

# 7 pasos

para que Medicare  
se adapte a usted



selecthealth.

A photograph of a woman with short, grey hair, smiling warmly. She is wearing a bright orange puffy jacket and has a large, dark green backpack on her back. Her hands are clasped in front of her. The background is a soft-focus mountain landscape under a grey, overcast sky.

# 7 PASOS PARA COMPRENDER MEDICARE



**Paso 01: Los ABC de Medicare y diferentes tipos de plan**

**Paso 02: ¿Cuál es su situación con relación a los medicamentos?**

**Paso 03: Elegir el plan correcto para usted**

**Paso 04: Estar en buena compañía**

**Paso 05: Fechas para recordar**

**Paso 06: Lo que necesita saber acerca de retrasar Medicare, HSA y SSA**

**Paso 07: Preparados, listos, fuera. ¿Qué viene después?**

## **¿TIENE PREGUNTAS? ¡LLÁMENOS!**

Ya sea que esté inscrito en un plan Medicare Advantage o no, llámenos y estaremos encantados de guiarle ante cualquier pregunta que pueda tener.

Llámenos al **855-442-9940** (TTY: 711) o visite **[selecthealth.org/medicare](https://selecthealth.org/medicare)**.

# 01

## Paso 01: Los ABC de Medicare y diferentes tipos de plan

### LO PRIMERO ES LO PRIMERO, ¿QUÉ ES MEDICARE?

Medicare es un programa de seguro de salud federal que paga varios servicios de salud cubiertos. Generalmente, usted es elegible para Medicare si usted (o su cónyuge) ha trabajado al menos durante 10 años y pagado impuestos para financiar sus beneficios de Medicare, si tiene 65 años o más y si es ciudadano o residente permanente de los Estados Unidos. Si tiene menos de 65 años, puede calificar para la cobertura si tiene una discapacidad o una enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés), o enfermedad de Lou Gehrig (ALS, en inglés)

Elegir el plan adecuado no solo es importante, es personal. Para encontrar soluciones, es mejor conocer todas sus opciones. Entonces, ¿cuáles son las diferencias entre las partes A, B, C y D de Medicare?



### MEDICARE ORIGINAL, su plan gubernamental, es solo la PARTE A y la PARTE B.

**La Parte A** es la cobertura hospitalaria.

**La Parte B** es la cobertura médica. Usted debe pagar una prima dependiendo de sus ingresos cada mes.

**La PARTE C (conocida como plan Medicare Advantage)** combina su cobertura hospitalaria, médica y, por lo general, incluso su cobertura de medicamentos en un plan completo. Es posible que deba pagar una prima adicional cada mes.

**La Parte D** es solo cobertura de medicamentos recetados. Es posible que deba pagar una prima adicional cada mes.

**Piense en Medicare Advantage (PARTE C) como una cobertura TODO EN UNO.** Obtiene cobertura de atención médica básica y hospitalaria, como servicios preventivos y atención para pacientes internados y ambulatorios, además de muchos planes que ofrecen beneficios complementarios para la vista, la atención dental y la audición. Obtendrá todos los beneficios del Medicare Original, además de copagos predecibles que hacen más fácil presupuestar y un tope de gastos de bolsillo. La mayoría de los planes Medicare Advantage ofrecen \$0 o primas mensuales bajas, que se agregan a su prima mensual de la Parte B. Asegúrese de revisar las opciones de su plan para los pagos.

También existen **los planes complementarios Medicare Supplement o Medigap.** Estos tipos de planes tienen una prima adicional, pero solo cubren los costos de algunos de los servicios de atención que Original Medicare no cubre. Por lo general, estos planes no incluyen ningún beneficio adicional o beneficio opcional.

Cuando se trata de Medicare, no hay una opción única para todos. Llámenos o trabaje con un agente de seguros autorizado para comprender mejor sus opciones y decidir cuál es adecuada para USTED.

## Paso 2: ¿Cuál es su situación con relación a los medicamentos?

Muchos de nosotros tomamos uno o más medicamentos de forma periódica. Es importante revisar el **formulario anual de medicamentos** de su plan para asegurarse de que no hubo cambios en la cobertura. Al repasar su formulario de medicamentos, asegúrese de comprobar:

- > Nombres de los medicamentos de marca y de los genéricos
- > Límites de cantidad (cuánto puede obtener en un periodo específico)
- > Requisitos de autorización previa (pasos adicionales que debe seguir)
- > Acceso limitado a la farmacia (algunos medicamentos solo están disponibles en farmacias específicas)
- > Niveles de recetas y el costo asociado

Existen muchas herramientas que le permiten comprar planes y comparar los costos de los medicamentos entre Medicare Advantage y los planes (PARTE D) de medicamentos con receta. Llámenos o llame a su agente de seguros y solicite un análisis de medicamentos gratuito.



# 03

## Paso 3: Elegir el plan correcto para usted

Las cosas cambian, la gente cambia, los planes cambian, la vida cambia. Lo que podría haber sido un plan estupendo, puede dejar de serlo. Recuerde revisar su plan y su cobertura cada año.

Al igual que cuando compra cualquier otro plan, siempre esté atento a:

**Redes de proveedores y centros:** dentro de la red frente a fuera de la red

Los proveedores y los centros dentro de la red (es decir, participantes) participan en la red de su plan. Estos proveedores no pueden cobrarle cargos (por servicios cubiertos) que superen la cantidad permitida (estos se llaman cargos en exceso). La cantidad autorizada es el precio que su compañía de seguros negocia con los proveedores para los servicios cubiertos.

Si un proveedor no pertenece a la red, no forma parte de la red de su plan y no acepta la cantidad autorizada como pago total. Es posible que su plan no cubra los servicios de un proveedor fuera de la red y eso significa que puede terminar siendo responsable de pagar los cargos en exceso por los servicios.

**Primas:** este es el pago que usted hace a Medicare, su plan de atención médica, o su plan de receta de medicamentos por cobertura (para ser un miembro de un plan de seguros) Usualmente usted hace estos pagos en forma mensual, pero también puede pagar por trimestre o en forma anual.

**Deducibles anuales:** esta es una cantidad que debe pagar por los servicios médicos y los centros antes de que su plan empiece a pagar los cargos elegibles. (Pero recuerde, aún así usted pagará solo la cantidad autorizada por los servicios cubiertos de proveedores dentro de la red) Algunas categorías de beneficios pueden tener deducibles separados.

**Gastos de bolsillo máximos (OOP, por sus siglas en inglés):** esta es la cantidad total que puede pagar por los servicios cubiertos por su plan cada año. Las cantidades que paga de sus deducibles, coseguro y los copagos se aplican a los gastos de bolsillo máximos. Algunos planes tienen deducibles médicos y de farmacia separados, y es posible que algunos servicios no apliquen o excedan el gasto de bolsillo máximo.

**Recuerde:** la prima que paga por su plan no se aplica a sus gastos de bolsillo máximos ni a otras cantidades que debe pagar por los servicios cubiertos (consulte primas).

## !IMPORTANTE!

Los gastos de bolsillo máximos suelen ignorarse cuando se calculan los costos anuales de atención médica. Según el plan que elija, podría terminar con un costo de gastos de bolsillo en los que “el cielo es el límite”

Original Medicare normalmente paga el 80 por ciento y usted paga el 20 por ciento. **Pero NO hay límite de gastos de bolsillo.** Con Medicare Advantage, sus gastos de bolsillo se limitan a una cantidad específica cada año. No se olvide de revisar su plan cada año para ver si hay costos de gastos de bolsillo en lo que se refiere a renovación.

**Copagos y coseguro de visitas:** este es un monto que debe pagarle al médico por los servicios. La mayoría de los planes tienen copagos más bajos para proveedores de atención primaria y copagos más altos para proveedores de atención secundaria.

**¿Qué pasa con el coseguro?** Si bien el copago es, por lo general, una cantidad fija, el coseguro suele ser un porcentaje del costo que paga después de alcanzar su deducible.

**Necesidad de referido:** ¿qué pasa si necesito ver a un especialista? Con muchos planes, es necesario un referido de su proveedor de atención primaria antes de que pueda buscar atención especializada. Si no tiene esa aprobación previa, usted podría ser responsable de la factura. Ese es un costo que querrá evitar.



**BENEFICIOS ADICIONALES:** ¿Qué opciones, herramientas y servicios se incluyen en su plan? Descubra membresías a gimnasios, descuentos en servicios de bienestar, de la visión y dentales, y otros servicios extra. Algunos de estos beneficios pueden costar más. Tenga en cuenta cosas como anteojos, exámenes de la vista, limpiezas dentales y otros servicios dentales. Muchos planes cubren los aspectos básicos dentales y de la visión, pero si necesita bifocales especiales o procedimientos dentales, podría terminar pagando mucho.

Otros beneficios pueden ser membresías a gimnasios o descuentos. Écheles un vistazo para ver cómo se adaptan a su presupuesto, a su estilo de vida y a sus necesidades.

# 04

## Paso 4: Estar en buena compañía

Elegir el plan correcto es difícil: recorrer cientos de compañías de seguros puede ser agotador.

Para empezar, hay varias categorías a considerar:

### **SIN FINES DE LUCRO FRENTE A CON FINES DE LUCRO**

¿Quién es la prioridad, usted o los accionistas? Las compañías con fines de lucro deben devolver las ganancias a los inversores, mientras que las organizaciones sin fines de lucro deben reinvertir sus ganancias en el plan para beneficiar a los miembros.

### **LOCAL FRENTE A NACIONAL**

Las compañías de seguros locales conocen y probablemente usan los mismos centros, médicos y recursos, y trabajan con ellos para brindar servicios de **la más alta calidad con los precios más asequibles**. Las compañías locales suelen contratar a representantes locales que tienen el conocimiento local para asegurarse de que obtenga el servicio que necesita. También pueden ofrecer descuentos, clases y programas locales en la comunidad. Las compañías nacionales pueden no tener esa experiencia local, pero pueden tener coberturas más amplias a nivel nacional.

### **EL SERVICIO AL CLIENTE QUE USTED MERECE**

El servicio de atención al cliente es un tema importante ¿Puede hablar por teléfono con alguien de la localidad? ¿Tiene que esperar y pasar por miles de pasos solo para recibir una respuesta genérica? Cuando necesita respuestas, necesita una persona real que haga que las cosas sucedan para usted.

### **DONDE TODOS SABEN SU NOMBRE**

Bueno, tal vez no todos conozcan su nombre, pero esto es una ventaja de pertenecer a la localidad. Al comparar compañías, asegúrese de revisar la red del plan. ¿Sus proveedores y centros actuales están en la red? De no ser así, ¿hay proveedores locales mejores para cubrir sus necesidades de atención médica?



## **LAS ESTRELLAS SE ALINEARON PARA USTED**

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) utilizan un **sistema de calificación de calidad de cinco estrellas** para evaluar los planes de salud. La calificación con estrellas puede decirle mucho sobre el servicio al cliente de una compañía, la satisfacción de los miembros, los beneficios y la calidad general. ¡Preste atención a esas estrellas! Las compañías reciben anualmente la calificación actualizada basada en respuestas reales de sus miembros a través de encuestas y cuestionarios. Estas calificaciones facilitan la tarea de eliminar lo que no sea lo mejor.

05

## **Paso 5: Fechas para recordar**

No pierda la fecha de inscripción; de ser así, tendrá que esperar otro año por la cobertura. Así que, como dicen por ahí, *icarpe diem!* No hay mejor momento que el presente para revisar su plan y hacer cambios si es necesario. Después de haber comparado planes y precios, es una buena idea llamar al representante de la compañía de seguros o hablar con un agente de seguros autorizado. Asegúrese de hacer todo esto con suficiente tiempo para no perderse su periodo de inscripción.

Eche un vistazo a estas fechas importantes:

### **INSCRIPCIÓN EN MEDICARE POR PRIMERA VEZ**

**¿Cumple 65? Tiene un periodo de siete meses en torno a su mes de cumpleaños.**

Es decir, tres meses antes del mes de su cumpleaños, tres meses después del mes de su cumpleaños y, por supuesto, en su mes de cumpleaños. (P.D. ¡Feliz cumpleaños!)



### **PERÍODO DE INSCRIPCIÓN ANUAL**

Marque sus calendarios. Cada año, desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre, tiene permitido hacer cambios y cambiar de plan. Esta es una gran oportunidad para revisar su cobertura para asegurarse de que todavía funciona para usted.



## PERÍODO DE INSCRIPCIÓN ABIERTA DE MEDICARE ADVANTAGE

Un período de inscripción específicamente para miembros de Medicare Advantage. **Desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo, tiene la oportunidad única de cambiar de plan.** Eso significa que puede optar por cambiarse a otro plan de Medicare

Advantage o puede cancelar su plan para regresar a Original Medicare. También puede agregar la Parte D durante este periodo para la cobertura de medicamentos con receta (si no está incluida en su plan de Medicare Advantage). Recuerde que este es un cambio de plan anual que se realiza una sola vez.

## PERÍODOS DE INSCRIPCIÓN ESPECIALES

La palabra "especiales" es clave aquí. Estos periodos están reservados a situaciones específicas. Aquí tiene una lista de ejemplo de los Periodos de inscripción especiales:

- > Pierde otros beneficios de empleador acreditado o de cobertura de seguro para jubilados
- > Tiene tanto Medicare como Medicaid
- > Se muda fuera de su área geográfica de servicio
- > Califica para recibir asistencia por bajos ingresos para medicamentos con receta

\* Si tiene Medicare debido a una discapacidad pero aún no tiene 65 años, podría tener un período de inscripción especial cuando cumpla 65.

## 06 Paso 6: Lo que necesita saber acerca de retrasar Medicare, HSA y SSA

Si todavía está planeando trabajar y no jubilarse para cuando cumpla 65 años, aún hay algunas cosas que debe saber.

### RETRASAR MEDICARE Y LA MULTA POR INSCRIPCIÓN TARDÍA

Puede continuar trabajando y retrasar Medicare si permanece en el plan de salud de su empleador. Sin embargo, no todos los planes de los empleadores son iguales y, en algunos casos, puede incurrir en una multa por **inscripción tardía (LEP, por sus siglas en inglés)** si su cobertura no se considera acreditable.

**Lo que pasa con la LEP es que es de por vida. Eso significa que, si incurre en una LEP, tendrá que pagar esta multa para siempre.** Incluso si planea trabajar después de los 65 años, es una buena idea que nos llame o trabaje con un agente de seguros autorizado para verificar el estado de su cobertura y evitar multas de por vida.

### **¿QUÉ SUCEDE CON SU HSA UNA VEZ QUE ESTÁ EN MEDICARE?**

Una vez que esté en Medicare, ya no podrá contribuir a una Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA, por sus siglas en inglés). Sin embargo, todo lo que haya ahorrado en su HSA se puede usar para pagar los gastos médicos calificados por el resto de su vida. Esto incluye el pago de las primas de Medicare y Medicare Advantage, libres de impuestos y multas. Pero **tenga en cuenta** que no puede usar su HSA para pagar las primas del seguro complementario de Medicare.

### **ADMINISTRACIÓN DE SEGURO SOCIAL (SSA)**

Si recibe beneficios del Seguro Social antes de los 65 años, su tarjeta de Medicare le llegará automáticamente por correo unos 90 días antes de que cumpla 65 años. ¿Qué sucede si retrasa el Seguro Social después de los 65 años? Como dijimos, la situación de cada uno es única. Llámenos y le guiaremos en su camino personal hacia Medicare.

## **Paso 7: Preparados, listos, fuera. ¿Qué viene después?**

¡Ha hecho sus deberes y ya está listo! Si decidió inscribirse en un plan de SelectHealth Advantage, o simplemente tiene preguntas, ¡entonces conozcámonos! Nos gustaría hablar con usted para asegurarnos de que comprende todo acerca de su próximo plan, la red, los beneficios y los contactos. Llámenos hoy mismo para empezar.

Para obtener más información acerca de los planes de Medicare o SelectHealth Advantage (HMO), llámenos gratis al **855-442-9940** (TTY: 711).



SelectHealth es un patrocinador de un plan HMO con un contrato con Medicare. La inscripción en SelectHealth Advantage depende de la renovación del contrato. Están disponibles otros proveedores en nuestra red. SelectHealth cumple con las leyes federales de derechos civiles. No le brindaremos un trato diferente por motivos de raza, color, origen étnico o nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, religión, credo, idioma, clase social, orientación sexual, identidad o expresión de género, o estado de veterano. Esta información está disponible sin costo en otros idiomas y en formatos alternativos si lo solicita.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame a SelectHealth Advantage: **1-855-442-9900** (TTY: 711) / SelectHealth: **1-800-538-5038**. 注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 SelectHealth Advantage: **1-855-442-9900** (TTY: 711) / SelectHealth: **1-800-538-5038**.

© 2021 SelectHealth. Todos los derechos reservados. 1409259 03/21  
H1994\_1409259\_C

