

Inteligente y de 65 años:

Una guía para mujeres para comprender cómo funciona Medicare

Aprende lo que debes saber, cómo prepararte y cuándo actuar



healthywomen



Society for
Women's Health
Research



Aviso legal

Esta guía se diseñó para que sea un recurso útil e informativo, pero no es un sustituto de asesoría médica, legal o financiera especializada. Puesto que las políticas de Medicare pueden cambiar con el tiempo, HealthyWomen y SWHR exhortan a las lectoras a que verifiquen la información independientemente y a que hablen con profesionales calificados para abordar sus necesidades específicas. HealthyWomen y SWHR no asumen ninguna responsabilidad por perjuicios directos, indirectos o de otro tipo que pudiesen resultar del uso de esta guía.

healthywomen



Información de HealthyWomen

HealthyWomen es una organización sin fines de lucro consolidada y prestigiosa que tiene la meta de educar a mujeres para que tomen decisiones de la salud con conocimiento de causa, defiendan sus derechos y den prioridad a su salud y bienestar. Durante las últimas tres décadas, HealthyWomen ha desarrollado una enorme biblioteca virtual de contenido multifacético revisado y desarrollado por expertos de la salud, reflejando los avances científicos más recientes. Los temas varían de enfermedades cardíacas y la salud ósea al cáncer y el bienestar, incluyendo cientos de otros temas relacionados con trastornos médicos y estilos de vida. HealthyWomen es un recurso confiable y comprobado. Para obtener más información, visita el sitio web [HealthyWomen.org](https://www.healthywomen.org).

Información de SWHR

Society for Women's Health Research (SWHR) es una organización sin fines de lucro nacional y reconocida que se dedica a mejorar la salud de la mujer a través de la ciencia, políticas y educación mientras que promueve investigaciones de diferencias de género para optimizar la salud de la mujer. Fundada en 1990 por un grupo de doctores, investigadores médicos y promotores de la salud, SWHR está haciendo que se popularicen temas de la salud de la mujer abordando necesidades insatisfechas y vacíos de investigación de la salud de la mujer. Gracias a iniciativas de SWHR, ahora se incluyen a mujeres en forma rutinaria en la mayoría de estudios de investigación médica importantes y más científicos consideran al género como una variable biológica en sus investigaciones. Visita el sitio web www.swhr.org para obtener más información.

Reconocimientos

“Inteligente y de 65 años: Una guía para mujeres para comprender cómo funciona Medicare” fue desarrollada por HealthyWomen y Society for Women’s Health Research (SWHR) y fue posible con el apoyo y contribuciones de muchas personas y organizaciones comprometidas con la salud de la mujer. The Women & Medicare Working Group [Equipo de trabajo de mujeres y Medicare], conformado por expertos en políticas de la salud, el envejecimiento, la salud ósea, la salud cardíaca y la salud general de la mujer, sustentó el contenido.

Las organizaciones de The Working Group son:

- Alliance for Aging Research
- Alliance for Women’s Health and Prevention
- American Heart Association
- American Medical Women’s Association
- Bone Health and Osteoporosis Foundation
- Gerontological Society of America
- National Association of Nurse Practitioners in Women’s Health
- National Caucus and Center on Black Aging
- National Council on Aging
- National Health Council
- National Women’s Health Network
- WomenHeart

HealthyWomen y SWHR agradecen sinceramente a estas entidades ejemplares por contribuir su tiempo y conocimiento especializado para este trabajo. También se emite un agradecimiento especial para Jonathan Blum, exadministrador adjunto principal y director ejecutivo de Centers for Medicare and Medicaid Services, por su conocimiento y por revisar la precisión y el alcance del contenido.

También extendemos nuestro agradecimiento al equipo de McUlsky Health Force que proporcionó apoyo logístico para el proyecto.

HealthyWomen y SWHR reconocen con agradecimiento el patrocinio de Amgen y UCB para este programa. La traducción de inglés a español fue financiada por Amgen. HealthyWomen y SWHR mantuvieron total independencia y control editorial del contenido y los productos de trabajo.

Índice

Introducción a Medicare 5

Preparación para Medicare: Un año antes	5
Recursos que pueden agregarse a la lista de sitios web favoritos	5
Recursos que pueden agregarse a la lista de sitios web favoritos	5
Tu proceso de Medicare: Dos opciones de cobertura	6
Opciones de Medicare	7
La parte D de Medicare	9
Medigap	9
Cuál es la relación entre Medicare y el seguro social	10
Período de inscripción	11
Guía de inscripción de Medicare de la AARP	12
¿Cuándo puedo inscribirme en Medicare Original?	13
Defensor de los beneficiarios de Medicare: Tu defensor en lo que se refiere a Medicare	14
Evaluación de las necesidades actuales de atención médica	14
Costos	15
El conocimiento es poder: Condiciones de la cobertura	15
Resumen general del plan de pagos de recetas médicas de Medicare	16
Modelo de un cronograma de preparación para Medicare del año antes de cumplir 65 años	17

Cómo interactúan los seguros 18

¿Qué pasa con mi seguro actual cuando tenga Medicare?	18
Medicare y Medicaid: ¿Cuál es la diferencia?	18
Elegibilidad doble	19
¿Qué son los SNP?	19

Lista de verificación para conversaciones con doctores: Preparación para Medicare 20

Consideraciones para cuidadores 21

Convertirse en alguien que toma decisiones para un beneficiario de Medicare	21
Consejo: Prepararse para lo inesperado	21
Asistencia para los cuidadores	23
Estafas relacionadas con Medicare	23

Salud ósea de la mujer 24

¿Por qué deberían las mujeres enfocarse en su salud ósea?	24
Términos clave de la salud ósea	24
La salud ósea a la edad en que se usa Medicare: Lo que debes saber	25
Consejos para tener huesos fuertes	25
Proveedores de atención médica	26
Un recordatorio: Selección de doctores y hospitales	26
Asumir el control: Mi monitor de hábitos de la salud ósea	26
Cobertura de Medicare de la salud ósea	27
La prueba DEXA decodificada	28
Preguntas de la salud ósea que deberías hacer durante las consultas de bienestar de Medicare	29
Reglas del plan de medicamentos	30
Recursos de Medica.gov de atención institucional y a largo plazo	30
La salud ósea y Medicare: ¿Qué pasa si...?	31
Atención institucional y a largo plazo para la salud ósea: ¿Cuentas con cobertura o no?	32
Recursos y asistencia para la salud ósea	33
Tranquilidad: Prepararse financieramente para atención a largo plazo	33

Salud cardíaca de la mujer 34

Por qué les debería importar la salud cardíaca a las mujeres	34
Términos clave de la salud cardíaca	34
La salud cardíaca a la edad en que se usa Medicare: Lo que debes saber	35
Proveedores de atención médica	35
Cobertura de Medicare en lo que se refiere a la salud cardíaca	36
Preguntas de la salud cardíaca que deberías hacer durante las consultas de bienestar de Medicare	37
Preguntas de la salud cardíaca que deberías hacer durante las consultas de bienestar de Medicare	38
Reglas del plan de medicamentos	39
La salud cardíaca y Medicare: ¿Qué pasa si...?	39
Atención institucional y a largo plazo para la salud cardíaca: ¿Cuentas con cobertura o no?	41
Recursos de Medicare.gov de atención institucional y a largo plazo	42
Tranquilidad: Prepararse financieramente para atención a largo plazo	42
Recursos y asistencia para la salud cardíaca	43

Guía de introducción a Medicare: GLOSARIO 44

*Los términos de color verde azulado son términos del glosario y los términos de color púrpura son enlaces.

Introducción a Medicare

Cumplir 65 años es un momento importante para la vida de la mujer por razones personales, médicas y financieras. Cuando las mujeres cumplen 65 años, frecuentemente están experimentando cambios de vida significativos y tomando muchas decisiones, incluyendo resoluciones relacionadas con la cobertura de Medicare.

Prepararse para Medicare, el programa de seguro médico federal para personas de 65 años y más, implica entender los fundamentos del programa, en qué partes del programa inscribirse, incluyendo los plazos de inscripción, así como decidir qué procesos satisfacen de mejor forma las necesidades únicas de cada mujer, incluyendo todo lo relacionado con sus metas financieras y circunstancias de vida.

Esta guía está diseñada para brindar a las mujeres el conocimiento que necesitan para tomar decisiones relacionadas con Medicare con conocimiento de causa. Proporciona una descripción general de alto nivel de consideraciones clave, junto con información importante de los beneficios de Medicare que promueven dos áreas vitales para fomentar la fortaleza y la longevidad de adultos mayores, es decir, la salud ósea y cardíaca.

Se seleccionaron la salud ósea y cardíaca como áreas iniciales de enfoque para esta guía por su impacto en las mujeres y se agregarán áreas adicionales posteriormente.

Preparación para Medicare: Un año antes

Si bien las personas se vuelven elegibles para Medicare cuando cumplen 65 años, el año antes de la elegibilidad para Medicare es una época crítica en lo que se refiere a la preparación. Durante este período de tiempo, las personas pueden investigar los planes y los proveedores de atención médica (HCP, por sus siglas en inglés) disponibles, pueden evaluar sus necesidades médicas actuales y futuras, pueden enterarse de cuándo empieza y termina el período de inscripción y pueden buscar asesoramiento para determinar qué opciones de cobertura satisfacen de mejor forma sus necesidades únicas. Podría ser útil hablar con amigos, vecinos y familiares acerca de sus experiencias con Medicare y posiblemente podría incluso ser conveniente reunirse con un agente de Medicare certificado para considerar varias opciones diferentes.

Esta sección resalta información que mujeres podrían encontrar particularmente útil a medida que se preparan para Medicare un año antes de cumplir 65 años.



Es importante ser proactiva e investigar para poder tomar decisiones relacionadas con Medicare con conocimiento de causa. En lo que se refiere a la selección de un plan, la mejor opción para ti dependerá de tus circunstancias personales. También es importante saber si te inscribirán automáticamente en Medicare o si debes hacerlo por tu cuenta. Recuerda, la información te empodera.

Recursos que pueden agregarse a la lista de sitios web favoritos

Recursos oficiales de Medicare

- Sitio web: **Medicare.gov**
- Número telefónico: **1-800-633-4227** (para asistencia general, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, excepto durante algunos feriados federales)

AARP

- **Información general de Medicare**
- **Guía de inscripción de Medicare**
- **Seminarios web de Medicare**

Recursos de cobertura de medicamentos de Medicare

- **Programas de asistencia farmacéutica**, proporcionados por algunas compañías farmacéuticas a personas inscritas en la parte D para brindar asistencia en lo que se refiere a pagos de recetas médicas
- **Programas estatales de asistencia farmacéutica**, programas administrados por estados para ciertas poblaciones para brindar asistencia en lo que se refiere al pago de medicamentos

Asistencia local de Medicare

- **Programa estatal de asistencia de seguros médicos (SHIP)**

Centro de derechos de Medicare

- **Herramienta interactiva de Medicare**

Elegibilidad

Las personas comúnmente son elegibles para Medicare cuando cumplen 65 años. Personas de menos de 65 años con ciertas discapacidades; con esclerosis lateral amiotrófica (ELA), también conocida en EE.UU. como la enfermedad de Lou Gehrig; o con insuficiencia renal terminal (IRT) son elegibles para Medicare después de estar en el programa de seguro de discapacidad del seguro social (SSDI, por sus siglas en inglés) por más de dos años.

The **Center for Medicare Advocacy** tiene un artículo con más información.

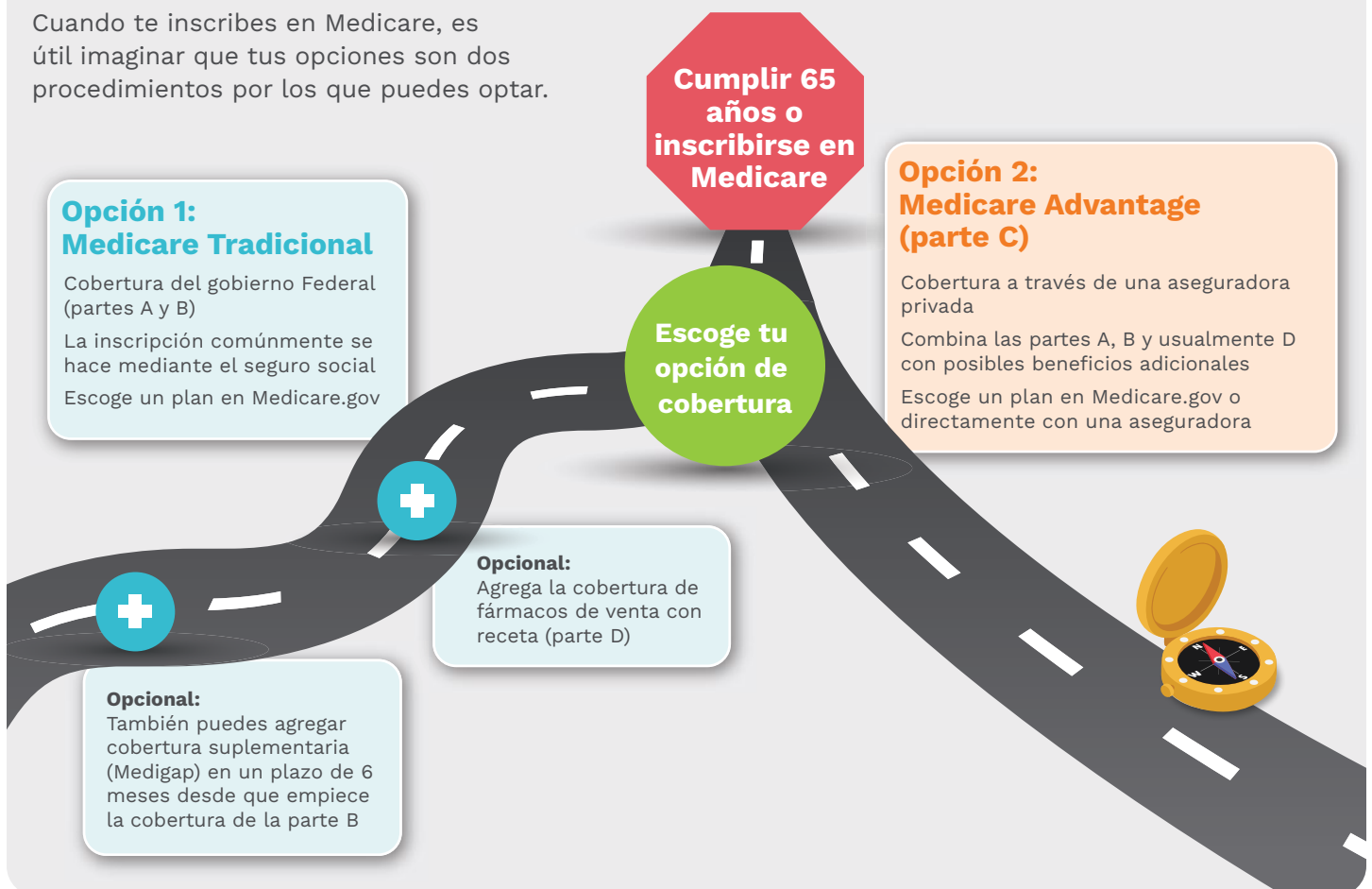
Planes de Medicare

Las personas que ingresan a Medicare escogerán entre dos opciones primarias para recibir sus beneficios:

1. El gobierno federal administra **Medicare Original o Tradicional** e incluye las partes A y B
 - La **parte A de Medicare** (seguro hospitalario): cubre hospitalizaciones, atención en centros de enfermería especializada, cuidados paliativos y algunos tipos de atención médica en el hogar
 - La **parte B de Medicare** (seguro médico): cubre atención ambulatoria, suministros médicos, servicios preventivos y ciertos servicios de doctores, tales como aquellos relacionados con el diagnóstico, tratamiento y prevención de trastornos médicos

Tu proceso de Medicare: Dos opciones de cobertura

Cuando te inscribes en Medicare, es útil imaginar que tus opciones son dos procedimientos por los que puedes optar.



2. **Medicare Advantage** (también denominado **parte C**) incluye servicios cubiertos por las partes A y B de Medicare, pero los proporcionan compañías privadas y frecuentemente incluyen beneficios adicionales tales como de la salud visual, dental y auditiva

Cobertura adicional

Aparte de escoger entre Medicare Original y Medicare Advantage, las personas también pueden optar por cobertura adicional, que incluye:

- **La parte D de Medicare:** cobertura de medicamentos de venta con receta
- **Seguro suplementario de Medicare (Medigap):** seguro adicional para personas que optan por Medicare Original (Medigap puede comprarse a una compañía de seguros médicos privada como asistencia para costos de bolsillo de Medicare Original)

Nota: Medigap solo está disponible con Medicare Original y no con Medicare Advantage. Esto se debe a que Medicare Original no tiene un límite anual de lo que puedes pagar de bolsillo, mientras que Medicare Advantage sí. Los planes de Medicare Advantage generalmente ofrecen menores costos compartidos para servicios de rutina, tales como consultas con tu doctor de cabecera.

Opciones de Medicare	
Medicare Original (partes A y B)	Medicare Advantage (parte C)
Te inscribes a través del seguro social en estos planes. Incluye:  Parte A (seguro hospitalario)  Parte B (seguro médico) Bajo esta opción, puedes tener consultas con cualquier doctor u hospital en Estados Unidos que acepte Medicare.	Te inscribes a través de una compañía privada en un plan aprobado por Medicare. Esto requiere que primero te inscribas en las partes A y B de Medicare Original antes de inscribirte en Medicare Advantage (parte C):  Parte A (seguro hospitalario)  Parte B (seguro médico) Una vez que te inscribas en la parte C, todavía tendrás Medicare Original, pero recibirás la mayoría de tu cobertura de las partes A y B de tu plan de Medicare Advantage. Estos planes frecuentemente requieren que uses los servicios de proveedores de atención médica de la red del plan. En la mayoría de casos, las personas aún pueden tener consultas con proveedores que no pertenezcan a la red, pero a un mayor costo. Podrían haber excepciones, tales como cobertura de emergencias médicas.

Pagas por los servicios a medida que los recibas. Medicare cubre una porción del costo y tú pagas otra porción.

- La mayoría de personas pagarán \$0 por la parte A (conocida como **parte A sin primas**) porque pagaron suficientes impuestos de Medicare para ser elegibles. Para personas que no califican para la parte A sin primas, la tarifa de 2025 es \$285 o \$518 cada mes, dependiendo de cuánto tiempo una persona o su cónyuge trabajó y pagó impuestos de Medicaid.
- La prima de la parte B cuesta \$185 mensuales o más, dependiendo de los ingresos.

La mayoría de servicios y suministros necesarios desde el punto de vista médico están cubiertos. Pruebas físicas de rutina, oculares y la mayoría de costos de la salud dental no están cubiertos.

La **autorización previa**, un proceso en el cual se requiere la aprobación de la aseguradora antes de que se cubran ciertos servicios o suministros, comúnmente no es necesaria para servicios y suministros bajo Medicare Original.

Tienes la opción de agregar la parte D de Medicare que será útil para cubrir los costos de medicamentos de venta con receta y de agregar cobertura suplementaria (Medigap) que será útil para el pago de tu porción de costos de bolsillo.

Medicare no cubre estadías de atención a largo plazo: Programas estatales de Medicaid podrían cubrir atención a largo plazo si calificas para Medicaid o puedes optar por comprar seguros médicos privados a largo plazo.

Los costos de bolsillo para varios servicios y las primas mensuales variarán en función de los planes.

Los servicios necesarios desde el punto de vista médico que están cubiertos bajo Medicare Original también están cubiertos bajo Medicare Advantage. Los planes podrían usar sus propios criterios de cobertura para determinar qué es necesario desde el punto de vista médico y podrían ofrecer beneficios adicionales que no se ofrecen en Medicare Original.

En muchos casos, la **autorización previa**, un proceso en el cual se requiere la aprobación de la aseguradora antes de que se cubran ciertos servicios o suministros, comúnmente es necesaria antes de que Medicare Advantage cubra ciertos servicios o suministros.

La mayoría de planes de Medicare Advantage incluyen la cobertura de la parte D y proporcionan una opción para agregar cobertura para servicios de la salud ocular, auditiva y dental. Con la mayoría de planes de Medicare Advantage, las personas no pueden inscribirse en otro plan de medicamentos de Medicare.

Nota: No puedes comprar cobertura suplementaria (Medigap) si tienes Medicare Advantage.

Medicare Advantage no cubre estadías de atención a largo plazo: Programas estatales de Medicaid podrían cubrir atención a largo plazo si calificas para Medicaid o puedes optar por comprar seguros médicos privados a largo plazo.

La parte D de Medicare

La parte D de Medicare es útil para cubrir el costo de medicamentos de venta con receta, incluyendo fármacos de marca y genéricos. La cobertura de medicamentos con receta puede facilitarse mediante un plan individual de fármacos de venta con receta (también denominado PDP, por sus siglas en inglés) para personas inscritas en Medicare Original o en un plan de Medicare Advantage que tiene cobertura de medicamentos de venta con receta. Las opciones, costos y cobertura del plan D de Medicare varían por estado.

Las personas que optan por Medicare Original deben estar inscritas en la parte A o B de Medicare para poder inscribirse en un plan de la parte D de Medicare. La mayoría de planes de Medicare Advantage incluyen la cobertura de la parte D. Con la mayoría de planes de Medicare Advantage, las personas no pueden inscribirse en otro plan de medicamentos de Medicare.

Medigap

Medigap es un **seguro suplementario** que es útil para cubrir costos de bolsillo con Medicare Original para personas que no califican para Medicaid. Cubre costos, tales como copagos, coaseguros y deducibles y podría cubrir ciertos servicios no cubiertos por Medicare Original, dependiendo del plan. Las personas deben tener las partes A y B de Medicare para poder comprar una póliza de Medigap y el mejor momento para inscribirse es generalmente cuando lo haces por primera vez en Medicare.

Las pólizas de Medigap, que están estandarizadas desde el plan A al N de Medigap, varían en función del precio y otros beneficios potenciales no cubiertos por Medicare. Planes bajo la misma letra deben proporcionar los mismos beneficios independientemente de la aseguradora o la ubicación. **Compara los beneficios que cada plan ofrece.**

Sin embargo, algunos estados podrían tener sus propias reglas de inscripción y algunos planes podrían no estar disponibles para todos. **Obtén más información de la AARP.**

Las opciones de cobertura de Medicare pueden encontrarse en la página **“Comparar planes”** de Medicare.gov. La información de costos puede encontrarse en la página **“¿Cuánto cuesta Medicare?”** de Medicare.gov.

**Información adaptada de Medicare.gov*



Cuál es la relación entre Medicare y el seguro social

¿Ya estás recibiendo beneficios del seguro social o de la Junta de jubilación de empleados ferroviarios y tienes 65 años?

- Te inscribirán automáticamente en las partes A y B.
- La tarjeta de Medicare llegará aproximadamente 3 meses antes de tu cumpleaños.

¿Aún no recibes los beneficios del seguro social?

- Debes solicitar Medicare personalmente.
- Hazlo virtualmente, por teléfono o en la oficina local.

Pagar por Medicare

- La mayoría de personas no pagan primas para la parte A.
- Las primas de la parte B se reducen de tu pago del seguro social.
- ¿Todavía no tienes seguro social? Recibirás una factura.

¿Necesitas asistencia financiera?

- Hay programas que pueden ser útiles. Tales como:

- Ayuda adicional o subsidio por ingresos bajos (reduce los costos de medicamentos)
- Medicaid (cubre costos para personas de bajos ingresos)

- **Nota:** Los ingresos del seguro social afectan la elegibilidad para asistencia adicional o Medicaid.

¿Eres viuda o divorciada?

- Medicare es un plan médico individual, así que la elegibilidad de tu exesposo no te afecta.

Consejo: No tienes que aceptar el seguro social y Medicare simultáneamente. Muchas personas retrasan el seguro social pero se inscriben en Medicare cuando tienen 65 años para evitar penalidades o vacíos de cobertura. Deberías considerar qué opción es mejor para tus circunstancias personales o tener una consulta con tu asesor financiero para determinar si tienes acceso a una de estas opciones.

Obtén más información acerca del seguro social y la elegibilidad.

Inscripción

Algunas personas se inscriben automáticamente en Medicare, mientras que otras deben hacerlo en forma activa.

Las personas que ya reciben beneficios del seguro social o de la Junta de jubilación de empleados ferroviarios (RRB, por sus siglas en inglés) al menos cuatro meses antes de cumplir 65 años se inscribirán automáticamente en las partes A y B de Medicare. Recibirán su tarjeta de Medicare por correo aproximadamente tres meses antes de cumplir 65 años.

Las personas que todavía no reciben beneficios del seguro social deben aplicar para Medicare en forma activa. La solicitud puede realizarse virtualmente visitando el sitio web de la administración del seguro social, por teléfono o presencialmente en una oficina local del seguro social. Lo ideal es hacer la solicitud durante el **período de inscripción inicial (IEP, por sus siglas en inglés)**. El IEP es el intervalo de siete meses cerca del cumpleaños 65 de una persona durante los cuales esa persona puede inscribirse en **Medicare Original** (las partes A y B) y en la **parte D de Medicare**. Este intervalo incluye los tres meses previos, los tres meses posteriores y el mes del cumpleaños de la persona que se está inscribiendo.

Nota: Este mismo período se conoce como el **“período de elección de cobertura inicial (ICEP por sus siglas en inglés)”** de **Medicare Advantage o la parte C de Medicare**.

No inscribirse durante el intervalo IEP o ICEP podría acarrear penalidades o vacíos de cobertura. Las personas que no tienen otra cobertura y que no se inscriben durante sus intervalos IEP o ICEP tendrán que pagar una penalidad por inscribirse tarde que se agrega a la prima mensual de Medicare. Esta es una penalidad de por vida, no un recargo por mora que se paga una sola vez y aumenta a medida que las personas se demoren para inscribirse en Medicare.

Hay algunas circunstancias bajo las cuales personas pueden hacer que se reduzcan o se eximan sus recargos por mora. Esto podría incluir ser elegibles para un período especial de inscripción (para las penalidades de la parte B) o ser elegibles para **asistencia adicional** o para **cobertura de medicamentos acreditable** (para las penalidades de la parte D). **Obtén más información sobre cómo evitar penalidades por mora.**

Período de inscripción

Inscribirse, hacer cambios y desafiliarse de planes de Medicare solo puede hacerse durante los períodos de inscripción de Medicare. Hay varios “períodos de inscripción” diferentes en lo que se refiere a Medicare Original y Medicare Advantage. Las personas deberían asegurarse de que entienden claramente qué períodos de inscripción son relevantes para sus necesidades y cuándo deben inscribirse o solicitar un cambio de plan.

Período de inscripción:	Relevante para:	Opciones durante el período de inscripción:	Inicio de la cobertura:
Período de inscripción inicial Empieza tres meses antes de que una persona cumpla 65 años; incluye el mes del cumpleaños y termina tres meses después del mes del cumpleaños	Personas que se inscriben en Medicare por primera vez	Inscribirse en cualquier plan de Medicare. - Se requiere la cobertura de la parte A o B para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. - Se requiere la parte A y B para inscribirse en un plan de Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos.	Varía en función del momento en que se recibe la solicitud. Obtén más información sobre cómo inscribirte en un plan.
Período general de inscripción Del 1 de enero al 31 de marzo, cada año	Personas que no se inscribieron durante el IEP cuando se volvieron elegibles para Medicare o que no se inscribieron durante un período especial de inscripción (si fuesen elegibles)	Inscribirse en la parte A o B de Medicare o en ambas. Nota: Si una persona se desafilia de Medicare Advantage para inscribirse en Medicare Original, no se garantiza que podrá tener acceso a un plan de seguro suplementario (Medigap) o que encontrará un plan asequible. Es importante analizar qué opción se adapta de mejor forma a tus necesidades actuales y futuras antes de escoger entre Medicare Original y Medicare Advantage por primera vez.	El primer mes después de que se recibe la solicitud.

Período de inscripción:	Relevante para:	Opciones durante el período de inscripción:	Inicio de la cobertura:
Período de inscripción abierta Del 15 de octubre al 7 de diciembre	Todas las personas elegibles para Medicare. Esto también incluye a personas que ya se inscribieron en Medicare y desean cambiar su cobertura.	Cambiar el plan de Medicare o la cobertura de medicamentos: ● Hacer un cambio de un plan de Medicare Original a uno de Medicare Advantage o viceversa. ● Inscribirse, desafiliarse o cambiar de plan de medicamentos de Medicare (si esa persona está inscrita en Medicare Original). ● Inscribirse, desafiliarse o cambiar de plan de Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos (o agregar o eliminar cobertura de medicamentos).	El 1 de enero del año siguiente. *El plan debe recibir la solicitud de inscripción hasta el 7 de diciembre.
Período de inscripción abierta de Medicare Advantage Del 1 de enero al 31 de marzo O En un plazo de tres meses desde que se tiene Medicare	Personas con un plan de Medicare Advantage	● Cambiar de plan de Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos. ● Desafiliarse de un plan de Medicare Advantage e inscribirse en Medicare Original.	En un plazo de un mes desde que se recibió la solicitud de cambio de planes.



¡Hallazgo destacado!

Guía de inscripción de Medicare de la AARP

Una herramienta paso a paso para personas que se inscriben en Medicare por primera vez que prepara una introducción personalizada a Medicare después de que contestes tres simples preguntas.

Período de inscripción:	Relevante para:	Opciones durante el período de inscripción:	Inicio de la cobertura:
Período de inscripción abierta de Medigap* Un intervalo único de seis meses que empieza el primer mes en que personas de 65 años o más tienen una póliza de la parte B de Medicare	Personas con una póliza de la parte B de Medicare que necesitan asistencia para costos de bolsillo y están inscritas en Medicare Original	Inscribirse en cualquier póliza de Medigap	Comúnmente empieza en un plazo de un mes desde que una persona hace la solicitud.
Período especial de inscripción Depende de la situación	Personas que atraviesan ciertas circunstancias (por ejemplo, mudarse a otra dirección, recibir Medicaid, etcétera)	Una persona podría inscribirse en un plan de Medicare Advantage (con o sin cobertura de medicamentos) o en un plan de medicamentos de Medicare o cambiar de plan, dependiendo de las circunstancias.	Comúnmente empieza en un plazo de un mes desde que el plan recibió la solicitud, pero el tiempo podría variar en función de las circunstancias.

*La información se adaptó de Medicare.gov.

*Si bien personas pueden hacer la solicitud para inscribirse en Medigap después del período de inscripción abierta de Medigap, hacer la solicitud durante el período de inscripción abierta garantiza que los planes de salud no puedan tomar una decisión en función de información médica o de la salud, tal como enfermedades preexistentes. **Obtén más información.**

Las personas deberían asegurarse de que entienden claramente qué períodos de inscripción son relevantes para sus necesidades y cuándo deben inscribirse o solicitar un cambio del plan. Obtén información detallada adicional en la página **“Joining a Plan [Inscribirse en un plan]” de Medicare.gov.**

¿Cuándo puedo inscribirme en Medicare Original?

Varios escenarios diferentes:

El intervalo de tiempo que va desde 3 meses antes hasta 3 meses después del mes en el que cumpla 65 años.

- Ese es tu período de inscripción inicial (IEP, por sus siglas en inglés). Puedes escoger cualquier opción de cobertura de Medicare.

No me inscribí durante mi período de inscripción inicial (IEP).

- Puedes inscribirte en Medicare del 1 de enero al 31 de marzo (período general de inscripción).
- Puedes inscribirte en Medicare del 15 de octubre al 7 de diciembre (período de inscripción abierta).

Me inscribí en Medicare Original y necesito asistencia para los costos de bolsillo.

- Puedes inscribirte en Medigap en un plazo de 6 meses desde que te inscribiste en Medicare Original. Este es el período de inscripción abierta de Medigap.

Tengo un plan de Medicare y quiero cambiar mi cobertura.

- Puedes hacer cambios a tu plan del 15 de octubre al 7 de diciembre (período de inscripción abierta). Puedes:
 - Hacer un cambio de Medicare Original a Medicare Advantage
 - Hacer un cambio de Medicare Advantage a Medicare Original
 - Hacer un cambio a un plan nuevo de cobertura de medicamentos de Medicare
 - Hacer un cambio a otro plan de Medicare Advantage

Tengo un plan de Medicare Advantage y quiero cambiar mi cobertura.

- Puedes cambiar tu plan en un plazo de 3 meses desde que recibiste Medicare.
- Puedes cambiar tu plan durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage del 1 de enero al 31 de marzo.

Mis circunstancias cambiaron (por ejemplo, me mudé O perdí mi cobertura médica actual).

- Podrías ser elegible para un período especial de inscripción. Los tipos de cambios que puedes hacer y los plazos dependen de tu evento de vida. Obtén más información sobre qué eventos te hacen elegible para un **período especial de inscripción**.

Evaluación de las necesidades actuales de atención médica

Antes de que te inscribas en Medicare, es importante considerar tus necesidades médicas actuales así como cuáles podrían ser tus necesidades médicas en el futuro y cómo tus necesidades, prioridades y circunstancias, tales como tus ingresos, podrían cambiar con el tiempo. Hazte preguntas tales como qué aspectos de cobertura son más importantes para ti o qué elementos tales como cobertura catastrófica, proveedores de la red o atención preventiva valoras más.

Defensor de los beneficiarios de Medicare: Tu defensor en lo que se refiere a Medicare

El defensor de los beneficiarios de Medicare (MBO, por sus siglas en inglés) es un defensor de derechos de Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS), la agencia que administra los planes de Medicare y Medicaid. El congreso estableció ese cargo en 2003 para proporcionar apoyo a los beneficiarios de Medicare para que entiendan sus derechos y protecciones y para proporcionar asistencia en temas relacionados con quejas o problemas de la cobertura de Medicare.

Además de proporcionar asistencia para abordar las preocupaciones de afiliados de Medicare y de proporcionar herramientas y recursos educativos, el MBO tiene la responsabilidad de mejorar los servicios de Medicare. Entrega un informe anual al congreso y proporciona recomendaciones para mejorar la administración de Medicare.

Si tienes una consulta o queja relacionada con Medicare, los CMS recomiendan tomar los siguientes pasos:

1. **Llama a tu plan o a 1-800-MEDICARE.** Los CMS indican que los planes son la mejor opción para resolver asuntos relacionados con cada plan.
 - Si la consulta o queja está relacionada con un plan de la parte D de Medicare o de Medicare Advantage (parte C), comunícate con el plan llamando primero al número telefónico que se muestra en tu tarjeta de identificación del plan.
 - Si tu preocupación se asocia a Medicare Original o si tu plan no pudo solucionar tu preocupación, llama al 1-800-633-4227. Los usuarios de TT deberían llamar al 1-877-486-2048.
2. **Comunícate con el SHIP.** Los Programas estatales de asistencia de seguros médicos (SHIP, por sus siglas en inglés) proporcionan asesoría gratuita de seguros médicos locales a personas con Medicare en lo que se refiere a sus beneficios, cobertura, apelaciones y quejas. Encuentra tu **SHIP** local.
3. **Comunícate con el MBO.** Si no has podido resolver tu preocupación con la asistencia de tu plan o llamando a 1-800-Medicare, pide a un representante de 1-800-MEDICARE que envíe tu queja o consulta al MBO. El MBO te ayudará a garantizar que tu consulta se resuelva apropiadamente.

Obtén más información sobre el MBO.

Tener una lista de tus proveedores de atención médica, recetas médicas, así como de tus farmacias y hospitales preferidos actuales también podría ser útil para que te prepares para la transición a Medicare. Esta información puede ser especialmente útil cuando compares Medicare Original con Medicare Advantage para garantizar que proveedores actuales estén incluidos y cuándo revises formularios de planes de medicamentos para confirmar que el plan cubra medicamentos que necesitas y que sean asequibles.

Consejo: Prepárate para comparar planes

- Imprime una lista de tus **proveedores de atención médica actuales; medicamentos, incluyendo las dosis y frecuencia de uso actuales; y servicios que usas frecuentemente** cuando compares los planes de Medicare.
- Considera los beneficios que son más importantes para ti ahora y en el futuro

Costos

Planificar con anticipación preparando un presupuesto y comparando los costos de las opciones disponibles podría facilitar la transición a Medicare y podría ser útil para que personas escojan la cobertura que se adapta a sus necesidades médicas y situación financiera. Cuando prepares tu presupuesto, ten en cuenta que personas con mayores ingresos podrían tener mayores primas.

- **Parte A de Medicare:** La prima usualmente es \$0. Se conoce también como parte sin primas porque la persona o su cónyuge pagó impuestos de Medicare por al menos 10 años cuando trabajaba.
- **Parte B de Medicare:** Hay una prima mensual estándar, pero podría aumentar, dependiendo de los ingresos. Esto se conoce como **cantidad del ajuste mensual relacionado con los ingresos (IRMAA por sus siglas en inglés)**. Para 2025, la prima mensual estándar es \$185. La prima también puede cambiar cada año. **Obtén más información.**
- **Medicare Advantage, la parte D y Medigap:** Todos tienen sus propias **primas, copagos**, y detalles de cobertura.

Obtén más información en la página **“Costos” de Medicare.gov**.



El conocimiento es poder: Condiciones de la cobertura

Los planes de seguro infrecuentemente cubren el 100% de los costos médicos. Los pacientes a menudo deben pagar parte de su atención. Esto se conoce como “costos de bolsillo”. Los costos de bolsillo principales incluyen:

- **El deducible**, el monto preestablecido que pagas de costos de bolsillo por atención médica antes de que el seguro empiece a emitir pagos por tu atención
- **El coaseguro**, un monto (frecuentemente un porcentaje) que pagas por los servicios después de alcanzar el deducible
- **El copago**, una tarifa fija y preestablecida que pagas por servicios o recetas médicas cuando tienes una consulta o cuando compras un medicamento de una receta médica
- **La prima**, el monto mensual que pagas por cobertura de Medicare, especialmente para las partes B y D

Obtén más información sobre los **costos de Medicare en Medicare.gov**.



Resumen general del plan de pagos de recetas médicas de Medicare

El plan de pagos de recetas médicas de Medicare (MPPP, por sus siglas en inglés) es una opción de pago que permite a personas con un plan de la parte D de Medicare dividir los pagos de recetas médicas a lo largo del año calendario en vez de tener que pagar todo el monto cuando se reciben los medicamentos de la receta médica. Hay varias cosas importantes que debes saber acerca del MPPP:

- Es un programa voluntario
- No hay costo alguno para participar
- Las personas que desean tener acceso al MPPP deben inscribirse por separado
- Las personas deben tener un plan de medicamentos de venta con receta de la parte D de Medicare

Cuando se determina si el MPPP sería una buena opción, las per-

sonas deberían considerar sus costos de bolsillo totales estimados de recetas médicas a lo largo del año y en qué momento del año optarán por tener acceso al plan. Debería evaluarse la relación entre el costo y la eficacia del MPPP individualmente porque dicho plan solo beneficiará a ciertas personas. Por ejemplo, alguien que toma un medicamento caro para una condición crónica será más propenso a beneficiarse que alguien que toma varios medicamentos a corto plazo o medicamentos genéricos para un trastorno a largo plazo. Las personas deberían hablar con sus farmacéuticos o con los administradores del plan de la parte D para ver si este plan de pagos les beneficiaría.

Las personas que se inscriban no pagarán por los medicamentos de las recetas médicas en la farmacia y en vez de eso podrán pagarlos

mediante cuotas mensuales a lo largo del año.

Recursos adicionales relacionados con el MPPP:

Recursos de Medicare Access for Patients Rx (MAPRx):

- **Inscripción abierta anual de planes de medicamentos de venta con receta de Medicare de 2025**
- **Infografía de cambios de 2025 de la parte D de Medicare**
- **Guía de 2025 de la cobertura de medicamentos de venta con receta de la parte D de Medicare**
- **Qué es el plan de pagos de recetas médicas de Medicare | Medicare.gov**



Modelo de un cronograma de preparación para Medicare del año antes de cumplir 65 años

12 meses antes (64 años)	Aprende los elementos básicos de Medicare (partes A, B, C, D y Medigap) Identifica tu fecha de elegibilidad Verifica las reglas de tu jubilación o empleo actual Revisa tus necesidades médicas (proveedores de atención médica, recetas médicas y hospitales preferidos)
De 6 a 9 meses antes	Estima tus ingresos para determinar si pagarás una mayor prima para la parte B Evalúa los planes de Medicare Advantage y Medigap en el área en la que vives Revisa las opciones de cobertura de medicamentos (parte D) Compara Medicare Original versus Medicare Advantage Establece un presupuesto para primas, copagos y costos de bolsillo
De 3 a 6 meses antes	Confirma el estado del seguro de tu empleo o jubilación Recopila documentación importante (por ejemplo, tu número de seguro social, certificado de nacimiento, antecedentes laborales, antecedentes de servicio militar, etcétera) Habla con un asesor o agente certificado de Medicare. Los recursos incluyen: ● Centers for Medicare and Medicaid (CMS) ● Herramienta para encontrar asistencia local de HealthCare.gov ● Medicare ● Central de agentes de Medicare ● Centro de derechos de Medicare ● Programa estatal de asistencia de seguros médicos Reduce selectivamente tus opciones (las opciones podrían variar. Consulta las opciones de cobertura en Medicare.gov.)
3 meses antes (inicio del período de inscripción inicial)	Inscríbete en la opción de cobertura deseada y escoge tus planes específicos. Cancela o ajusta tu seguro actual, si fuese necesario Establece opciones de pagos de primas, tales como pagos recurrentes automáticos
1 mes antes	Asegúrate de que la tarjeta de Medicare y materiales del plan hayan llegado (si todavía esperas que llegue tu tarjeta, asegúrate que la Administración del seguro social tenga tu dirección correcta e ingresa a tu cuenta de Medicare.gov para revisar el estado de tu tarjeta o para solicitar una tarjeta temporal) Revisa las fechas de inicio de la cobertura Comunícate con proveedores de atención médica para confirmar si aceptarán tu plan nuevo Compra los medicamentos de cualquier receta necesaria antes del cambio de cobertura
El mes en que empieza la cobertura de Medicare	Usa tu Medicare y las tarjetas nuevas del plan para tus consultas Establece cuentas virtuales (portales de los proveedores de los planes y Medicare.gov) Monitorea los servicios y los costos de bolsillo

Cómo interactúan los seguros

Las personas inscritas en Medicare pueden tener más de un plan de seguro. Las personas inscritas en Medicare también pueden tener seguros médicos a través de:

- Su empleador
- El seguro médico privado de su cónyuge o pareja doméstica
- TRICARE (seguro de miembros activos y retirados de las fuerzas armadas y sus familias)
- COBRA (seguro médico temporal ofrecido por una compañía de seguros de un empleador bajo ciertas circunstancias, tales como pérdida de trabajo, reducción de horas laborales u otros eventos de vida)
- Medicaid (cuando personas son elegibles para Medicare y Medicaid, Medicare sirve como el proveedor principal de servicios médicos, mientras que Medicaid podría cubrir costos, total o parcialmente, no cubiertos completamente por Medicare, tales como ciertos medicamentos de venta con receta, primas y costos compartidos)

Los planes médicos interactúan en formas diferentes en función de los tipos de seguros que una persona tenga y sus circunstancias personales.

¿Qué pasa con mi seguro actual cuando tenga Medicare?

Uno de los aseguradores se convertirá en el “**pagador** primario” y pagará primero por los servicios y el otro se convertirá en el “pagador secundario”. El pagador primario pagará el monto máximo que pueda pagar en función de tu cobertura. Cualquier saldo restante lo pagará el pagador secundario (o el asegurado si el pagador secundario no cubre completa o parcialmente el servicio).

Visita el sitio web **Medicare.gov** para determinar cuál aseguradora se convertirá en el pagador primario y cuál en el pagador secundario.

Aquí encontrarás algunos ejemplos:

Ejemplo 1. Te presentamos a Sally. Sally tiene 65 años y trabaja para una organización sin fines de lucro pequeña que tiene menos de 20 empleados.

Sally tiene seguros privados a través de su empleador y de Medicare. Puesto que su empleador tiene menos de 20 empleados, Medicare es el pagador primario y su plan grupal es el pagador secundario. Sally deberá inscribirse en la parte B para evitar futuras penalidades de las primas.

La mejor amiga de Sally, Jen, también tiene 65 años y también tiene un seguro privado y Medicare. Sin embargo, Jen trabaja para una compañía mediana con 30 empleados. Puesto que su plan grupal tiene 20 o más empleados, este plan paga primero y Medicare paga segundo. Jen ahora deberá inscribirse en la parte B o D.

Ejemplo 2. Te presentamos a Alice. Alice es un miembro en servicio activo de las fuerzas armadas. Tiene el seguro de TRICARE y Medicare. En vista de que está en servicio activo, TRICARE pagará primero, incluyendo el pago de cualquier servicio cubierto por Medicare, cualquier servicio cubierto por TRICARE y que no sea cubierto por Medicare y los costos de deducibles y coaseguros. Sin embargo, para su colega Joe que tiene Medicare y TRICARE, pero no se encuentra en servicio activo, Medicare es el pagador primario.

Medicare y Medicaid: ¿Cuál es la diferencia?

Medicare y Medicaid son programas médicos gubernamentales, pero prestan beneficios a personas diferentes y tienen reglas distintas:

- **Medicare** es principalmente para personas de 65 años o más o para personas con ciertas discapacidades, independientemente de sus ingresos
- **Medicaid** es para personas de cualquier edad que tienen ingresos y recursos limitados

El gobierno federal administra Medicare, mientras que Medicaid es una colaboración estatal y federal, así que los beneficios varían para cada estado.



Elegibilidad doble

Para personas que son elegibles para Medicare y Medicaid (en función de varios factores, incluyendo el nivel de ingresos, la edad, el número de miembros familiares y si una persona está embarazada o tiene una discapacidad), los dos planes funcionarán en conjunto para cubrir los servicios de salud y los costos médicos. La elegibilidad doble ocurre cuando una persona es elegible para Medicare y Medicaid.

Aquí encontrarás información importante acerca de la elegibilidad doble:

- Medicare paga primero y Medicaid paga al último, después de Medicare y de cualquier otro seguro que una persona tenga. Medicare cubre la mayoría de costos médicos primarios y Medicaid podría brindar asistencia con los gastos remanentes.
- Medicaid podría cubrir servicios y medicamentos que Medicare no cubre. Esto podría incluir medicamentos de compra con receta adicionales.
- Beneficios adicionales, tales como la cobertura de deducibles y copagos, podrían variar para cada estado. Las personas deberían verificar con la oficina de Medicaid de su estado para saber más sobre qué tipo de cobertura adicional está disponible.
- La elegibilidad doble también aplica para planes grupales privados, pero los detalles específicos dependen de cada estado y plan. Las personas que tienen elegibilidad doble en planes grupales privados pueden inscribirse en **planes por necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP)**.

Nota relacionada con la elegibilidad doble: A medida que algunos estados hacen la transición a una atención administrada por Medicaid, las reglas relacionadas con la elegibilidad y las inscripciones podrían cambiar. Para encontrar la información de un estado específico, visita los sitios web de los **CMS** y de tu **SHIP** local.

Para determinar cómo funciona Medicare con un plan de seguro adicional y qué influencia tendrían las circunstancias únicas de una persona, las personas pueden comunicarse con Medicare llamando a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), o con la Administración del seguro social llamando al 1-800-772-1213 o con su **SHIP** local. **Visita el sitio web de los SHIP.**

¿Qué son los SNP?

Los planes de necesidades especiales son planes ofrecidos por compañías privadas para administrar beneficios. Los SNP cubren los mismos servicios que Medicare Original, pero al igual que los planes de Medicare Advantage, tienen costos, coberturas y reglas diferentes. Hay tres tipos de SNP:

- Los **SNP para afecciones crónicas (C-SNP)** son planes diseñados para personas con ciertos trastornos crónicos, tales como cáncer y demencia.
- Los **SNP institucionales (I-SNP)** son planes diseñados para personas que viven en instituciones, tales como centros tutelados.
- Los **planes por necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP)** son planes diseñados para personas que tienen Medicare y Medicaid y que podrían necesitar asistencia adicional por discapacidades, su edad o ciertos trastornos médicos. Son un tipo de plan de Medicare Advantage, ofrecidos por compañías de seguros privadas y diseñados para coordinar los beneficios de Medicare y Medicaid.

Los SNP podrían ofrecer beneficios adicionales a los proporcionados por Medicare Original. Sin embargo, hay requerimientos específicos de elegibilidad y frecuentemente tienen una red específica de proveedores de atención médica. Si alguien debe inscribirse en un SNP dependerá de sus circunstancias personales, incluyendo si esa persona tiene un trastorno elegible específico o si vive en instalaciones de atención a largo plazo y si se siente cómoda con tener una lista designada de proveedores de atención médica.

**Esta guía tiene el objetivo de servir como un recurso educativo e informativo y no se diseñó ni se sugiere que puede servir como un sustituto de orientación médica o profesional. La Society for Women's Health Research y HealthyWomen no emiten recomendaciones médicas, diagnósticas ni terapéuticas y no son autoridades en lo que se refiere a las políticas de Medicare. Las personas deberían confirmar la información incluida en esta guía independientemente y hablar con sus proveedores de atención médica y otros profesionales relevantes de confianza para determinar sus necesidades individuales. La Society for Women's Health Research y HealthyWomen no serán responsables de cualquier perjuicio directo, indirecto o de otro tipo que surja por su uso.*

Lista de verificación para conversaciones con doctores: Preparación para Medicare

Este formulario tiene preguntas de ejemplo que puedes usar en tu próxima consulta para determinar si tu equipo de atención y tu cobertura todavía funcionarán para ti una vez que tengas Medicare.

Confirma la participación en la red

Pregunta a tu proveedor de atención médica o al personal de la recepción:

- ¿Participa usted y su clínica en la red de Medicare?
- ¿Trabaja con Medicare Original (partes A y B)?
- ¿Trabaja con planes de Medicare Advantage? Si es así, ¿con cuáles?
- ¿Tendré que cambiar de proveedores si me inscribo en un plan de Medicare Advantage?

Comprende los cambios de costos y cobertura

Pregunta a la oficina de facturación de tu proveedor de atención médica:

- ¿Tendrá alguno de los servicios que uso actualmente (por ejemplo, laboratorios, fisioterapia, etcétera) otros costos con Medicare?
- ¿Necesitaré referencias a especialistas bajo ciertos planes de Medicare?
- ¿Hay algún servicio que uso ahora que ya no tendrá cobertura o que podría requerir una autorización previa?

Revisa los medicamentos y las recetas médicas

Pregunta a un asesor de tu SHIP o a un agente de Medicare:

- ¿Podemos revisar mis recetas médicas actuales para ver si normalmente tienen cobertura bajo la parte D de Medicare?
- ¿Tienen alguna farmacia preferida o alguna recomendación para un plan de la parte D que cubra mis medicamentos?



Consideraciones para cuidadores

Recuperarse de algún evento médico importante, tal como de un ataque cardíaco, fractura ósea o cirugía, es un proceso agotador desde el punto de vista físico y emocional. Durante este período de tiempo y posteriormente, los cuidadores juegan un papel vital en el proceso de recuperación de un paciente, proporcionando apoyo que permite a los pacientes sanar en una forma más confortable y segura. Los cuidadores podrían ayudar con responsabilidades que incluyen todo desde actividades cotidianas hasta el uso de los seguros médicos.



¿Sabías que se estima que el 66% de cuidadores son mujeres y el valor de atención informal que las mujeres proporcionan varía de 148 a 188 miles de millones de dólares anualmente?

¿Quién es un cuidador? Los CMS definen a un cuidador como “un familiar adulto u otra persona que tiene una relación significativa y que proporciona una amplia gama de asistencia a una persona con una discapacidad, limitación funcional o trastorno crónico o médico de otro tipo” y “un familiar, amigo o vecino que proporciona asistencia sin remuneración a una persona con una enfermedad crónica o trastorno debilitante”.

Convertirse en alguien que toma decisiones para un beneficiario de Medicare

En vista del papel crítico que los cuidadores juegan en lo que se refiere a las vidas de personas que necesitan asistencia, es importante tener conversaciones en forma temprana, antes de que surjan problemas urgentes, para garantizar que las preferencias del beneficiario se conozcan y que el cuidador entienda exactamente lo que debe hacer.

Si las responsabilidades del cuidado incluyen asistencia adicional a las actividades cotidianas, tales como mandados o ayudar a una persona a bañarse y a vestirse, el cuidador deberá recibir un permiso legal del beneficiario de Medicare para obtener acceso a su información médica personal y a la información de su plan de salud.



Consejo: Prepararse para lo inesperado

Las emergencias médicas siempre son estresantes. No estar preparada puede causar más estrés. Tener documentos médicos y legales esenciales, tales como voluntades anticipadas y la información de los seguros, listos puede ser útil para tener tranquilidad y garantizar que los cuidadores tengan toda la orientación que necesitan. Podría ser conveniente que los cuidadores preparen una carpeta con la siguiente información:

- Contactos en casos de emergencia (nombres, números telefónicos y afinidades)
- Medicamentos que se toman actualmente (nombres, dosis y frecuencias)
- Alergias
- Trastornos médicos y diagnósticos
- Una lista de implantes o dispositivos médicos (por ejemplo, marcapasos, bomba de insulina, etc.)
- Cirugías y hospitalizaciones, con sus fechas, si es posible
- Tarjetas de los seguros médicos
- Testamento vital (también podría conocerse como voluntad anticipada, voluntad anticipada de atención médica o voluntad médica)
- Poder notarial médico (también podría conocerse como poder legal para atención médica o poder notarial para atención médica)
- Órdenes de no reanimar (NR) o de no intubar (NI), si corresponde

Aquí es cuando se vuelve esencial planificar la atención con anticipación. Esto proporciona a los pacientes y a los cuidadores la oportunidad de hablar y de indicar sus deseos, valores, preferencias y creencias para decisiones futuras de la atención médica y para el final de sus vidas.

El primer paso es hacer que el beneficiario proporcione y firme la información requerida en el formulario de **autorización para divulgar información médica personal** de Medicare. Esto permite al cuidador tener acceso a información médica personal que podría requerirse para consultas de atención médica, para la administración de medicamentos o para proporcionar asistencia con la toma de decisiones. Esto es diferente a otros documentos, tales como un poder notarial de atención médica, que se requiere para tomar decisiones médicas en representación del beneficiario de Medicare.

Pueden prepararse voluntades anticipadas. Estos son documentos legales que se vuelven efectivos si una persona ya no puede tomar decisiones o comunicar sus deseos por sí misma.

Las voluntades anticipadas incluyen los dos documentos siguientes:

Los documentos de voluntades anticipadas	Descripción
Poder notarial médico (MPOA) También podría conocerse como: ● Poder legal para atención médica ● Poder notarial para atención médica <i>Estos documentos podrían ser temporales o permanentes (duraderos). Si el POA es permanente, el documento seguirá en efecto, incluso si la persona que lo otorgó (denominado el mandante) se vuelve incapacitada.</i>	Un documento legal mediante el cual alguien designa a una persona para que tome decisiones médicas en su representación si la persona que otorga el poder no puede hacerlo temporal o permanentemente. Dependiendo del estado en el que vivas, la persona que recibe la designación se denominará: ● apoderado de atención médica ● agente de atención médica ● representante de atención médica ● sustituto de atención médica
Testamento vital También podría conocerse como: ● Voluntad anticipada ● Voluntad anticipada de atención médica ● Voluntad médica	Un documento legal que señala qué tratamientos o tipos de atención son deseables o no y en qué situación aplica cada decisión. Esto frecuentemente es específico para tipos de atención tales como: ● RCP ● Respiradores ● Alimentación por sonda (hidratación y nutrición artificial) ● Diálisis ● Marcapasos y cardiodesfibriladores implantables ● Analgésicos También pueden designarse los deseos de donación de órganos, tejidos y del cuerpo en el testamento vital.



Además de las voluntades anticipadas, otros documentos que podrían ser útiles para planificar la atención con anticipación incluyen:

- **Poder notarial (POA):** Esto es más amplio que un poder notarial médico y le otorga a alguien la autoridad para actuar en representación de una persona en lo que se refiere a asuntos financieros y legales.
 - Poder notarial financiero (o fiduciario): Un poder notarial específico para tareas financieras, tales como el manejo de cuentas bancarias, el pago de cuentas, el manejo de inversiones, la presentación de impuestos y la ejecución de transacciones de bienes raíces.
- **Orden de no reanimar (NR):** También puede conocerse como instrucción de reanimación cardiopulmonar (RCP). Este documento instruye a un equipo médico que no proporcione RCP si el corazón o la respiración se detiene.

Cada estado tiene sus propios formularios y requerimientos para la preparación de estos formularios, tales como la necesidad de un notario o una firma de un testigo. Un abogado puede preparar estos formularios, pero no es necesario que la persona que los prepare sea un abogado.

Los formularios pueden encontrarse en el sitio web **Formularios de voluntad anticipada por estado de la AARP.**

Asistencia para los cuidadores

La parte B de Medicare cubre servicios de capacitación para cuidadores si el tratamiento del paciente requiere asistencia de cuidadores y si la capacitación será útil para alcanzar las metas médicas y terapéuticas que el paciente y su proveedor de atención médica identificaron. La capacitación podría incluir una sesión de capacitación individual o grupal con el proveedor médico e instrucciones relacionadas con la administración de los medicamentos, métodos para mover al paciente con seguridad y el cuidado de heridas. Obtén más información sobre **la asistencia para cuidadores.**

Recursos adicionales para cuidadores:

- **Caregiver Action Network**
- **Eldercare Locator**
- **National Alliance for Caregiving**
- **National Council on Aging**
- **Society for Women's Health Research**

Estafas relacionadas con Medicare

Las personas que se están inscribiendo en Medicare deberían saber que hay estafas relacionadas con Medicare diseñadas para tratar de engañar a los beneficiarios para que proporcionen su número de Medicare o de seguro social. Esas estafas podrían ser muy sofisticadas y a menudo parecen comunicaciones legítimas.

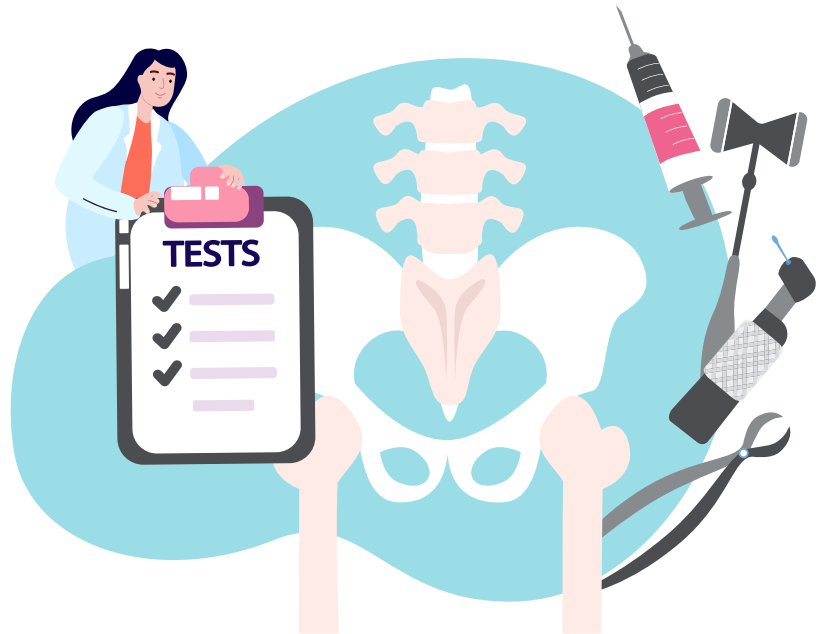
El National Council on Aging preparó una **guía** que es útil para que personas identifiquen a estafadores (tales como personas que prometen artículos o servicios gratuitos o que presionan a los beneficiarios para que cambien de planes de Medicare) y tiene consejos para evitar estafas:

1. No proporciones tu número de Medicare a personas que te contacten inesperadamente
2. No hagas clic en enlaces sospechosos
3. No tengas miedo de amenazas relacionadas con la cancelación de tus beneficios
4. No hables con nadie que trate de convencerte de que te inscribas en un plan específico de Medicare
5. Destruye tu tarjeta anterior de Medicare inmediatamente si recibes una nueva de Medicare
6. Mantén tu información médica cerca de ti y no la compartas con nadie aparte de los proveedores de atención médica o cuidadores en quienes confíes
7. No aceptes kits no autorizados de pruebas genéticas

Reporta estafas relacionadas con Medicare inmediatamente llamando a 1-800-MEDICARE (800-633-4227) o **envía un informe virtualmente** a la Comisión federal de comercio (FTC, por sus siglas en inglés).

Salud ósea de la mujer

En este capítulo, las lectoras obtendrán información acerca de la salud ósea a la edad en la que se usa Medicare, incluyendo sobre los factores de riesgo de osteoporosis que deben conocer y cómo mantener un estilo de vida saludable en lo que se refiere a los huesos, así como qué beneficios y servicios de Medicare están disponibles para que mujeres fomenten su salud ósea en edades avanzadas.



¿Por qué deberían las mujeres enfocarse en su salud ósea?

La salud ósea es importante a lo largo de la vida y se vuelve incluso más importante a medida que la gente envejece, especialmente para las mujeres. Las mujeres que tienen 60 años o más tienen un riesgo significativamente mayor de osteoporosis, la forma más común de trastornos óseos y de fracturas causadas por pérdidas óseas después de la menopausia.

De hecho, aproximadamente el **80% de los 10 millones de estadounidenses con osteoporosis son mujeres** y **1 de cada 2 mujeres** experimentará una fractura relacionada con osteoporosis durante sus vidas. Estas fracturas pueden causar complicaciones, incluyendo la pérdida de movilidad y de independencia, lo cual puede afectar la calidad de vida.

Es muy común que las personas no piensen en su salud ósea hasta que experimentan una fractura. Pero la salud ósea debería ser una prioridad. Considera estas estadísticas que la **Bone Health and Osteoporosis Foundation (BHOFF)** proporcionó en 2024:

- 1.8 millones de personas que tienen Medicare, 7 de cada 10 de ellas mujeres, experimentan aproximadamente 2.1 millones de fracturas osteoporóticas cada año
- Casi 1 de cada 5 personas que tienen Medicare murieron de complicaciones en un plazo de 12

meses después de una fractura osteoporótica y más de 6 de cada 10 de ellas fueron mujeres

- 3 de cada 10 estadounidenses que tienen una fractura de cadera mueren en un plazo de un año

Las mujeres que tienen el mayor riesgo de fracturas y de trastornos óseos tienen más posibilidades de ser elegibles o de estar inscritas en Medicare. Consecuentemente, el acceso a oportunidades de examinación por parte de proveedores de atención médica (HCP, por sus siglas en inglés) y a tratamientos asequibles es crítico durante esta época.

Términos clave de la salud ósea



- **Densidad ósea:** el monto de minerales (principalmente calcio y fósforo) en un área específica del hueso que contribuye con la resistencia ósea
- **Fractura:** una fisura o rotura de un hueso
- **Osteoporosis:** un trastorno médico en el cual los huesos, especialmente de la cadera, de la columna vertebral y de las muñecas, pierden densidad y grosor, volviéndose débiles y más propensos a fracturas
- **Osteopenia:** una reducción moderada de la densidad ósea que no es tan grave como la osteoporosis, pero que también incrementa el riesgo de fracturas

La salud ósea a la edad en que se usa Medicare: Lo que debes saber

Factores de riesgo

La edad y el sexo biológico son los mayores factores de riesgo de osteoporosis y de fracturas. El riesgo para las mujeres es mayor debido a factores tales como tener una menor masa ósea máxima, una mayor esperanza de vida que los hombres y niveles cada vez menores de estrógeno (una hormona importante para la densidad ósea) durante y después de la menopausia. Otros factores de riesgo son:

- Menor índice de masa corporal (IMC)
- Una fractura previa
- Mala nutrición (por ejemplo, insuficiente consumo de calcio o de frutas y vegetales o demasiado consumo de proteínas, sodio y cafeína)
- Déficit de vitamina D
- Falta de actividad física
- Fumar
- Consumo de alcohol (más de 2 a 3 bebidas al día)
- Tener un trastorno alimentario
- Ciertos medicamentos (por ejemplo, corticoesteroides) y ciertos tratamientos (por ejemplo, quimioterapia)
- Ciertas enfermedades (por ejemplo, mieloma múltiple, diabetes y trastornos autoinmunitarios tales como artritis reumatoide y la enfermedad de Crohn)
- Antecedentes familiares de osteoporosis

Al conocer los factores de riesgo de fracturas y osteoporosis, las mujeres pueden tomar pasos, en forma temprana, para prevenir fracturas y fracturas secundarias, mantener la movilidad y proteger su independencia a largo plazo a medida que envejecen.



Consejos para tener huesos fuertes

La prevención es la herramienta más importante para salvaguardar, mejorar y mantener la salud ósea.

Para mantener huesos fuertes, enfócate en recibir suficiente calcio y vitamina D en tu dieta, en hacer ejercicios soportando cargas y para fortalecer los músculos, en tener exámenes de la densidad ósea en forma regular y en tomar medidas para reducir el riesgo de caídas. Un estilo de vida saludable para los huesos puede ser útil para reducir el riesgo de fracturas.

- **La nutrición:** Trata de consumir 1200 mg de calcio y de 800 a 1000 UI de vitamina D al día*
- **Ejercicio:** Haz ejercicios en los que tengas que soportar carga sobre tus pies tales como caminar, bailar y subir escaleras o ejercicios para fortalecer los músculos tales como sentadillas y yoga para desarrollar y proteger la resistencia ósea
- **Prevención de caídas:** Piensa en cambios que puedes hacer a tus hábitos cotidianos y en tu hogar que podrían reducir tu riesgo de lesiones:
 - Reduce el desorden en tu hogar
 - Asegura o fija con cinta adhesiva alfombras o cables eléctricos que estén sueltos
 - Asegúrate de que todos los cuartos estén bien iluminados
 - Instala pasamanos en las escaleras o alfombrillas antideslizantes en la tina de baño
 - Usa medias o zapatos antideslizantes y de tacones bajos
 - Usa dispositivos de apoyo para la movilidad, tales como bastones o andadores, si fuese necesario
 - Verifica si tus medicamentos pueden causar mareos
 - Haz que examinen tu audición y tu vista en forma regular
 - Trabaja con tu proveedor de atención médica para controlar cualquier trastorno que pueda afectar tu capacidad para caminar o tu equilibrio

**Estas recomendaciones no tienen el objetivo de servir como un sustituto de asesoría médica o profesional. Las personas deberían confirmar la información y hablar con su proveedor de atención médica para determinar sus necesidades individuales.*

Asumir el control: Mi monitor de hábitos de la salud ósea



Independientemente de la etapa de vida en que te encuentres, puedes tomar pasos ahora para promover y mantener tu salud ósea. Este monitor diario de hábitos de la salud ósea podría ser útil para garantizar que tomes pasos todas las semanas para cuidar tus huesos y para tener un estilo de vida saludable para tus huesos.

- ☒ Comí alimentos ricos en calcio (por ejemplo, lácteos, verduras de hojas verdes, frijoles, lentejas, semillas y almendras)
- ☒ Recibí vitamina D (por ejemplo, exposición al sol, pescado azul, alimentos enriquecidos o suplementos, si fuese necesario)
- ☒ Restringí el exceso de sal
- ☒ Restringí las gaseosas y el alcohol
- ☒ No fumé
- ☒ Hice ejercicios soportando carga y de fortalecimiento muscular (por ejemplo, caminatas rápidas, baile, subir escaleras)
- ☒ Tuve sueño de buena calidad
- ☒ Me aseguré de que no haya desorden en el espacio en el que vivo para evitar tropezones y caídas

Proveedores de atención médica

Varios tipos de proveedores de atención médica pueden diagnosticar y tratar trastornos que afectan los huesos o ayudar a controlar la salud ósea. Ellos incluyen a proveedores médicos de cabecera, reumatólogos, endocrinólogos y traumatólogos.

La cobertura para consultas con especialistas, tales como con un reumatólogo, podría depender de si el especialista participa en Medicare. En vista del impacto de la osteoporosis en la salud de la mujer, es crítico identificar la cobertura y confirmar las redes de atención antes de la inscripción.

Un recordatorio: Selección de doctores y hospitales

Medicare Original	Medicare Advantage
Puedes tener consultas con cualquier doctor u hospital en Estados Unidos que acepte Medicare.	En muchos casos, solo podrás tener consultas con doctores de la red del plan.
En la mayoría de casos, no se necesitan referencias para tener consultas con un especialista.	Podría requerirse una referencia para tener consultas con un especialista.

**La información se adaptó de Medicare.gov.*

Cobertura de Medicare de la salud ósea

Medicare proporciona los siguientes tipos de cobertura que pueden ser útiles para promover la salud ósea a medida que envejeces:

- **Servicios preventivos:** La parte B de Medicare cubre muchos servicios preventivos, incluyendo evaluaciones de riesgos de la salud y exámenes médicos. Esto incluye:
 - **La consulta de “bienvenida a Medicare”:** una sola consulta inicial que ocurre en un plazo de 12 meses desde la inscripción en la parte B de Medicare B
 - **La consulta anual de bienestar:** disponible cada 12 meses después del primer año en la parte B de Medicare
- **Nota:** Medicare no cubre exámenes físicos de rutina. **Obtén más información sobre las consultas anuales de bienestar.**
- **Exámenes preventivos:** Medicare cubre exámenes gratuitos preventivos relacionados con la salud ósea. Esto incluye:
 - **Prueba de la densidad ósea:** La parte B de Medicare cubre una prueba de radioabsorciometría de doble energía (conocida como prueba DEXA) para evaluar la densidad ósea e identificar personas que tienen riesgo de fracturas de los huesos. La cobertura permite pruebas DEXA para mujeres una vez cada 24 meses (o más si fuese necesario) para las siguientes situaciones:

- Deficiencia de estrógeno y riesgo de osteoporosis
- Posible osteoporosis, osteopenia o fracturas vertebrales detectadas mediante rayos X
- Tomar ciertos medicamentos que aumentan el riesgo, tales como esteroides
- Un diagnóstico de hiperparatiroidismo primario
- Seguimiento para ver si la farmacoterapia para osteoporosis está funcionando

Nota: Las exámenes preventivos tienen cobertura en función de ciertas condiciones, tales como varios factores de riesgo. Al igual que para la mayoría de exámenes médicos, las mediciones de la masa ósea están completamente cubiertas si el proveedor de atención médica **acepta la asignación** (es decir, el proveedor de atención médica acepta Medicare y está de acuerdo con el pago aprobado por Medicare para el servicio). Encuentra **una lista completa de servicios preventivos y de examen cubiertos por la parte B de Medicare.**

Cobertura de medicamentos: La parte D de Medicare será útil para pagar medicamentos no inyectables de venta con receta al por menor. Las partes A y B de Medicare serán útiles para pagar por medicamentos contra la osteoporosis en inyecciones e infusiones administradas por hospitales y proveedores de atención médica y para pagar por consultas de enfermeras a domicilio para la administración de tratamientos mediante inyecciones e infusiones si se satisfacen ciertos **requerimientos de elegibilidad**. Una vez que se alcance el deducible del plan de la parte B, la mayoría de personas pagarán hasta el 20% del monto que apruebe Medicare por medicamentos cubiertos bajo la parte B de Medicare. El monto del coaseguro puede cambiar en función del precio del medicamento. **Obtén más información sobre la cobertura de medicamentos.**

- **Asistencia para el estilo de vida:** La parte B de Medicare ofrece varios recursos relacionados con el estilo de vida y la nutrición que podrían ser beneficiosos para fomentar la salud ósea:
 - **Fisioterapia** para fortalecer los huesos y mejorar la movilidad de personas elegibles. Las personas **pagan el 20%** del monto que apruebe Medicare después de que se alcance el deducible del plan de la parte B. Ciertos planes de Medigap cubrirán el pago del 20%, así que personas con esos planes deberían revisar su **explicación de beneficios** para ver si el servicio tendrá cobertura.
 - **Orientación nutricional y servicios médicos de terapia nutricional** para personas con osteoporosis que también tienen diabetes o enfermedades renales. Las personas con estos trastornos no pagan nada por estos servicios.

Obtén más información sobre los servicios médicos de terapia nutricional.

- **Equipo médico duradero**, cuando lo prescribe un proveedor de atención médica y se considera necesario desde el punto de vista médico. La cobertura de cierto equipo médico, tal como andadores y bastones, podría basarse en necesidades funcionales, tales como dificultad para moverse en el hogar. Una evaluación de movilidad presencial podría requerirse para determinar si un dispositivo como un vehículo de movilidad reducida es

necesario desde el punto de vista médico. *Es posible que el equipo aprobado cueste el 20% del monto que apruebe Medicare después de que se alcance el deducible del plan de la parte B.* **Obtén más información sobre la cobertura de equipo médico duradero.**

- Ciertos planes de Medicare Advantage podrían cubrir **equipos específicos de seguridad en el hogar** o modificaciones estructurales para personas con trastornos crónicos.

La prueba DEXA decodificada

Las pruebas de radioabsorciometría de doble energía, conocidas como pruebas DEXA, evalúan la densidad ósea e identifican a personas que tienen riesgo de fracturas óseas. Estas pruebas se consideran el método de referencia para evaluar la densidad mineral ósea (DMO). Y son herramientas importantes útiles para detectar osteoporosis, osteopenia y riesgo de fracturas en forma temprana.

Cobertura de Medicare de pruebas DEXA

En la mayoría de casos, la parte B de Medicare cubre pruebas de la densidad ósea, tales como las pruebas DEXA una vez cada dos años si se cumple una o más de las siguientes condiciones:

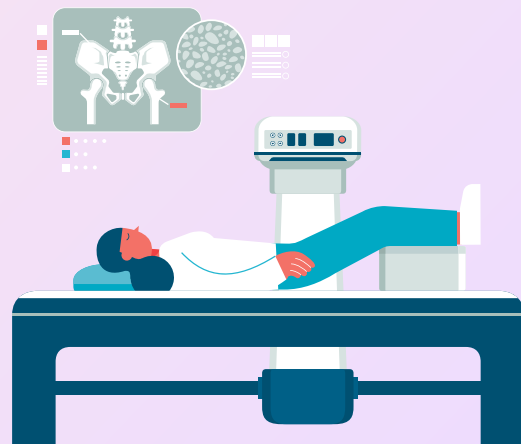
- Eres una mujer que recibió un diagnóstico de deficiencia de estrógeno de un doctor y tienes riesgo de osteoporosis.
- Tus rayos equis muestran una posible osteoporosis, osteopenia o fracturas vertebrales.
- Tomas prednisona o fármacos de tipo esteroide o planeas empezar con ese tratamiento.
- Te diagnosticaron hiperparatiroidismo primario.
- Te están monitoreando para ver si la farmacoterapia para osteoporosis está funcionando.

Podrías ser elegible para pruebas DEXA más frecuentemente si se consideran necesarias desde el punto de vista médico.

*Fuente: **Evaluaciones de la masa ósea, CMS.gov**

Asume el control de tu salud ósea

Habla con tu proveedor de atención médica acerca de tus factores de riesgo de osteoporosis (por ejemplo, antecedentes familiares, baja masa corporal, antecedentes de fracturas, uso de medicamentos tales como corticoesteroides) para determinar cuándo deberías someterte a tu primera prueba DEXA y con qué frecuencia deberías someterte a ellas. Tu consulta anual de bienestar es el momento ideal para desarrollar un plan.



Preguntas de la salud ósea que deberías hacer durante las consultas de bienestar de Medicare

Estas preguntas pueden personalizarse para circunstancias individuales, antecedentes médicos y el conocimiento de un riesgo personal de fracturas. También puedes descargar esta lista de verificación de preguntas del sitio web de la Bone Health and Osteoporosis Foundation.

- ¿Tengo riesgo de osteoporosis o de otro trastorno óseo?
- ¿Muestro señales de pérdida ósea?
- ¿Cuándo necesitaré una prueba de densidad ósea (prueba DEXA)?
- ¿Necesito una prueba DEXA más frecuentemente que cada dos años?
- ¿De qué otra forma puedo reducir mi riesgo de osteoporosis y de fracturas?
- ¿Necesito una referencia o cumplir con criterios específicos para ser elegible para tener cobertura?
- ¿Debería tomar suplementos de calcio o de vitamina D?
- ¿Hay algún medicamento que esté tomando que incremente el riesgo de fracturas?
- ¿Debería tomar algún medicamento de venta con receta para prevenir o tratar la pérdida ósea?
- ¿Qué cambios a mi dieta o a mi régimen de ejercicio fomentarían de mejor forma mi salud ósea?
- ¿Hay ejercicios en los que tenga que soportar carga o actividades de equilibrio que me pueda recomendar?
- ¿Podríamos evaluar mi riesgo de caídas?
- ¿Cubre mi plan de Medicare los medicamentos o servicios que está recomendando?
- ¿Tengo algún problema de salud (tal como trastornos crónicos, antecedentes de enfermedades) que podría incrementar mi riesgo de pérdida ósea o de fracturas?

Recurso adicional

Preguntas que deberías hacer a tu proveedor de atención médica sobre la osteoporosis, HealthyWomen

Reglas del plan de medicamentos

La parte D de Medicare es útil para cubrir el costo de medicamentos de venta con receta, incluyendo fármacos de marca y genéricos. Las personas que optan por Medicare Original deben estar inscritas en la parte A o B de Medicare para poder inscribirse en un plan de la parte D de Medicare. La mayoría de planes de Medicare Advantage incluyen la cobertura de la parte D. Con la mayoría de planes de Medicare Advantage, las personas no pueden inscribirse en otro plan de medicamentos de Medicare.

Al igual que para las compañías de seguros privadas, los planes de medicamentos de Medicare tienen reglas para la cobertura de ciertos medicamentos y sobre cómo se cubren. Los medicamentos podrían evaluarse tomando en cuenta la necesidad e idoneidad médica y la eficacia de su uso. Estas reglas incluyen:

- **Autorización previa:** Un proceso que requiere la evaluación y aprobación de un medicamento específico antes de que el seguro lo cubra en función de criterios específicos
- **Terapia por pasos:** Una política que requiere que un paciente pruebe un tratamiento de menor costo que “no funcione” antes de que el tratamiento que un proveedor de atención médica recetó o recomendó originalmente pueda tener cobertura
- **Límites de cantidad:** Restricciones relacionadas con el monto de medicamentos que pueden cubrirse durante cierto período de tiempo por razones de costos y seguridad

Las personas deberían verificar con su plan específico para aprender las reglas de su cobertura y determinar si se considera que la farmacia que usan pertenece o no a la red. **Obtén más información sobre la cobertura de medicamentos de Medicare.**

Nota: Cuando empieza la cobertura de medicamentos de Medicare, un **beneficiario** podría recibir un solo suministro de 30 días del medicamento que esté tomando, incluso si el medicamento no está cubierto por su plan nuevo o si requiere una autorización previa o terapia por pasos, para respaldar la transición a su nuevo plan.



¡Hallazgo destacado!

Herramienta para encontrar planes de medicamentos de venta con receta de Medicare

Recursos de Medicare.gov de atención institucional y a largo plazo

- **Atención médica en el hogar**
- **Hospitalizaciones**
- **Centro de rehabilitación para pacientes internados**
- **Atención a largo plazo**
- **Medicare y la atención médica en el hogar**
- **Residencias de adultos mayores con enfermeras de plantilla**
- **Servicios ambulatorios**
- **Recursos e información para pacientes y cuidadores**



La salud ósea y Medicare: ¿Qué pasa si...?

LA COBERTURA Y LOS MEDICAMENTOS

P: ¿Qué pasa si no puedo pagar mi medicamento para osteoporosis?

R: Si no puedes pagar tu medicamento mediante un plan de la parte D, podrías ser elegible para el programa de asistencia adicional, que es útil para cubrir el costo de deducibles y copagos.

Obtén más información sobre el programa de asistencia adicional. También podría ser útil para reducir los costos de bolsillo, usar una versión genérica del medicamento o aplicar para un **programa de asistencia farmacéutica**, si hay uno disponible. **Obtén más información sobre programas de asistencia farmacéutica.**

P: ¿Qué pasa si mi medicamento para osteoporosis no tiene cobertura de mi plan de medicamentos de Medicare o si deja de tenerla?

R: Los **formularios** de los planes de medicamentos de la parte D pueden cambiar anualmente. Puedes preguntar a tu proveedor de atención médica si hay un medicamento alternativo que esté cubierto por tu plan, puedes solicitar una excepción del formulario o cambiar de planes durante el período de inscripción abierta (del 15 de octubre al 7 de diciembre).

P: ¿Qué pasa si mi farmacia ya no ofrece el medicamento que me recetaron?

R: Busca una farmacia que tenga tu medicamento comunicándote con las farmacias de tu área directamente o comunicándote con tu aseguradora para que te ayude a encontrar una. Podrían haber opciones de pedidos por correo u otros medicamentos equivalentes. Habla sobre estas opciones con tu proveedor de atención médica. Personas con bajos ingresos inscritos en programas de asistencia adicional pueden cambiar sus planes de cobertura de medicamentos a lo largo del año.

P: ¿También tienen cobertura bajo Medicare Advantage los servicios que obtendría bajo Medicare Original?

R: Los planes de Medicare Advantage deben cubrir todos los servicios necesarios desde el punto de vista médico que están cubiertos bajo Medicare Original. Sin embargo, los planes usarán sus propios criterios de cobertura para determinar

las necesidades médicas para ciertos servicios y podrían ofrecer otros beneficios que no están cubiertos bajo Medicare Original.

PROVEEDORES

P: ¿Qué pasa si mi especialista no es parte de la red de mi plan de Medicare Advantage?

R: Podrías necesitar una referencia o tener mayores costos para tener consultas con un proveedor que no pertenece a la red. Durante el período de inscripción abierta (del 15 de octubre al 7 de diciembre), puedes analizar la opción de hacer un cambio a un plan que incluya a tus proveedores de atención médica actuales.

ATENCIÓN PREVENTIVA

P: ¿Cubre Medicare programas nutricionales o de ejercicio para fortalecer los huesos?

R: Medicare Original no cubre membresías de gimnasios ni programas de ejercicio, pero la parte B de Medicare cubre servicios terapéuticos de nutrición médica si cumples con ciertas condiciones y si un proveedor de atención médica te refiere a ese servicio. Clases de ejercicio y membresías a gimnasios podrían ser parte de las opciones de cobertura bajo planes de Medicare Advantage o de Medigap. Habla con tu plan acerca de los beneficios relacionados con el bienestar.



Atención institucional y a largo plazo para la salud ósea: ¿Cuentas con cobertura o no?

Las fracturas pueden acarrear dificultades, incluyendo dolor, reducción de la movilidad y la independencia y un mayor riesgo de fracturas en el futuro. Según la Bone Health and Osteoporosis Foundation, 42,000 pacientes se mudan a residencias de adultos mayores con enfermeras de plantilla en un plazo de tres años después de tener una fractura de cadera. Por este motivo, es importante familiarizarse con las cláusulas de cobertura de Medicare relacionadas con los centros de atención o con cuidado a largo plazo.

Tipo: Atención médica en el hogar

Descripción: Servicios que pueden proporcionarse en el hogar para una enfermedad o lesión

¿Están cubiertos? Tal vez. Las **partes A y B de Medicare** cubren servicios médicos elegibles en el hogar si se cumplen ciertas condiciones, tales como cuando una persona está confinada en su hogar y requiere servicios especializados. Servicios no especializados tales como asistencia con el cuidado y las necesidades cotidianas no tienen cobertura. Los **planes de Medicare Advantage** cubren atención médica en el hogar, pero la cobertura podría ser diferente bajo Medicare Original.

Tipo: Hospitalizaciones

Descripción: Atención médica proporcionada en un hospital que implica que el paciente pase una noche o más en el hospital.

¿Están cubiertos? Sí. La **parte A de Medicare** comúnmente cubre hospitalizaciones si: 1) la persona es hospitalizada por una orden de un proveedor de atención médica y 2) el hospital acepta Medicare. En 2025, las personas pagan \$0 desde el día 1 al día 60 (después de alcanzar el deducible de la parte A) y \$419 al día desde el día 61 hasta el día 90. La información acerca de hospitalizaciones más largas puede encontrarse en [Medicare.gov](https://www.medicare.gov). La **parte B de Medicare** comúnmente paga por los servicios de los proveedores de atención médica en el hospital. Usualmente paga el 80% del monto que Medicare aprobó para esos servicios.

Tipo: Centro de rehabilitación para pacientes internados

Descripción: Programas de rehabilitación en hospitales de rehabilitación o en unidades de rehabilitación de hospitales para enfermedades agudas

¿Están cubiertos? Sí. La **parte A de Medicare** cubre atención necesaria desde el punto de vista médico que se reciba en centros de rehabilitación para pacientes internados si un proveedor de atención médica certifica los cuidados. En 2025, las personas pagan \$0 desde el día 1 al

día 60 (después de alcanzar el deducible de la parte A) y \$419 al día desde el día 61 hasta el día 90. La información sobre la cobertura de hospitalizaciones más largas puede encontrarse en [Medicare.gov](https://www.medicare.gov). La **parte B de Medicare** cubre los servicios de proveedores médicos durante la hospitalización. Los planes de **Medicare Advantage** podrían tener diferentes beneficios de rehabilitación y criterios de aprobación, por lo que las personas deberían revisar esta información cuando seleccionen un plan de Medicare.

Tipo: Atención a largo plazo

Descripción: Una gama de servicios de asistencia que son útiles para que las personas vivan en forma segura e independiente

¿Están cubiertos? No. Los planes de Medicare Original, Medicare Advantage y Medigap generalmente no cubren atención a largo plazo. Medicare Advantage podría cubrir algunos beneficios de atención médica suplementaria, tales como servicios de entrega de comida. Si tienes elegibilidad doble, podrías obtener cobertura de atención a largo plazo a través de Medicaid. **Obtén más información acerca de opciones para recursos de atención a largo plazo.**

Tipo: Residencias de adultos mayores con enfermeras de plantilla

Descripción: Residencias que proporcionan atención médica a tiempo completo y a largo plazo

¿Están cubiertos? Tal vez. Medicare Original podría cubrir atención especializada en residencias de adultos mayores o atención médica en el hogar si el beneficiario cumple con ciertas condiciones y requiere atención especializada a corto plazo para una enfermedad o lesión. Estas condiciones incluyen:

- **Hospitalización elegible:** La persona debe haber estado hospitalizada durante al menos tres días consecutivos. Ciertas instalaciones de enfermería especializada también podrían omitir el requerimiento de los tres días con la

exención de la regla de tres días de centros de enfermería especializada. Los pacientes deberían preguntar a su trabajador social o al **asesor de pacientes** si su plan cubrirá la hospitalización.

- **Hospitalización en un centro de enfermería especializada (SNF):** El paciente debe ingresar al SNF en un plazo específico (generalmente 30 días) desde la salida del hospital.
- **Atención especializada necesaria desde el punto de vista médico:** Un proveedor de atención médica debe certificar que el paciente necesita atención especializada todos los días.
- **Centro certificado por Medicare:** El SNF debe ser certificado por Medicare.

Si las condiciones que se indicaron anteriormente se cumplen, la parte A de Medicare cubrirá beneficios que incluyen un cuarto semiprivado, atención de enfermería especializada, medicamentos, suministros y equipos médicos y más. **Obtén más información sobre atención en centros de enfermería especializada.**

Tipo: Servicios ambulatorios

Descripción: Procedimientos de tratamientos que podrían realizarse en un hospital pero que no requieren hospitalización (por ejemplo, pruebas de laboratorio facturadas por el hospital, servicios preventivos y de examinación, rayos X y otros servicios radiológicos facturados por el hospital)

? **¿Están cubiertos?** Tal vez. La parte B de Medicare cubre varios servicios diagnósticos y terapéuticos

Tranquilidad: Prepararse financieramente para atención a largo plazo

La Administración para la vida comunitaria dice que las personas que cumplen 65 años hoy tienen casi el **70% de probabilidad** de necesitar asistencia y servicios de atención a largo plazo en años posteriores. En general, Medicare no ofrece cobertura para este tipo de atención.

Si bien no puedes predecir tus necesidades médicas futuras, podrías planificar con anticipación para que entiendas los costos potenciales y así habrás planificado un poco tus finanzas si llegas a necesitar estos servicios.

Aquí encontrarás algunos recursos que podrían ser útiles en tu proceso de planificación financiera:

- **Cómo prepararse para costos de atención a largo plazo** – Merrill
- **Planificación para la jubilación: Prepararse para atención a largo plazo** – Vanguard
- **Cómo planificar para costos de atención a largo plazo** – Ameriprise Financial

que se realizan en hospitales que aceptan Medicare. Los beneficiarios usualmente pagan el 20% del monto aprobado por Medicare por los servicios y un copago para cada servicio recibido en un entorno ambulatorio, a menos que sea un servicio preventivo que no tenga copago.

Recursos y asistencia para la salud ósea

Bone Health and Osteoporosis Foundation

(BHOFF): Proporciona educación relacionada con la prevención y el tratamiento de la osteoporosis y de la salud ósea

HealthyWomen: Proporciona educación de la salud ósea y de la osteoporosis para mujeres en las varias etapas de sus vidas

Centros locales para adultos mayores y

departamentos de la salud: Podrían proporcionar programas de ejercicio, talleres de prevención de caídas y examinaciones de la salud ósea

Medicaid.gov: Proporciona servicios esenciales para fomentar la salud ósea, particularmente para personas con bajos ingresos

Medicare.gov: Ofrece información detallada de las opciones de cobertura para examinaciones y tratamientos de la osteoporosis

Society for Women's Health Research: Ofrece recursos relacionados con trastornos, enfermedades y las etapas de la vida que afectan a las mujeres en una forma única, diferente o desproporcionada, incluyendo en lo que se refiere a la salud cardíaca, para las pacientes, sus familias, trabajadores clínicos y legisladores

Programas estatales de asistencia de seguros

médicos: Proporcionan asesoría gratuita útil para el uso de los beneficios de Medicare

Salud cardíaca de la mujer

En este capítulo, las lectoras obtendrán información acerca de la salud cardíaca a la edad en la que se usa Medicare, incluyendo cómo mantener un estilo de vida saludable en lo que se refiere al corazón, cuáles son los factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares que las mujeres deberían monitorear, así como qué beneficios y servicios de Medicare están disponibles para que las mujeres fomenten su salud cardíaca en edades avanzadas.

Por qué les debería importar la salud cardíaca a las mujeres

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la causa principal de muertes de mujeres en Estados Unidos, causando más muertes cada año que todos los tipos de cáncer combinados. Cuando las mujeres cumplen 60 años, el riesgo aumenta significativamente. Según la **American Heart Association**, el 76.3% de mujeres de entre 60 y 79 años tienen algún tipo de ECV y esa cifra aumenta al 85.1% para mujeres de 80 años o más.

Las mujeres también tienen **un 20% más de probabilidades** de desarrollar insuficiencia cardíaca o de morir en un plazo de cinco años desde su primer ataque cardíaco grave en comparación con los hombres.

A pesar de su prevalencia y de los efectos graves, todavía se piensa que la ECV es una enfermedad de los hombres y se ignora frecuentemente en conversaciones de la salud de la mujer. Las conversaciones con proveedores de atención médica (HCP, por sus siglas en inglés), la educación acerca de la ECV y el acceso a exámenes y tratamientos son especialmente importantes para las mujeres. Esto se vuelve aún más importante después de la menopausia porque los cambios hormonales juegan un papel importante en el aumento del riesgo de ECV.



Términos clave de la salud cardíaca

Enfermedades cardiovasculares (ECV): varias condiciones que afectan el corazón o los vasos sanguíneos; incluyen enfermedades cardíacas, accidentes cardiovasculares, insuficiencia cardíaca y presión arterial alta

Cardiopatía coronaria: un tipo de enfermedad cardíaca que afecta los vasos sanguíneos y causa una reducción de flujo sanguíneo al corazón

Enfermedad cardíaca: un tipo de enfermedad cardiovascular relacionado específicamente con la estructura y la función cardíaca

Ataque cardíaco: una obstrucción del flujo sanguíneo al músculo cardíaco, lo cual causa daños en el corazón

Hipercolesterolemia (colesterol alto): un trastorno en el cual personas tienen niveles altos de lipoproteínas de baja densidad (o colesterol “malo”) en la sangre, lo cual incrementa el riesgo de un ataque cardíaco o accidente cardiovascular

Accidente cardiovascular: una pérdida de flujo sanguíneo al cerebro que ocurre cuando un vaso sanguíneo que transporta oxígeno y nutrientes al cerebro se obstruye por un coágulo o una ruptura

Hipertensión: un trastorno crónico que ocurre cuando la presión arterial es demasiado alta en forma constante, lo cual podría causar un ataque cardíaco o un accidente cardiovascular

Insuficiencia cardíaca: un trastorno que ocurre cuando el corazón no bombea sangre adecuadamente

La salud cardíaca a la edad en que se usa Medicare: Lo que debes saber

Factores de riesgo

Las mujeres posmenopáusicas (que se define como 12 meses después del último período menstrual de una mujer) tienen un mayor riesgo de enfermedades cardíacas debido a una disminución natural del estrógeno, una hormona que tiene un efecto protector en el corazón. Para algunas mujeres, la terapia hormonal podría reducir el riesgo de enfermedades cardíacas a medida que las mujeres envejecen. Algunos factores de riesgo de enfermedades cardíacas pueden reducirse, prevenirse o controlarse mediante cambios del estilo de vida. Estos incluyen:

- Colesterol alto
- Presión arterial alta (hipertensión)
- Fumar
- Consumir alcohol
- Obesidad (índice de masa corporal alto)
- Dormir inadecuadamente
- Falta de actividad física
- Dieta alta en grasas saturadas y sodio (sal)
- Otros trastornos médicos crónicos (por ejemplo, diabetes, enfermedades renales)

Algunos factores de riesgo de ECV no pueden modificarse, tales como la edad, los antecedentes familiares, el sexo, la raza y la etnia.

Cuando las mujeres conocen los factores de riesgo de

enfermedades cardíacas, pueden tomar decisiones con conocimiento de causa, pueden comprender su riesgo personal, pueden implementar hábitos saludables para el corazón en sus rutinas cotidianas y pueden proteger su salud cardíaca a medida que envejecen.

Proveedores de atención médica

Algunos tipos de proveedores de atención médica (HCP, por sus siglas en inglés) tienen consultas con pacientes por trastornos o preocupaciones de la salud cardíaca. Muy comúnmente, las personas tendrán consultas con un proveedor de atención médica de cabecera, que pueda ayudarles con la prevención, el manejo del estilo de vida y el control médico de trastornos tales como colesterol alto e hipertensión. Otras personas podrían tener consultas con un cardiólogo, quien puede diagnosticar y tratar problemas relacionados con el corazón y los vasos sanguíneos. Cardiólogos especializados incluyen especialistas de imagenología cardíaca, especialistas en cardiopatías congénitas, especialistas de rehabilitación cardíaca, cardiocirujanos y más.

La cobertura para consultas con especialistas, tales como con un cardiólogo, podría depender de si el especialista participa en Medicare. En vista del impacto de la ECV en la salud de la mujer, es crítico identificar la cobertura y confirmar las redes de atención antes de la inscripción.

Obtén más información sobre la cobertura de Medicare para enfermedades cardíacas en el sitio web del **National Council on Aging**.

¡Hallazgos destacados!



Read My Lips

Society for Women's Health Research

Campaña que divulga información sobre los factores de riesgo de enfermedades cardíacas y el papel importante que juegan las pruebas de colesterol, y específicamente las pruebas del perfil lipídico, para la salud cardíaca de la mujer.



Women Talk: La relación entre la diabetes y tu corazón

HealthyWomen

Seminario web que explica la relación entre las enfermedades cardíacas, los accidentes cardiovasculares y la diabetes, incluyendo qué factores incrementan el riesgo de enfermedades y cómo reducirlo.

Un recordatorio: Selección de proveedores de atención médica y hospitales

Medicare Original	Medicare Advantage
Puedes tener consultas con cualquier proveedor de atención médica u hospital en Estados Unidos que acepte Medicare.	En muchos casos, solo podrás tener consultas con proveedores de atención médica y hospitales de la red del plan
En la mayoría de casos, no se necesitan referencias para tener consultas con un especialista.	Podría requerirse una referencia para tener consultas con un especialista.

*La información se adaptó de Medicare.gov.

Cobertura de Medicare en lo que se refiere a la salud cardíaca

Medicare proporciona los siguientes tipos de cobertura que pueden ser útiles para promover la salud cardíaca en edades avanzadas:

- **Servicios preventivos:** La parte B de Medicare cubre muchos servicios preventivos, incluyendo evaluaciones de riesgos de la salud y exámenes médicos. Esto incluye:
 - **La consulta de “bienvenida a Medicare”:** una sola consulta inicial que ocurre en un plazo de 12 meses desde la inscripción en la parte B de Medicare
 - **La consulta anual de bienestar:** disponible cada 12 meses después del primer año en la parte B de Medicare

Nota: Medicare no cubre exámenes físicos de rutina. **Obtén más información sobre las consultas anuales de bienestar.**

- **Exámenes preventivos:** Medicare cubre exámenes gratuitos preventivos relacionadas con la salud cardíaca. Esto incluye:
 - **Terapia del comportamiento cardiovascular.** Esto implica una consulta anual con un proveedor de atención médica de cabecera para la evaluación de la presión arterial y para hablar sobre estrategias para reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares.
 - **Exámenes de enfermedades cardiovasculares.** Estas pruebas se hacen cada cinco años y miden los niveles de colesterol “bueno” (lipoproteínas de alta densidad) y “malo” (lipoproteínas de baja densidad) y de los triglicéridos (un tipo de grasa en la sangre).



¡Hallazgo destacado!

Conoce la diferencia:
Enfermedad cardiovascular,
enfermedad cardíaca,
cardiopatía coronaria. National
Heart, Lung, and Blood Institute

- **Pruebas de la diabetes:** La parte B de Medicare cubre hasta dos pruebas de la glucosa en la sangre (azúcar en la sangre) para personas que se estima que tienen riesgo de desarrollar diabetes. **Obtén más información sobre las pruebas de la diabetes.**

Nota: Las exámenes preventivos tienen cobertura en función de ciertas condiciones, tales como varios factores de riesgo. Encuentra una **lista completa de servicios preventivos y de examen cubiertos por la parte B de Medicare.**

- Hay **gestión de condiciones crónicas** para personas con dos o más trastornos crónicos graves, tales como enfermedades cardiovasculares y diabetes. **Obtén más información sobre la gestión de condiciones crónicas.**
- **Servicios principales de orientación para una enfermedad** (servicios de orientación que son útiles para guiar a los pacientes en lo que se refiere a su trastorno médico, diagnóstico o el sistema de atención médica) podrían contar con cobertura para personas con trastornos médicos graves que se espera que duren tres meses o más y que elevan el riesgo de hospitalizaciones, de la necesidad de atención de enfermería especializada, de empeorar, de un deterioro físico o mental o de la muerte. **Obtén más información sobre los servicios principales de orientación para una enfermedad.**

- **Asistencia para el estilo de vida:** La parte B de Medicare ofrece varios recursos relacionados con el estilo de vida y la nutrición que podrían ser beneficiosos para fomentar la salud cardíaca incluyendo:

- **Programas normales e intensivos de rehabilitación cardíaca** en el consultorio de un proveedor de atención médica o en entornos ambulatorios. Estos programas que cuentan con supervisión médica están diseñados para brindar asistencia para que personas se recuperen de problemas cardíacos y para que mejoren su salud cardiovascular general mediante capacitación, educación y orientación. Estos programas tienen cobertura si una persona cumple con al menos una de las siguientes condiciones (tal como se lista en [Medicare.gov](https://www.medicare.gov)):

- Un ataque cardíaco en los últimos 12 meses
- Cirugía de injerto de revascularización coronaria
- Angina de pecho estable (dolor de pecho)
- Reparación o reemplazo de una válvula cardíaca
- Angioplastia o injerto coronario
- Trasplante de corazón o pulmón
- Insuficiencia cardíaca crónica estable

- Una **evaluación de riesgos cardiovasculares para personas que no han sido diagnosticadas con ECV y servicios de control** si un proveedor de atención médica estima que una persona tiene riesgo. Los servicios de control de riesgos podrían incluir control de la presión arterial, control del colesterol y asistencia para dejar de fumar. **Obtén más información sobre la evaluación del riesgo cardiovascular y los servicios de control.**
- Hasta 10 horas de **capacitación de autocontrol de la diabetes** para ayudar a las personas a controlar su diabetes, con hasta dos horas de capacitación de seguimiento cada año después de la capacitación inicial.
- **Terapia de nutrición médica** para ciertos trastornos, incluyendo la diabetes.
- **Terapia de nutrición médica** para ciertos trastornos, incluyendo la diabetes.

Preguntas de la salud cardíaca que deberías hacer durante las consultas de bienestar de Medicare

Estas preguntas pueden personalizarse para circunstancias individuales, antecedentes médicos y el conocimiento de un riesgo personal de enfermedades cardiovasculares.

- ¿Tengo riesgo de enfermedades cardíacas en función de mi edad, antecedentes médicos o estilo de vida?
- ¿Qué cambios debería incorporar a mi estilo de vida para asegurarme de que cuido mi salud cardíaca y que estoy previniendo las enfermedades cardiovasculares lo mejor posible?
- ¿Debería hacer que me examinen para detectar hipertensión o colesterol alto?
- Si es así, ¿podemos hacerlo hoy? ¿Cuándo debería hacer que revisen otra vez mi presión arterial y colesterol?
- ¿Con qué frecuencia debería hacer que me examinen para detectar enfermedades cardiovasculares?
- ¿Debería tomar algún medicamento para mi salud cardíaca?
- ¿Afecta algún medicamento que esté tomando ahora a mi salud cardíaca?
- ¿Qué debería tomar en cuenta en lo que se refiere al seguimiento de mi salud cardíaca?
- ¿Cubrirá Medicare esta prueba de imagenología y necesito alguna aprobación previa o referencia para esta prueba?

- **Pruebas de obesidad y asesoría conductual** para personas con un índice de masa corporal (IMC) de 30 o más y si el proveedor de atención médica proporciona asesoría en un entorno de atención primaria. **Obtén más información sobre la terapia conductual para la obesidad.**
- Hasta ocho sesiones de **orientación para dejar de fumar** durante un período de 12 meses para ayudar a las personas a dejar de fumar o de consumir tabaco. Las sesiones están cubiertas si el proveedor de atención médica **acepta la**

asignación (es decir, el proveedor de atención médica acepta Medicare y está de acuerdo con el pago aprobado por Medicare para el servicio). **Obtén más información sobre los servicios de orientación para dejar de fumar.**

- **Cobertura de medicamentos, dispositivos y monitoreo:** La parte B de Medicare cubrirá ciertos artículos si se determina que son necesarios y apropiados para el tratamiento desde el punto de

vista médico:

- **Cardiodesfibrilador implantable**
- **Marcapasos**
- **Monitoreo remoto de pacientes** para la recolección de datos de trastornos crónicos y agudos, tales como presión arterial alta. **Obtén más información sobre el monitoreo remoto de pacientes.**

Preguntas de la salud cardíaca que deberías hacer durante las consultas de bienestar de Medicare

Estas preguntas pueden personalizarse para circunstancias individuales, antecedentes médicos y el conocimiento de un riesgo personal de enfermedades cardiovasculares.



¿Tengo riesgo de enfermedades cardíacas en función de mi edad, antecedentes médicos o estilo de vida?



¿Qué cambios debería incorporar a mi estilo de vida para asegurarme de que cuido mi salud cardíaca y que estoy previniendo las enfermedades cardiovasculares lo mejor posible?



¿Debería hacer que me examinen para detectar hipertensión o colesterol alto?



Si es así, ¿podemos hacerlo hoy? ¿Cuándo debería hacer que revisen otra vez mi presión arterial y colesterol?



¿Con qué frecuencia debería hacer que me examinen para detectar enfermedades cardiovasculares?



¿Debería tomar algún medicamento para mi salud cardíaca?



¿Afecta algún medicamento que esté tomando ahora a mi salud cardíaca?



¿Qué debería tomar en cuenta en lo que se refiere al seguimiento de mi salud cardíaca?



¿Cubrirá Medicare esta prueba de imagenología y necesito alguna aprobación previa o referencia para esta prueba?



Reglas del plan de medicamentos

La parte D de Medicare es útil para cubrir el costo de medicamentos de venta con receta, incluyendo fármacos de marca y genéricos. Las personas que optan por Medicare Original deben estar inscritas en la parte A o B de Medicare para poder inscribirse en un plan de la parte D de Medicare. La mayoría de planes de Medicare Advantage incluyen la cobertura de la parte D. Con la mayoría de planes de Medicare Advantage, las personas no pueden inscribirse en otro plan de medicamentos de Medicare.

Al igual que para las compañías de seguros privadas, los planes de medicamentos de Medicare tienen reglas para la cobertura de ciertos medicamentos y sobre cómo se cubren. Los medicamentos podrían evaluarse tomando en cuenta la necesidad e idoneidad médica y la eficacia de su uso. Estas reglas incluyen:

- **Autorización previa:** Un proceso que requiere la evaluación y aprobación de un medicamento específico antes de que el seguro lo cubra en función de criterios específicos
- **Terapia por pasos:** Una política que requiere que un paciente pruebe un tratamiento de menor costo que “no funcione” antes de que



¡Hallazgo destacado!

Herramienta para encontrar planes de medicamentos de venta con receta de Medicare

el tratamiento que un proveedor de atención médica recetó o recomendó originalmente pueda tener cobertura

- **Límites de cantidad:** Restricciones relacionadas con el monto de medicamentos que pueden cubrirse durante cierto período de tiempo por razones de costos y seguridad

Personas deberían verificar con su plan específico para aprender las reglas de su cobertura y determinar si se considera que la farmacia que usan pertenece o no a la red. **Obtén más información sobre la cobertura de medicamentos de Medicare.**

Nota: Cuando empieza la cobertura de medicamentos de Medicare, los **beneficiarios** podrían recibir un solo suministro de 30 días del medicamento que estén tomando, incluso si el medicamento no está cubierto por su plan nuevo o si se requiere una autorización previa o terapia por pasos, como asistencia para la transición a su plan nuevo.

La salud cardíaca y Medicare: ¿Qué pasa si...?

ATENCIÓN PREVENTIVA

P: ¿Qué pasa si mi proveedor de atención médica recomienda una prueba del corazón que Medicare no cubre comúnmente?

R: Si bien Medicare cubre algunas pruebas relacionadas con el corazón, no las cubre todas. Si tu proveedor de atención médica recomienda un servicio que Medicare no cubre, pregúntale si hay alguna prueba alterna que tenga cobertura o si la prueba se considera necesaria desde el punto de vista médico.

P: No he tenido consultas para la evaluación de mi salud cardíaca en años. ¿Qué debería hacer?

R: La consulta anual de bienestar es una gran oportunidad para evaluar tu salud cardíaca, hablar de los factores de riesgo y preguntar si pruebas de la salud cardíaca, tales como evaluaciones de la presión arterial, deberían hacerse. Muchas de estas pruebas tienen cobertura de Medicare.

COBERTURA DE MEDICAMENTOS

P: ¿Qué pasa si mi medicamento para el corazón no tiene cobertura de mi plan de medicamentos de Medicare o si deja de tenerla?

R: Los **formularios** de los planes de medicamentos de la parte D pueden cambiar anualmente. Puedes preguntar a tu proveedor de atención médica si hay un medicamento alternativo que esté cubierto por tu plan, puedes solicitar una excepción del formulario o puedes cambiar de planes durante el período de inscripción abierta (del 15 de octubre al 7 de diciembre). Personas con bajos ingresos inscritas en programas de asistencia adicional pueden cambiar sus planes de cobertura de medicamentos a lo largo del año.

P: ¿Qué pasa si mi farmacia ya no ofrece el medicamento que me recetaron?

R: Busca una farmacia que tenga tu medicamento comunicándote con las farmacias de tu

área directamente o comunicándote con tu aseguradora para que te ayuden a encontrar una. Podrían haber opciones de pedidos por correo u otros medicamentos equivalentes. Habla sobre estas opciones con tu proveedor de atención médica.

P: ¿Qué pasa si no puedo pagar mi medicamento para el corazón?

R: Si no puedes pagar tu medicamento mediante un plan de la parte D, podrías ser elegible para el programa de asistencia adicional, que es útil para cubrir el costo de deducibles y copagos. **Obtén más información sobre el programa de asistencia adicional.** También podría ser útil para reducir los costos de bolsillo, usar una versión genérica del medicamento o aplicar para un **programa de asistencia farmacéutica**, si hay uno disponible. **Obtén más información sobre programas de asistencia farmacéutica.**

PROCEDIMIENTOS

P: ¿Qué pasa si necesito un procedimiento cardíaco, tal como la inserción de un marcapasos o un injerto?

R: Medicare comúnmente cubre estos servicios, pero un proveedor de atención médica debe determinar que son necesarios desde el punto de vista médico y los servicios podrían variar en función de si el procedimiento se hace bajo una hospitalización o ambulatoriamente. Siempre confirma si tu proveedor médico y el hospital participan en Medicare para garantizar que Medicare cubra los servicios.

ATENCIÓN CONTINUA Y DE SEGUIMIENTO

P: ¿Qué pasa si mi especialista no es parte de la red de mi plan de Medicare Advantage?

R: Podrías necesitar una referencia o tener mayores costos para tener consultas con un proveedor que no pertenece a la red. Durante el período de inscripción abierta, puedes analizar la opción de hacer un cambio a un plan que incluya a tus especialistas actuales.

P: ¿También tienen cobertura bajo Medicare Advantage los servicios que obtendría bajo Medicare Original?

R: Los planes de Medicare Advantage deben cubrir todos los servicios necesarios desde el punto de

vista médico que están cubiertos bajo Medicare Original. Sin embargo, los planes usarán sus propios criterios de cobertura para determinar las necesidades médicas para ciertos servicios y podrían ofrecer otros beneficios que no están cubiertos bajo Medicare Original.

P: ¿Qué pasa si necesito rehabilitación cardíaca después de un evento cardíaco?

R: La parte B de Medicare cubre programas de rehabilitación cardíaca si tuviste ciertos trastornos cardíacos, tales como un ataque cardíaco. Pide a tu proveedor de atención médica una referencia para que te asegures de que el centro acepta Medicare.

P: ¿Qué pasa si tengo otros trastornos que complican mi salud cardíaca, tales como diabetes o enfermedades renales?

R: La coordinación de la atención es clave. Pregunta a tu proveedor de atención médica si eres elegible bajo Medicare para un plan de atención personalizado o para servicios coordinados por un equipo que aborden varios trastornos.

P: ¿Me brindará asistencia Medicare para controlar mi trastorno cardíaco a largo plazo?

R: Sí. Medicare podría cubrir consultas para controlar el trastorno y para coordinar la atención. También podría haber acceso a servicios de gestión de condiciones crónicas (GCC) si tienes varios trastornos crónicos.



Atención institucional y a largo plazo para la salud cardíaca: ¿Cuentas con cobertura o no?

Personas que tienen un ataque cardíaco u otros problemas de la salud cardíaca probablemente requerirán una hospitalización y, si bien la mayoría de personas necesitan de dos semanas a tres meses para recuperarse de un ataque cardíaco, algunas podrían requerir atención u otros servicios a largo plazo. Aquí encontrarás algunas cláusulas de la cobertura relacionadas con centros de atención y con cuidados a largo plazo en Medicare.

Tipo: Atención médica en el hogar

Descripción: Servicios que pueden proporcionarse en el hogar para una enfermedad o lesión

? **¿Están cubiertos?** Tal vez. Las **partes A y B de Medicare** cubren servicios médicos elegibles en el hogar si se cumplen ciertas condiciones, tales como cuando una persona está confinada en su hogar y requiere servicios especializados. Servicios no especializados tales como asistencia con el cuidado y las necesidades cotidianas no tienen cobertura. Los **planes de Medicare Advantage** cubren atención médica en el hogar, pero la cobertura podría ser diferente bajo Medicare Original.

Tipo: Hospitalizaciones

Descripción: Atención médica proporcionada en un hospital que implica que el paciente pase una noche o más en el hospital.

✓ **¿Están cubiertos?** Sí. La **parte A de Medicare** comúnmente cubre hospitalizaciones si: 1) la persona es hospitalizada por una orden de un proveedor de atención médica y 2) el hospital acepta Medicare. En 2025, las personas pagan \$0 desde el día 1 al día 60 (después de alcanzar el deducible de la parte A) y \$419 al día desde el día 61 hasta el día 90. La información acerca de hospitalizaciones más largas puede encontrarse en **Medicare.gov**. La **parte B de Medicare** comúnmente paga por los servicios de los proveedores de atención médica en el hospital. Usualmente paga el 80% del monto que Medicare aprobó para esos servicios.

Tipo: Centro de rehabilitación para pacientes internados

Descripción: Programas de rehabilitación en hospitales de rehabilitación o en unidades de rehabilitación de hospitales para enfermedades agudas.

✓ **¿Están cubiertos?** Sí. La **parte A de Medicare** cubre atención necesaria desde el punto de

vista médico que se reciba en centros de rehabilitación para pacientes internados si un proveedor de atención médica certifica los cuidados. En 2025, las personas pagan \$0 desde el día 1 al día 60 (después de alcanzar el deducible de la parte A) y \$419 al día desde el día 61 hasta el día 90. La información sobre la cobertura de hospitalizaciones más largas puede encontrarse en **Medicare.gov**. La **parte B de Medicare** cubre los servicios de proveedores médicos durante la hospitalización. Los **planes de Medicare Advantage** podrían tener diferentes beneficios de rehabilitación y criterios de aprobación, por lo que las personas deberían revisar esta información cuando seleccionen un plan de Medicare.

Tipo: Atención a largo plazo

Descripción: Una gama de servicios de asistencia que son útiles para que las personas vivan en forma segura e independiente

X **¿Están cubiertos?** No. Los planes de Medicare Original, Medicare Advantage y Medigap generalmente no cubren atención a largo plazo. Medicare Advantage podría cubrir algunos beneficios de atención médica suplementaria, tales como servicios de entrega de comida. Si tienes elegibilidad doble, podrías obtener cobertura de atención a largo plazo a través de Medicaid. **Obtén más información acerca de opciones para recursos de atención a largo plazo.**

Tipo: Residencias de adultos mayores con enfermeras de plantilla

Descripción: Residencias que proporcionan atención médica a tiempo completo y a largo plazo

? **¿Están cubiertos?** Tal vez. Medicare Original podría cubrir atención especializada en residencias de adultos mayores o atención médica en el hogar si el beneficiario cumple con ciertas condiciones y requiere atención especializada a corto plazo para una enfermedad o lesión. Estas condiciones incluyen:

- **Hospitalización elegible:** La persona debe haber estado hospitalizada durante al menos tres días consecutivos. Ciertos centros de enfermería especializada también podrían omitir el requerimiento de los tres días con la **“exención de la regla de tres días de centros de enfermería especializada”**. Los pacientes deberían preguntar a su trabajador social o al **asesor de pacientes** si su plan cubrirá la hospitalización.
- **Hospitalización en un centro de enfermería especializada (SNF):** El paciente debe ingresar al SNF en un plazo específico (generalmente 30 días) desde la salida del hospital.
- **Atención especializada necesaria desde el punto de vista médico:** Tu proveedor de atención médica debe certificar que necesitas atención especializada todos los días.
- **Centro certificado por Medicare:** El SNF debe ser certificado por Medicare.

Si todas las condiciones que se indicaron anteriormente se cumplen, la parte A de Medicare cubrirá beneficios que incluyen un cuarto semiprivado, atención de enfermería especializada, medicamentos, suministros y equipos médicos y más. **Obtén más información sobre atención en centros de enfermería especializada.**

Tipo: Servicios ambulatorios

Descripción: Procedimientos de tratamientos que podrían realizarse en un hospital pero que no requieren hospitalización (por ejemplo, pruebas de laboratorio facturadas por el hospital, servicios preventivos y de examinación, rayos X y otros servicios radiológicos facturados por el hospital)

? **¿Están cubiertos?** Tal vez. La parte B de Medicare cubre varios servicios diagnósticos y terapéuticos que se realizan en hospitales que aceptan Medicare. Los beneficiarios usualmente pagan el 20% del monto aprobado por Medicare por los servicios y un copago para cada servicio recibido en un entorno ambulatorio, a menos que sea un servicio preventivo que no tenga copago.

Recursos de Medicare.gov de atención institucional y a largo plazo

- **Atención médica en el hogar**
- **Hospitalizaciones**
- **Centro de rehabilitación para pacientes internados**
- **Atención a largo plazo**
- **Medicare y la atención médica en el hogar**
- **Residencias de adultos mayores con enfermeras de plantilla**
- **Servicios ambulatorios**
- **Recursos e información para pacientes y cuidadores**

Tranquilidad: Prepararse financieramente para atención a largo plazo

La Administración para la vida comunitaria dice que las personas que cumplen 65 años hoy tienen casi el **70% de probabilidad** de necesitar asistencia y servicios de atención a largo plazo en años posteriores. En general, Medicare no ofrece cobertura para este tipo de atención.

Si bien no puedes predecir tus necesidades médicas futuras, podrías planificar con anticipación para que entiendas los costos potenciales y así habrás planificado un poco tus finanzas si llegas a necesitar estos servicios.

Aquí encontrarás algunos recursos que podrían ser útiles en tu proceso de planificación financiera:

- **Cómo prepararse para costos de atención a largo plazo** – Merrill
- **Planificación para la jubilación: Prepararse para atención a largo plazo** – Vanguard
- **Cómo planificar para costos de atención a largo plazo** – Ameriprise Financial



Recursos y asistencia para la salud cardíaca

American Heart Association: Proporciona información y recursos contra las enfermedades cardíacas y accidentes cardiovasculares

American Stroke Association: Una división de la American Heart Association que educa a personas acerca de la prevención y el tratamiento de accidentes cardiovasculares

HealthyWomen: Proporciona educación de la salud cardíaca para mujeres en las varias etapas de sus vidas

Centros locales para adultos mayores y departamentos de la salud: Podrían proporcionar programas de ejercicio, sesiones educativas y acceso a recursos para fomentar la salud cardíaca

Medicaid.gov: Proporciona servicios esenciales para fomentar la salud cardíaca, particularmente para personas con bajos ingresos

Medicare.gov: Ofrece información detallada de las opciones de cobertura para exámenes y tratamientos de la salud cardíaca

National Council on Aging (NCOA): Proporciona herramientas y recursos, incluyendo relacionados con la salud cardíaca, para que personas puedan envejecer saludablemente y con una buena situación financiera

Society for Women's Health Research: Ofrece recursos relacionados con trastornos, enfermedades y las etapas de la vida que afectan a las mujeres en una forma única, diferente o desproporcionada, incluyendo en lo que se refiere a la salud cardíaca, para las pacientes, sus familias, trabajadores clínicos y legisladores

Programas estatales de asistencia de seguros médicos: Proporcionan asesoría gratuita útil para el uso de los beneficios de Medicare

WomenHeart: Proporciona, entre otros recursos, educación, asistencia y capacitación para permitir que las mujeres asuman el control de su salud cardíaca

Guía de introducción a Medicare:

GLOSARIO

Acepta la asignación: Cuando un proveedor de atención médica acepta Medicare y está de acuerdo con el pago que aprobó Medicare por el servicio.

Organizaciones de atención responsable (ACO): Un grupo de doctores, hospitales y otros proveedores de atención médica que trabajan juntos con la meta de proporcionar atención de alta calidad a pacientes de Medicare. Tienen acuerdos de responsabilidad con Medicare en lo que se refiere al costo y la experiencia de la atención que reciben los pacientes de Medicare. Si trabajan bien para coordinar y mejorar la atención mientras mantienen costos bajos, podrían ganar un bono financiero de Medicare. Si su desempeño es deficiente, podrían tener que pagar una penalidad.

Beneficiario: Una persona inscrita en Medicare y que recibe beneficios de Medicare.

Instrucción de reanimación cardiopulmonar (RCP) (también denominada orden de no reanimar): Un documento que indica al equipo médico que no proporcione RCP si el corazón o la respiración se interrumpe.

Coaseguro: Un monto (frecuentemente un porcentaje) que una persona debe pagar por los servicios después de alcanzar el deducible.

Copago: Una tarifa fija y preestablecida que una persona debe pagar por cada servicio de atención médica, consulta, receta médica, prueba, etcétera.

Cobertura de medicamentos acreditable: Cobertura de medicamentos de venta con receta que se espera que pague, en promedio, al menos lo que la parte D de Medicare paga por los medicamentos de recetas médicas. Personas con cobertura acreditable de un empleador, unión u otra fuente pueden retrasar la inscripción en la parte D de Medicare sin tener penalidades por inscribirse tarde.

Deducible: Un monto preestablecido que una persona debe pagar antes de que el seguro empiece a emitir pagos.

Planes por necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP): Planes para personas que tienen derecho a Medicare y a Medicaid.

Orden de no reanimar (también conocida como instrucción de reanimación cardiopulmonar (RCP)): Un documento que indica a un equipo médico que no proporcione RCP si el corazón o la respiración se detiene.

Explicación de beneficios (EDB): Un resumen de tus reclamaciones y costos enviado por tu plan. El EDB describe los costos de tus consultas con tu proveedor de atención médica o de los medicamentos que recibiste y cómo tu plan procesó la reclamación de esos servicios. Recibirás una EDB cada mes que abastezcas una receta médica o que tengas una consulta con un proveedor de atención médica.

Asistencia adicional (también denominada subsidio para personas de bajos ingresos): Un programa para brindar asistencia para que personas con ingresos y recursos limitados paguen por los costos de la parte D de Medicare. Algunas personas podrían recibir asistencia adicional automáticamente, incluyendo aquellas que reciben cobertura total de Medicaid. Otras podrían ser elegibles después de hacer la aplicación.

Formulario: Una lista de medicamentos genéricos y de marca de venta con receta cubiertos por un plan de seguro médico específico.

Período general de inscripción (GEP): Un período de tiempo cada año (del 1 de enero al 31 de marzo) durante el cual personas que no se inscribieron en la parte A o B de Medicare cuando se volvieron elegibles por primera vez pueden inscribirse en Medicare. La cobertura empieza el mes después de tu inscripción. Las personas que no se inscribieron cuando se volvieron elegibles por primera vez podrían tener que pagar una penalidad por inscribirse tarde.

Poder legal para atención médica (también denominado poder notarial médico o poder notarial para atención médica): Un documento legal mediante el cual alguien designa a una persona para que tome decisiones médicas en su representación si la persona que otorga el poder no puede hacerlo temporal o permanentemente.

Cobertura de la red: Servicios de atención médica que se reciben de proveedores médicos que tienen

un contrato con tu compañía de seguros. Estos proveedores aprobaron los precios establecidos del plan, así que comúnmente solo deberás pagar tu deducible y cualquier copago o coaseguro correspondiente.

Cantidad del ajuste mensual relacionado con los ingresos (IRMAA): Un cargo adicional en las primas de las partes B y D de Medicare para personas que superan ciertos ingresos. La IRMAA se calcula en una escala ajustable y se basa en tus declaraciones de impuestos de los últimos dos años.

Período de elección de la cobertura inicial (ICEP): El plazo durante el cual personas que se vuelven elegibles para Medicare recientemente pueden inscribirse en un plan de Medicare Advantage (también denominado la parte C de Medicare) por primera vez. El ICEP coincide con el período de inscripción inicial (IEP, por sus siglas en inglés) de las partes A y B de Medicare, que incluye los tres meses previos, los tres meses posteriores y el mes del cumpleaños de la persona que se está inscribiendo.

Período de inscripción inicial (IEP): El intervalo de siete meses cerca de tu cumpleaños 65 durante el cual puedes inscribirte en la parte A, B y D de Medicare, específicamente los tres meses previos, los tres meses posteriores y el mes de tu cumpleaños. Este mismo período se conoce como el período de elección de la cobertura inicial (ICEP, por sus siglas en inglés) de la parte C de Medicare.

Penalidad por inscripción tardía: Un costo adicional que alguien tendría que pagar si se inscribe en Medicare después del lapso en que fue elegible por primera vez. Las penalidades por inscribirse tarde no son simplemente recargos por mora. Usualmente se agregan a tu prima mensual y pueden aplicar durante todo el tiempo que tengas Medicare.

Testamento vital: Un documento legal que señala qué tratamientos o tipos de atención son deseables o no y en qué situación aplica cada decisión.

Subsidio para personas de bajos ingresos (también denominado asistencia adicional): Un programa de asistencia para que personas con ingresos y recursos limitados paguen por los costos de la parte D de Medicare. Algunas personas podrían recibir asistencia adicional automáticamente, incluyendo aquellas que reciben cobertura total de Medicaid. Otras podrían ser elegibles después de hacer la aplicación.

Poder notarial médico (también denominado poder legal para atención médica o poder notarial para atención médica): Un documento legal mediante el cual alguien designa a una persona para que tome decisiones médicas en su representación si la persona que otorga el poder no puede hacerlo temporal o permanentemente.

Medicare Advantage (también denominada la parte C de Medicare): Planes médicos ofrecidos por compañías privadas que cubren los mismos tipos de servicios que cubren la parte A y B de Medicare y son una alternativa diferente a Medicare Original (tradicional). Medicare Advantage frecuentemente tiene beneficios adicionales tales como de la salud visual, dental y auditiva.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: El período que empieza el 1 de enero y termina el 31 de marzo (o el plazo de 3 meses desde que se tiene Medicare) para personas que ya están inscritas en un plan de Medicare Advantage durante el cual pueden hacer un cambio a otro plan de Medicare Advantage (con o sin cobertura de medicamentos) o cancelar un plan de Medicare Advantage para regresar a Medicare Original.

Parte A de Medicare (seguro hospitalario): Un plan administrado por el gobierno federal que cubre hospitalizaciones, atención en centros de enfermería especializada, cuidados paliativos y algunos tipos de atención médica en el hogar.

Parte B de Medicare (seguro médico): Un plan médico administrado por el gobierno federal que cubre atención ambulatoria, suministros médicos, servicios preventivos y ciertos servicios de doctores, tales como aquellos relacionados con el diagnóstico, tratamiento y prevención de trastornos médicos.

Parte C de Medicare (también denominada Medicare Advantage): Planes médicos ofrecidos por compañías privadas que cubren los mismos tipos de servicios que la parte A y B de Medicare y son una alternativa diferente a Medicare Original (tradicional). Medicare Advantage frecuentemente tiene beneficios adicionales tales como de la salud visual, dental y auditiva.

Parte D de Medicare: La parte de Medicare que es útil para cubrir el costo de medicamentos de venta con receta. Compañías de seguros privadas aprobadas por Medicare ofrecen la parte D de Medicare y puede agregarse a Medicare Original o incluirse en algunos planes de Medicare Advantage.

Seguro suplementario de Medicare (también denominado Medigap): Seguro adicional que las personas pueden comprar de una compañía privada de seguros médicos y que será útil para pagar la porción que les corresponde de costos de bolsillo en Medicare Original.

Medigap (también denominado seguro suplementario de Medicare): Seguro adicional que las personas pueden comprar de una compañía privada de seguros médicos y que será útil para pagar la porción que les corresponde de costos de bolsillo en Medicare Original.

Fuera de la red: Servicios de atención médica que se reciben de proveedores o de centros que no tienen un contrato con tu plan médico. Estos proveedores y centros no han aprobado los precios establecidos por el plan, así que podrías pagar más por el servicio o dicho servicio podría no tener ninguna cobertura.

Costos de bolsillo: La porción de los costos de atención médica que una persona tiene la responsabilidad de pagar, incluyendo copagos, coaseguros y costos por servicios de atención médica no cubiertos.

Período de inscripción abierta: El período de tiempo cada año (del 15 de octubre al 7 de diciembre) cuando personas pueden hacer cambios a los planes de atención médica de Medicare en lo que se refiere a la cobertura o a planes de medicamentos de venta con receta. Los cambios podrían incluir hacer un cambio de un plan de Medicare Original a uno de Medicare Advantage o viceversa; inscribirse, cancelar o cambiar de plan de medicamentos de Medicare (si una persona está inscrita en Medicare Original); o inscribirse, cancelar o hacer un cambio a otro plan de Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos (o agregar o cancelar cobertura de medicamentos). La cobertura empieza el 1 de enero del siguiente año calendario.

Medicare Original (también conocido como Medicare Tradicional): Un plan de atención médica administrado federalmente que incluye las partes A y B de Medicare.

Orientación de pacientes (también denominada asesores de pacientes): Personas que ayudan a guiar a pacientes en lo que se refiere al sistema de atención médica y podrían ofrecer una amplia gama de servicios, incluyendo programar consultas con proveedores de atención médica, comunicarse con los seguros y proporcionar apoyo emocional

mientras personas lidian con trastornos médicos complejos y sus cuidados correspondientes.

Pagador: Una entidad, frecuentemente una compañía de seguros médicos, que paga por los servicios de atención médica en representación de una persona.

Poder notarial: Un documento legal que otorga a alguien la autoridad para actuar en representación de otra persona en lo que se refiere a varios asuntos. El alcance de un documento de poder notarial podría incluir asuntos financieros, legales y médicos.

Poder notarial para atención médica (también denominado poder notarial médico o poder legal para atención médica): Un documento legal mediante el cual alguien designa a una persona para que tome decisiones médicas en su representación si la persona que otorga el poder no puede hacerlo temporal o permanentemente.

Prima: La tarifa mensual que las personas pagan por su cobertura de Medicare.

Parte A sin primas: Seguro hospitalario bajo Medicare que no requiere una prima mensual. La mayoría de personas son elegibles para la parte A sin primas si ellas o sus cónyuges pagaron impuestos de Medicare mientras trabajaban durante al menos 10 años.

Autorización previa: Un proceso que algunas compañías de seguros médicos usan que requiere la evaluación y aprobación de un procedimiento, servicio o medicamento específico antes de que se emita el pago correspondiente, incluso si un proveedor de atención médica lo recomendó o lo recetó.

Seguro secundario (también denominado seguro suplementario): Un plan de seguro adicional que es útil para pagar costos de atención médica que no están cubiertos por el plan de seguro médico de una persona.

Exención de la regla de tres días de centros de enfermería especializada: Una excepción que permite que alguien reciba atención cubierta por Medicare en un centro de enfermería especializada incluso si no se hospitalizó a esa persona por tres días, lo cual Medicare requiere normalmente.

Período especial de inscripción (SEP): Un intervalo de tiempo que no coincide con los períodos regulares de inscripción cuando las personas pueden inscribirse en Medicare, comúnmente causado por eventos de vida tales como la pérdida de cobertura de seguro patrocinada por el empleador o mudarse a una nueva dirección.

Programa estatal de asistencia de seguros médicos

(SHIP): Un programa nacional que proporciona asesoría y asistencia gratuita e imparcial a los beneficiarios de Medicare, a sus familias y cuidadores en lo que se refiere a temas tales como inscripciones y comparaciones de planes. Los SHIP tienen oficinas en todo el país y, dependiendo de la región del país, podrían tener otros nombres.

Seguro secundario: Un plan de seguro adicional que es útil para pagar costos de atención médica que no están cubiertos por el plan de seguro médico de una persona.

Medicare Tradicional (también conocido como Medicare Original): Un plan de atención médica administrado federalmente que incluye las partes A y B de Medicare.



