

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.

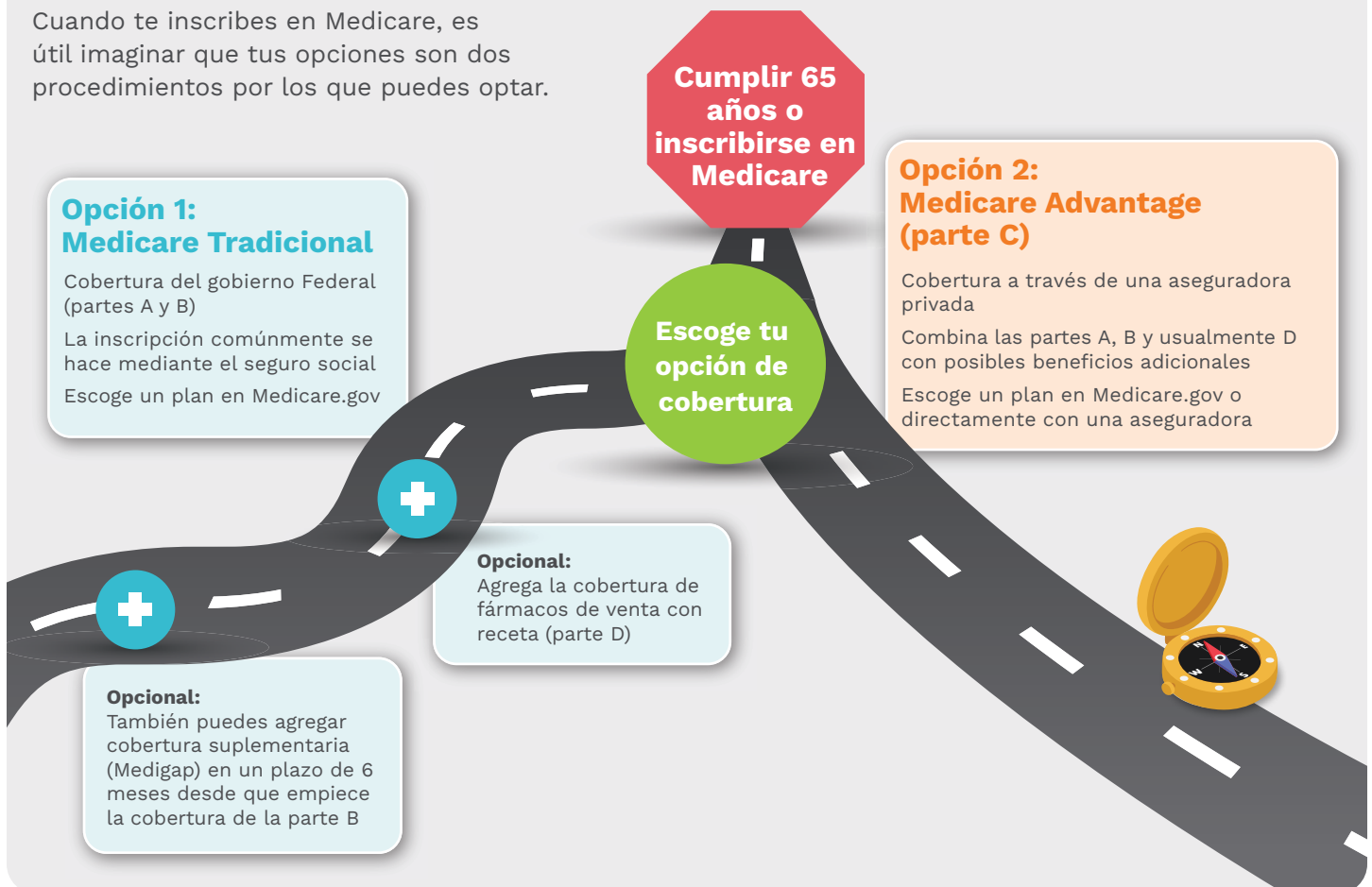
Planes de Medicare

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).