



EDICIÓN DE 2024

Revisión de Medicare

NUESTRA GUÍA ANUAL SIRVE DE AYUDA PARA QUE LOS PACIENTES
PLANIFIQUEN SU FUTURO.

Sabemos por qué usted abrió esta guía para Medicare.

El programa sobre seguro médico más utilizado de nuestro país entre las personas mayores de 65 años puede ser realmente confuso.

Recuerde, no está solo.

Esperamos que este folleto pueda ser una fuente útil de información junto con Medicare.gov, 1-800-MEDICARE y su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico local.

Aquí encontrará un buen servicio de salud para usted y sus seres queridos en el 2024.

PRODUCIDO POR SUS AMIGOS DE

wellvana

Solo para uso del paciente

Tabla de contenido

El alfabeto de Medicare: lo que cubre y lo que no	3
El aumento de Medicare Advantage	8
Las preguntas que necesita responder	11
Su cronograma de Medicare	15
Preguntas frecuentes	16

Medicare Original: comienza con A + B

Parte A

Generalmente, la Parte A cubre la atención médica en instalaciones. Esta incluye:

- Hospitalizaciones
- Rehabilitación para pacientes hospitalizados
- Instalaciones de enfermería a corto plazo
- Atención médica domiciliaria
- Cuidados de hospicio



La mayoría de las personas deberían considerar inscribirse al cumplir 65 años, incluso si todavía tienen un seguro por medio de un empleador, dado que pueden tener una prima mensual muy baja o nula.

Usted tiene que pagar un deducible si lo admiten en el hospital, que es de alrededor de \$1,600.

Las estancias hospitalarias de más de 60 días (o más de tres semanas en una instalación de enfermería especializada) requieren un coseguro de \$400 por día, que aumentará a \$800 por día después de 90 días. Después de 150 días, la Parte A no pagará ningún beneficio.

La Parte A se puede usar en cualquier instalación que acepte Medicare, lo que básicamente significa en todos los lugares.

Su período de inscripción inicial dura 7 meses, incluido el mes en que cumple 65 años. Prácticamente todos los médicos o sistemas de salud en los Estados Unidos aceptan Medicare Original.

Parte B

La Parte B paga a sus médicos y esto es lo que cubre:

- Citas con el médico
- Atención preventiva
- Visitas ambulatorias al hospital
- Traslados en ambulancia
- Medicamentos administrados en el consultorio
- Equipos médicos, como sillas de ruedas y suministros para diabéticos



Asimismo, la Parte B se puede usar en casi todas partes y requiere de una prima mensual que se deduce directamente de su cheque de seguridad social.

Usted paga por cuenta propia hasta alcanzar el monto deducible cada año, el cual costaba \$226 en 2023. Luego, usted paga el 20% de todos los costos, lo que puede sumarse rápidamente. Es por esto que querrá saber sobre el seguro complementario de Medicare, también llamado “Medigap”, que se explica en la siguiente página.

Usted puede rechazar la Parte B por escrito para ahorrarse la prima mensual, y algunas personas lo hacen si todavía tienen la cobertura que ofrece su empleador. Si no tiene la cobertura que ofrece su empleador, podría pagar una multa si no se inscribe en la Parte B cuando sea elegible para Medicare por primera vez.

Lo que A + B no cubren: el Medigap

Solo el 10 % de los pacientes de Medicare carecen de algún tipo de cobertura complementaria, que puede incluir Medicaid para hogares de bajos ingresos.

El seguro complementario de Medicare, o Medigap, es un tipo de seguro adicional que puede adquirir para ayudar a pagar los costos por cuenta propia en Medicare Original. Los planes complementarios son administrados por aseguradoras privadas. Los beneficios abarcan desde menores copagos y deducibles hasta beneficios bastante completos que pueden incluir cobertura para servicios de atención dental, oftalmológica y auditiva. Debe tener tanto la Parte A como la Parte B de Medicare a fin de ser elegible para la cobertura de Medigap.

Esta cobertura es útil, pues la Parte B deja a los afiliados de Medicare sin protección ante costos por cuenta propia. La obligación de coseguro del 20% puede sumarse rápidamente, por ejemplo, si está recibiendo quimioterapia o si necesita una cirugía compleja (al anestesiólogo y al cirujano se les paga conforme con la Parte B).

Medigap todavía no cubre la prescripción de medicamentos. Estos se abordarán a continuación en la Parte D.

Entérese:



su período de inscripción abierta de Medigap por única vez comienza tan pronto cumpla 65 años o, si retrasa presentar su documentación para la Parte B, esta oportunidad comienza después de que termine la cobertura que tenga por medio de un empleador.

Durante este período de 6 meses, la compañía de seguros no podrá negársela por causa de problemas de salud preexistentes.

Después, la cobertura puede ser más costosa, ya que las primas mensuales se basarán en sus afecciones médicas.

Pasarse a la Parte D

LA PARTE D SE REFIERE A LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS.

- Después de entrar en vigor en 2006, la mayoría de las personas eligen actualmente la cobertura de la Parte D cuando se inscriben en Medicare.
- Solo la ofrecen las aseguradoras privadas.
- Las primas mensuales varían en gran medida, pero millones de personas reúnen los requisitos para una cobertura subsidiada.
- Los planes pueden estar vinculados a un empleador o a un plan Medicare Advantage.
- Si no elige la Parte D inicialmente, pagará una sanción por “inscripción tardía” que se sumará a su prima mensual si decide añadirla en algún momento.

Entérese:



es fundamental asegurarse de que su plan sea admitido en su farmacia preferida. De lo contrario, se le puede cobrar como si no tuviera cobertura. Conviene verificarlo cada año, ya que el estado de la red puede cambiar con frecuencia.

Regresar a la Parte C, más conocida como Medicare Advantage

**LA PARTE C COMBINA LA PARTE A, LA PARTE B Y, A MENUDO,
LA PARTE D EN UN SOLO PLAN.**

- Comenzó en 2007 con aproximadamente 1 de cada 5 afiliados a Medicare.
- En 2023, más del 50 por ciento de todos los afiliados están en planes de Medicare Advantage.
- Ofrecida por aseguradoras privadas que tienen contrato con Medicare.
- Puede reducir los costos por cuenta propia y aumentar la previsibilidad de los gastos.
- Los pacientes se ven más limitados en cuanto a los médicos y las instalaciones que pueden usar. Pero tanto las redes PPO como las HMO han crecido en los últimos años.
- La mayoría de los planes ofrecen beneficios como atención dental, oftalmológica y auditiva.

Entérese:



si un plan de Medicare Advantage no es adecuado para usted, puede cambiar a Medicare Original y la cobertura complementaria durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage desde el 1.º de enero al 31 de marzo. Por lo general, el cambio se puede hacer sin costo adicional, siempre y cuando haya mantenido sus “derechos de emisión garantizados”, descritos en Medicare.gov.

El crecimiento de Medicare Advantage

Los planes Medicare Advantage se han vuelto cada vez más competitivos al ofrecer beneficios mejorados con costos adicionales mínimos o nulos.

Sus redes de médicos han crecido, atrayendo a pacientes que temían renunciar a la admisión casi universal de Medicare Original.

Los planes simplifican lo que de otro modo sería una compilación de la cobertura entre Medicare Original, un seguro complementario de Medicare (Medigap) y la Parte D.

Entérese:



Es posible que Medicare Advantage no sea la opción ideal para todos. Por ejemplo, los beneficiarios activos que viajan con frecuencia o dividen su tiempo entre varios hogares podrían beneficiarse de tener la libertad de visitar a cualquier médico u hospital que acepte pacientes de Medicare. Las personas que se han vuelto elegibles para Medicare, tienen una enfermedad grave y pueden pagar un plan complementario, también podrían sentirse inclinadas a continuar con Medicare Original.

Compare sus opciones de Medicare

CAMINO UNO ☺

Medicare original

PARTE A

+

PARTE B

- Se aplican limitaciones en términos de costos compartidos y beneficios. No prescription coverage.
- Sin cobertura en la prescripción.
- Puede consultar a cualquier médico que acepte Medicare sin necesidad de una remisión.

+

Añadir una cobertura de medicamentos

PARTE D

- Se aplican limitaciones en términos de costos compartidos y beneficios.
- No incluye beneficios adicionales ofrecidos por aseguradoras privadas.

+

Añadir seguro complementario

MEDIGAP

- El seguro privado ayuda a cubrir los costos por cuenta propia en Medicare Original.
- Podría o no incluir beneficios adicionales ofrecidos por aseguradoras privadas para ayudar con otras necesidades de atención médica.

CAMINO DOS ☺

Medicare Advantage

A MENUDO SE COMBINAN ELEMENTOS DE

PARTE A

PARTE B

PARTE D

MEDIGAP

- Combina Parte A + Parte B
- La mayoría de los planes incluyen cobertura de prescripción de medicamentos de la Parte D
- Agrupa la cobertura en un solo plan
- Limita los gastos por cuenta propia de forma muy similar al seguro comercial.
- A cambio de obtener primas más bajas, es posible que se le exija utilizar médicos y hospitales dentro de la red. Es posible que usar proveedores fuera de la red resulte más costoso.
- Requiere aprobación previa para varios servicios de alto costo, como quimioterapia u hospitalizaciones en instalaciones de enfermería especializada.
- Puede incluir beneficios complementarios que no se encuentran en la Parte A y la Parte B de Medicare, como atención dental, oftalmológica y auditiva.
- Todas las afecciones de salud aceptadas.

Tomar una decisión puede ser difícil

Para algunas personas, Medicare Original podría no representar una cobertura suficiente. Pero decidir entre Medigap y la cobertura de medicamentos de la Parte D frente a un plan de Medicare Advantage puede resultar difícil.

Los planes se pueden configurar de tantas maneras que lo mejor es contar con un agente de seguros autorizado que le guíe a través de las opciones y los costos.

Los agentes de seguros autorizados deben cumplir con estrictas reglas federales destinadas a ayudarlo a tomar la mejor decisión. No se les permite favorecer un producto sobre otro, por lo que su orientación es imparcial.

Sin embargo, es útil que primero se tome su tiempo para responder estas preguntas fundamentales en las páginas siguientes.

Libro de trabajo de Medicare

Antes de reunirse con un agente de seguros autorizado, responder a las siguientes preguntas le ayudará a comprender qué cobertura de Medicare es la más adecuada en función de sus necesidades específicas.

¡No se preocupe, no hay respuestas incorrectas!



NOMBRE A TODOS LOS MÉDICOS QUE PODRÍA NECESITAR PARA UNA CONSULTA. INCLUYA ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALISTAS.

¿QUÉ FARMACIA UTILIZA?

¿QUÉ MEDICAMENTOS PRESCRITOS TOMA O PLANEA TOMAR?

<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

QUÉ AFECCIONES CRÓNICAS TIENE O PREVÉ TENER?

¿VIAJA MUCHO?

¿PASA PARTE DEL AÑO EN UN ESTADO O REGIÓN DIFERENTE?

SI TUVIERA QUE IR AL HOSPITAL HOY, ¿A DÓNDE IRÍA?

¿HA CAMBIADO SU SALUD DURANTE EL ÚLTIMO AÑO O DOS ÚLTIMOS AÑOS?

¿QUÉ BENEFICIOS (POR EJEMPLO, ATENCIÓN DENTAL, OFTALMOLÓGICA O AUDITIVA) CONSIDERA ABSOLUTAMENTE OBLIGATORIOS PARA CUALQUIER COBERTURA?

EN TÉRMINOS GENERALES, ¿CUÁNTO GASTA CADA MES EN SU COBERTURA DE SALUD ACTUAL?

¿CUÁNTO DINERO PUEDE GASTAR CADA MES EN SERVICIOS MÉDICOS?

Inscribirse en Medicare: ¿cuándo actuar?

Existen períodos de inscripción específicos establecidos por Medicare. El incumplimiento de las directrices puede provocar la pérdida o el retraso de la cobertura o incluso el pago de sanciones.

> ¿QUIÉN ES ELEGIBLE?

- Todas las personas son elegibles a los 65 años.
- Personas con ciertas discapacidades menores de 65 años.
- Pacientes que padecen de una enfermedad renal terminal, es decir, una insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante.

> ¿CUÁNDO ME PUEDO INSCRIBIR?

- Lo que se conoce como el período de inscripción inicial comienza 3 meses antes de que cumpla 65 años.
- Su primera oportunidad de registrarse termina 3 meses después del mes de su cumpleaños.
- Si ya recibe beneficios de la seguridad social, se le inscribirá automáticamente en el primer día del mes en que cumpla 65 años.

> ¿CUÁNDO PUEDO CAMBIAR LA COBERTURA DESPUÉS DEL PERÍODO DE INSCRIPCIÓN INICIAL?

- El período de inscripción anual va desde el 15 de octubre al 7 de diciembre, y durante estos 53 días puede realizar todos los procesos. Comenzar un nuevo plan de la Parte D, Medigap o Medicare Advantage. También, cambiar de plan o regresar a Medicare Original.
- Período de inscripción abierta de Medicare Advantage, desde el 1.º de enero al 31 de marzo. Estos tres meses son una oportunidad adicional para que las personas con Medicare Advantage cambien de plan o regresen a Medicare Original.
- Período de inscripción especial: reservado para eventos calificados en su vida, como la pérdida de cobertura o un cambio.

Sabemos que todavía tiene preguntas

A continuación, encontrará las preguntas más comunes.



¿SERÉ AFILIADO AUTOMÁTICAMENTE A MEDICARE?

Si usted ya ha recibido beneficios por parte de la seguridad social, se le inscribirá automáticamente. De lo contrario, la mayoría de las personas deberán inscribirse manualmente comunicándose en línea o por teléfono con la seguridad social.

¿QUÉ HAGO SI TODAVÍA CUENTO CON SEGURO PRIVADO A TRAVÉS DE MI TRABAJO?

Usted puede mantener su plan e inscribirse dentro de los dos meses posteriores a su jubilación. Incluso antes de jubilarse, puede cambiar a la Parte A y Parte B de Medicare o Medicare Advantage si puede obtener mejores beneficios o ahorrar dinero.

¿CÓMO PAGO LA PARTE B SI TODAVÍA ESTOY RETRASANDO PRESENTAR MI DOCUMENTACIÓN PARA LA SEGURIDAD SOCIAL?

Si usted está retrasando presentar su documentación para la seguridad social, recibirá una factura que le exigirá que haga arreglos para pagar cada mes.

PUEDO INSCRIBIRME EN MEDICARE SI YA ESTOY EN MEDICAID?

Usted podría tener lo que se conoce como “elegibilidad doble” para Medicare y Medicaid. Incluso si no reúne los requisitos para Medicaid en su estado, es posible que las personas de hogares de bajos ingresos aún puedan reunir los requisitos para otro programa que ayude a pagar las primas mensuales.

¿QUÉ PASA SI ESTOY EN TRICARE?

Si usted está en TRICARE, se hará su transición automáticamente a TRICARE for Life. Recibirá una tarjeta de Medicare, que junto con su identificación militar serán lo único que necesitará. Los proveedores cobrarán primero la Parte A y Parte B de Medicare. De hecho, TRICARE for Life se convierte en su cobertura complementaria y de prescripción.

¿NECESITO MEDICARE SI TENGO BENEFICIOS DEL VA?

El VA alienta a los pacientes a inscribirse en Medicare cuando cumplen 65 años, de modo que puedan recibir tratamiento en un hospital o con un médico que no pertenezca al VA. Además, si retrasa presentar su documentación para la Parte B pero la necesita más tarde, pagará una sanción que aumenta cada año.

¿CUÁNTO PAGARÉ POR MEDICARE ORIGINAL?

La Parte A no tiene costo, a menos que usted o su cónyuge no hayan trabajado lo suficiente (en general, cerca de 10 años). Las primas de la Parte B se basan en los ingresos; datos que se extrae de su cheque de seguridad social. La mayoría de las personas pagan la prima estándar por la Parte B, que ascendía a \$164.90 en 2023.

CON MEDICARE ADVANTAGE, ¿DEBERÍA ESTAR PREOCUPADO ACERCA DE UN PLAN PPO FRENTE A HMO?

Así como tuvo que elegir entre un plan HMO y un plan PPO con un empleador, podría enfrentarse a la misma decisión en Medicare Advantage. Los planes PPO ofrecen más flexibilidad, pero suponen primas más altas. Los planes HMO exigen que usted reciba atención de un hospital o médico dentro de la red, excepto para atención de emergencia y otras situaciones. Los planes HMO también suelen exigir una remisión para que pueda consultar a un especialista, mientras que las PPO no la solicitan.

¿REALMENTE NECESITO HABLAR CON UN AGENTE DE SEGUROS AUTORIZADO?

Por supuesto, usted puede explorar por su cuenta. Pero un agente autorizado puede resultarle un recurso muy útil en cuanto a la clasificación de las opciones, en particular cuando considera Medicare Advantage. Todo el tiempo se están añadiendo beneficios, por lo que cada año conviene revisar su plan con un agente de seguros autorizado. Durante el Período Anual de Inscripción Abierta que tiene lugar cada año (del 15 de octubre hasta el 7 de diciembre), puede realizar cambios en su cobertura de Medicare que entrarán en vigor el 1.º de enero.

Lista de verificación de Medicare

¿Cuál es el próximo paso? A continuación encontrará algunas maneras sobre cómo puede proceder.

- Programe su visita anual de bienestar con su médico de atención primaria, en caso de que aún no lo haya hecho en 2023. Durante esta visita, asegúrese de que comprende todos los exámenes preventivos de salud que podría necesitar.
- Complete el libro de trabajo en la página 14.
- Conozca otras fuentes útiles, por ejemplo, Medicare.gov, 1-800-MEDICARE o su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico local.
- Converse con su familia y seres queridos con respecto a sus respuestas y su salud en general.
- Consulte a su agente de seguros autorizado para que le brinde recomendaciones respecto a qué planes y cobertura necesitará para el año 2024.

¿AÚN NO CUENTA CON UN AGENTE DE SEGUROS AUTORIZADO?

No dude en ponerse en contacto con la agencia de seguros autorizada con la que su médico de atención primaria se ha asociado para la inscripción a Medicare en 2024. Simplemente llame al + 1 866-783-9502 para solicitar una revisión gratuita de la cobertura disponible en su región. Si vives en Georgia llama: +1 888-519-1750

Medicare no debería ser como un juego de adivinanzas

Por el momento, solo hemos tratado el tema de manera superficial respecto a lo que necesita saber sobre Medicare; es por eso que los refuerzos son esenciales.

Este año, le estamos conectando para que tenga acceso a un equipo de agentes de seguros autorizados que analizarán con usted las opciones de Medicare 2024, le presentarán recomendaciones y responderán cualquier pregunta que tenga.

➤ Las buenas noticias: **este servicio no tiene ningún costo para usted.**

Para comenzar su revisión gratuita, simplemente llame al: +1 866-783-9502

Si vives en Georgia llama: +1 888-519-1750

Es momento de revisar sus opciones de cobertura de Medicare

Medicare ha existido por más de medio siglo, y cada año evoluciona. Pero a medida que aumentan las opciones, también lo hace la dificultad para elegir la combinación correcta de cobertura o clasificar los planes Medicare Advantage. Cada persona tiene sus propias necesidades y prioridades; no obstante, solo usted y su familia pueden decidir lo que les conviene.

En este momento, resulta esencial contar con ayuda; gracias a esta guía y libro de trabajo, se podrá preparar para reunirse con un agente de seguros autorizado y, de esta forma, encontrar el plan correcto para usted en 2024.

➤ *Para comenzar su revisión gratuita, simplemente llame al: +1 866-783-9502*
Si vives en Georgia llama: +1 888-519-1750

wellvana

WELLVANA® is a trademark of Wellvana Health, LLC. Use of such marks without the permission of Wellvana Health, LLC is strictly prohibited. All rights reserved.

AEP_019_200.02.23_v1.0