. Después de agotar los beneficios de una póliza de seguro de atención prolongada privada, reuniría los requisitos de Cobertura prolongada de Medicaid sin tener que consumir recursos para reunir los requisitos de Medicaid. Esta disposición permite que el titular de una póliza de la Sociedad reciba el beneficio de cobertura de atención prolongada durante toda su vida sin tener que consumir todos sus recursos para reunir los requisitos de Medicaid; deben usarse los ingresos propios antes de que Medicaid pague los servicios. Para utilizar los beneficios de la cobertura extendida de Medicaid, el beneficiario debe residir en el estado de Nueva York o en un estado que ofrezca reciprocidad.

LLAME AL 311 Y PIDA POR HIICAP

La mayoría de los estados con pólizas de sociedad ofrecen reciprocidad a los titulares de póliza. No obstante, los titulares de pólizas de sociedad están sujetos a los beneficios de LTC de Medicaid que se ofrezcan en el estado donde residan en el momento de utilizar la cobertura. Por ejemplo, si usted contrató una póliza de Sociedad en el estado de Nueva York y reside en Florida al momento de iniciar los beneficios, se cumplirán los términos de la póliza. No obstante, los beneficios de la Cobertura extendida de Medicaid estarán sujetos a los beneficios ofrecidos por Florida y no por Nueva York. La reciprocidad con otros estados ofrece más flexibilidad, pero los beneficios de la cobertura extendida de Medicaid pueden variar levemente.

Puede obtener más información sobre las pólizas de Sociedad del Estado de Nueva York llamando a la línea directa de atención al consumidor de **la Sociedad para la Atención Prolongada del Estado de Nueva York al 1-866-950-7526** o ingresando al sitio web [www.nyspltc.org](http://www.nyspltc.org).

Hay muchos términos de seguro de atención prolongada. A continuación encontrará algunos términos comunes.

### **Seguro de atención prolongada: Definiciones**

**Activador de beneficios:** este término es utilizado por las compañías de seguro para describir los criterios y métodos que usan para determinar cuándo usted es elegible para recibir los beneficios. Todas las pólizas del estado de Nueva York se basan en la imposibilidad del titular de la póliza de realizar una cierta cantidad de actividades de la vida diaria o en un trastorno cognitivo. Revise cuidadosamente cómo cada aseguradora determina su elegibilidad y cómo la póliza define los activadores de los beneficios.

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

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

**Periodo de eliminación:** el periodo de eliminación, también llamado periodo de espera, es un tipo de deducible. Es el periodo (por lo general, 90 días) durante el cual necesita servicios de atención prolongada, pero antes de que comiencen los beneficios de la póliza. Usted paga el 100% del costo de los servicios durante este periodo. Por lo tanto,

LLAME AL 311 Y PIDA POR HIICAP

los titulares de pólizas deberán tener activos líquidos disponibles para pagar los servicios durante el periodo de eliminación.

**Protección contra inflación:** la protección contra inflación ofrece protección contra los aumentos de servicios de atención prolongada con el paso del tiempo. La protección contra inflación está incorporada en la prima de la póliza, y los beneficios continúan aumentando durante la vigencia de la póliza. Contratar una póliza con la protección contra inflación es especialmente importante si contrata una póliza cuando es más joven.

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

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

**Se pueden hacer deducciones de impuestos por las primas de atención prolongada** para las pólizas enumeradas como aptas con fines de impuestos. La deducción de impuestos federal por seguro de atención prolongada se declara como gasto médico que debe exceder el 7.5% de su ingreso bruto ajustado. Dado que estas primas pueden ser costosas, especialmente para las personas mayores, esta deducción tiene la intención de ser un incentivo para la contratación de la cobertura. En 2014, los contribuyentes pueden deducir el costo de la prima de la póliza, hasta un máximo, por edad:

Edad del contribuyente: 40 años o menos	\$370
Edad del contribuyente: 41 a 50 años	\$700
Edad del contribuyente: 51 a 60 años	\$1,400
Edad del contribuyente: 61 a 70 años	\$3,720
Edad del contribuyente: 71 años o más	\$4,660

En el estado de Nueva York, puede declararse una deducción de impuestos como un crédito de impuestos ordinario igual al 20% de las primas con el formulario de impuestos IT-249. El formulario impositivo IT-249 puede obtenerse en [www.tax.ny.gov/pdf/2012/fillin/inc/it249\\_2012\\_fill\\_in.pdf](http://www.tax.ny.gov/pdf/2012/fillin/inc/it249_2012_fill_in.pdf). Las instrucciones pueden consultarse en [www.tax.ny.gov/pdf/2012/inc/it249i\\_2012.pdf](http://www.tax.ny.gov/pdf/2012/inc/it249i_2012.pdf).

Puede encontrar más información sobre el seguro de atención prolongada en el sitio web del Seguro del Estado de Nueva York (New York State Insurance): [www.dfs.ny.gov/insurance/ltc/ltc\\_index.htm](http://www.dfs.ny.gov/insurance/ltc/ltc_index.htm). HIICAP ofrece un servicio gratuito para discutir temas relacionados con el seguro de atención prolongada y responder preguntas. No deje de comunicarse con nosotros al 311 y preguntar por HIICAP.

LLAME AL 311 Y PIDA POR HIICAP

# MEDICARE 2014

## **MONTOS DE LOS DEDUCIBLES, DEL COSEGURO Y DE LAS PRIMAS DE MEDICARE ORIGINAL Parte A: Seguro hospitalario**

Deducible	—	\$1,216 por periodo de beneficios
Copago	—	\$304 por día por el día 61 a 90 de cada periodo de beneficios
	—	\$608 por día por cada "día de reserva de por vida"
Copago para las instituciones de enfermería especializada	—	\$152 por día por el día 21-100 de cada periodo de beneficios

### **Parte B: Seguro médico**

Prima mensual	—	\$104.90
Deducible anual	—	\$147
Coseguro	—	20% para la mayoría de los servicios, incluidos los servicios de salud mental

Nota: algunas personas de 65 años o más no cumplen con los requisitos de SSA para **el seguro hospitalario libre de prima (Parte A)**. Si se encuentra dentro de esta categoría, puede obtener la Parte A pagando una prima mensual. Esto se llama "seguro hospitalario con prima". En 2014, si tiene menos de 30 trimestres de cobertura del Seguro Social, su prima de la Parte A será de \$426 por mes. Si tiene entre 30 y 39 trimestres de cobertura del Seguro Social, su prima de la Parte A será de \$234 por mes.

## **Programas de Ahorros de Medicare para beneficiarios de Medicare con bajos ingresos (2014)**

	<b>Límite de ingresos mensuales (después de las deducciones/exclusiones)</b>	
	<b>Individual</b>	<b>Pareja</b>
<b>QMB: Beneficiario de Medicare calificado</b> El estado de NY paga primas, deducibles y coseguros para quienes automáticamente reúnan los requisitos para la Parte A.	\$973*	\$1,311
<b>SLIMB: niveles de beneficiarios de Medicare con bajos ingresos especificados</b> El estado solo paga la prima de la Parte B de Medicare.	\$1,167	\$1,573
<b>QI: Personas calificadas</b> El estado solo paga la prima de la Parte B de Medicare.	\$1,313	\$1,770

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

LLAME AL 311 Y PIDA POR HIICAP

# **MEDICAID 2014**

## **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	\$809	\$14,550
Pareja	\$1,192	\$21,450

\*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; \$117,240 máximo      **Ingresos:** \$2,931 mensuales

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

**Prima de la Parte B de Medicare y cuadro de recargos de la Parte D para beneficiarios de Medicare con ingresos más altos**

<b>Ingresos brutos modificados ajustados (MAGI)</b>	<b>Prima mensual de la Parte B</b>	<b>Prima mensual de la Parte D (medicamentos recetados)</b>
Personas con MAGI de \$85,000 o <b>menos</b> / Matrimonio con MAGI de \$170,000 o <b>menos</b>	Estándar de 2014 Prima = \$104.90	La prima de su plan
Personas con MAGI <b>superiores a</b> \$85,000 hasta \$107,000 / Matrimonio con MAGI <b>superiores a</b> \$170,000 hasta \$214,000	\$146.90	La prima de su plan + \$12.10
Personas con MAGI <b>superiores a</b> \$107,000 hasta \$160,000/ Matrimonio con MAGI <b>superiores a</b> \$214,000 hasta \$320,000	\$209.80	La prima de su plan + \$31.10
Personas con MAGI <b>superiores a</b> \$160,000 hasta \$214,000 / Matrimonio con MAGI <b>superiores a</b> \$320,000 hasta \$428,000	\$272.70	La prima de su plan + \$50.20
Personas con MAGI <b>superiores a</b> \$214,000/ Matrimonio con MAGI <b>superiores a</b> \$428,000	\$335.70	La prima de su plan + \$69.30

Para obtener más información, visite el sitio web de la Administración del Seguro Social, [www.ssa.gov](http://www.ssa.gov).



Health and Hospitals Corporation (HHC Options) .....	311
<a href="http://www.nyc.gov/html/hhc/html/access/hhc_options.shtml">www.nyc.gov/html/hhc/html/access/hhc_options.shtml</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
Fundación de Residencias para Enfermos Terminales de los EE.UU. ....	1-800-854-3402
<a href="http://www.hospicefoundation.org">www.hospicefoundation.org</a>	
Instituto para Personas Mayores de Origen Puertorriqueño o Hispano ...	1-212-677-4181
<a href="http://www.iprhe.org">www.iprhe.org</a>	
I PRO (quejas sobre la calidad de la atención hospitalaria durante la internación) .....	1-800-331-7767
I PRO (para apelar el alta hospitalaria) .....	1-800-446-2447
<a href="http://www.ipro.org">www.ipro.org</a>	
LawHelp.org (para obtener servicios legales, incluidos servicios gratuitos de abogados)	
<a href="http://www.lsnyc.org">www.lsnyc.org</a>	
Centro de recursos de seguros para atención prolongada .....	1-212-676-0629
Apelaciones de las altas hospitalarias de Medicaid (I PRO).....	1-800-648-4776
Derivaciones de Medicaid a proveedores que acepten Medicaid .....	1-800-541-2831
Coordinación de beneficios de Medicare .....	1-800-999-1118
Línea de denuncia de fraudes de Medicare (Oficina del Inspector General, DHHS) .....	1-800-447-8477
Línea de atención de Medicare .....	1-800-MEDICARE
Centro de derechos de Medicare .....	1-800-333-4114
<a href="http://www.medicarerights.org">www.medicarerights.org</a>	
Consejo Nacional sobre las Personas Mayores	
<a href="http://www.ncoa.org">www.ncoa.org</a>	
Centro Nacional de Información de Salud .....	1-800-336-4797
<a href="http://www.health.gov/nhic">www.health.gov/nhic</a>	
Tarjeta New York Prescription Saver .....	1-800-788-6917
<a href="https://nyprescriptionsaver.fhsc.com">https://nyprescriptionsaver.fhsc.com</a>	
Departamento de Salud del Estado de Nueva York .....	TTY 1-800-290-9138
311	
<a href="http://www.nyc.gov/html/doh/htm">www.nyc.gov/html/doh/htm</a>	
Programa del Defensor del Pueblo para la Atención Prolongada .....	1-212-962-2720
<a href="http://www.nyfsc.org/services/ombuds.html">www.nyfsc.org/services/ombuds.html</a>	
Departamento de Salud del Estado de Nueva York: quejas sobre HMO ..	1-800-206-8125
Departamento de Servicios Financieros del Estado de Nueva York .....	1-800-342-3736
<a href="http://www.dfs.ny.gov">www.dfs.ny.gov</a>	
Departamento de Servicios Financieros del Estado de Nueva York (en la ciudad de Nueva York) .....	1-212-480-6400
Línea de atención de Medicaid en el estado de Nueva York .....	1-800-541-2831
<a href="http://www.nyhealth.gov/health_care/medicaid">www.nyhealth.gov/health_care/medicaid</a>	

LLAME AL 311 Y PIDA POR HIICAP

Línea de atención a personas mayores de la Oficina del Estado de Nueva York para Personas Mayores.....	1-800-342-9871
<a href="http://www.aging.ny.gov">www.aging.ny.gov</a>	
Oficina de Conducta Médica Profesional del Estado de Nueva York (quejas sobre el control de calidad de los médicos) .....	1-800-663-6114
Clínica odontológica de NYU	1-800-998-9800
<a href="http://www.nyu.edu/dental">www.nyu.edu/dental</a>	
Junta de Jubilados Ferroviarios.....	1-877-772-5772
<a href="http://www.rrb.gov">www.rrb.gov</a>	
SMP (antes conocida como Senior Medicare Patrol) en el estado de Nueva York .....	1-877-678-4697
Administración del Seguro Social .....	1-800-772-1213
<a href="http://www.socialsecurity.gov">www.socialsecurity.gov</a>	
Comunidades Judías Unidas .....	1-212-284-6500
<a href="http://www.ujc.org">www.ujc.org</a>	
Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos .....	1-800-827-1000
<a href="http://www.va.gov">www.va.gov</a>	

LLAME AL 311 Y PIDA POR HIICAP

## Recursos para obtener medicamentos recetados gratis o a bajo costo

**RX Hope:** solicite medicamentos con descuento y gratuitos directamente a través del sitio web. [www.rxhope.com](http://www.rxhope.com) o llame al 1-877-979-4673

**Partnership for Prescription Assistance:** ayuda a las personas a acceder a medicamentos recetados gratis o a bajo costo. También ofrece enlaces a programas que ayudan a hacer el copago. [www.pparx.org](http://www.pparx.org) o 1-888-4PPA-NOW

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

**NeedyMeds.com:** ofrece información sobre medicamentos y programas para pacientes y explica cómo solicitarlos. [www.needymeds.com](http://www.needymeds.com)

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

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

**Organización Nacional de Enfermedades Poco Usuales (NORD):** ayuda a personas no aseguradas o con seguros insuficientes que tienen determinadas enfermedades a acceder a los medicamentos que necesitan. [www.rarediseases.org/programs/medication](http://www.rarediseases.org/programs/medication)

### Otros recursos en Internet

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

Comparación de planes odontológicos: [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.kaisernetwork.org](http://www.kaisernetwork.org)

Foro Nacional de Políticas de Salud: [www.nhpf.org](http://www.nhpf.org)

Un portal específico para personas mayores dirigido especialmente a las personas mayores; [www.seniors.gov](http://www.seniors.gov)

## Oficinas de Medicaid en la ciudad de Nueva York

Los solicitantes de Medicaid pueden llamar a la Línea de atención de Medicaid al 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, entre las 9 a.m. y las 5 p.m.

### Oficina Central de Medicaid:

- Central Medicaid Office, 785 Atlantic Avenue, Brooklyn, NY 11238 1-888-692-6116

### Manhattan

- Bellevue Hospital: 462 First Avenue & 27th Street, sector "G" , piso 1 (212) 679-7424  
\*Al momento de la impresión, Bellevue Hospital Medicaid estaba cerrado debido al Huracán Sandy. Llame antes de la visita.
- Metropolitan Hospital: 1901 First Avenue, piso 1, Oficina 1D-27 (entrada por la calle 97 y 2da Avenida ). (212) 423-7006
- Oficina de Medicaid en el barrio chino: 115 Christie Street, piso 5. (212) 334-6114
- Oficina de Medicaid en Manhattanville: 520-530 West 135th Street, 1 piso. (212) 939-0207/0208

### Bronx

- Lincoln Hospital: 234 East 149th Street, Sótano, Oficina B-75. (718) 585-7872/7920
- North Central Bronx Hospital: 3424 Kossuth Avenue, piso 1, oficina 1A05. (718) 920-1070
- Morrisania Diagnostic & Treatment Center: 1225 Gerard Avenue, Sótano. (718) 960-2752/2799
- Bronx Lebanon Hospital: 1316 Fulton Avenue, piso 1. (718) 860-4634/4635

### Brooklyn

- Sede de Medicaid en Boreum Hill: 35 Fourth Avenue. (718) 623-7427/7428
- Sede de Medicaid en Coney Island: 30-50 West 21st Street. (718) 333-3000/3001  
\*La oficina de Medicaid en Coney Island también atiende los sábados, de 9 a.m. hasta el mediodía.
- East New York Diagnostic and Treatment Center: 2094 Pitkin Avenue, Sótano. (718) 922-8292/8293
- Kings County Hospital: 441 Clarkson Avenue, Edificio "T", Residencia de enfermería, piso 1. (718) 221-2300/2301

### Queens

- Oficina de Medicaid en la Comunidad de Queens: 45-12 32nd Place (piso 1). (718) 752-4540

### Staten Island

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

LLAME AL 311 Y PIDA POR HIICAP

# NOTAS

LLAME AL 311 Y PIDA POR HIICAP