

Orientación de Medicare

Un seminario educativo para quienes se preparan para la elegibilidad de Medicare

La Orientación de Medicare es presentada por MedicareCompareUSA, una agencia de seguros de salud independiente no afiliada al programa federal de Medicare, que sirve como recurso de seguro de Medicare para los hospitales y sus pacientes con Medicare. Nuestros recursos de MedicareOnDemand ayudan a simplificar el proceso de encontrar su solución de Medicare.



 **Medicare
ON DEMAND**

A NON-GOVERNMENT ENTITY

We're not Medicare, we just make it Simple

Sobre Nosotros



Línea de Ayuda de Medicare – Respuestas a sus preguntas sobre Medicare y acceso a todos los recursos de MedicareOnDemand.

AgentOnDemand – Hable con un agente de seguros autorizado para comparar planes de Medicare, asistencia con la inscripción, y preguntas relacionadas con el soporte.

Herramienta de Cotización – Compare instantáneamente los planes de Prescripción, Advantage, y Supplement. Ingrese sus médicos, medicamentos, y farmacia para obtener una experiencia de cotización personalizada.

Educación sobre Medicare – Realice un estudio de Medicare a su propio ritmo.

MedicareOnDemand es atendido por MedicareCompareUSA, una agencia de seguros independiente que no está afiliada al programa federal de Medicare.



Empecemos con **Medicare Original**

Partes de Medicare A & B

Parte A

Cobertura de Hospital

+ Parte B

Cobertura Médica

**= Juntos, equivalen
a Medicare Original**

Medicare es un programa de beneficios de salud para ciudadanos estadounidenses o residentes permanentes que cumplen con ciertos requisitos de historial laboral: Debe tener: 65 años o más o menos de 65 años con ciertas discapacidades.

- Todos los que reciben beneficios por incapacidad del Seguro Social o ciertos beneficios por incapacidad de la Junta de Jubilación Ferroviaria durante 24 meses.
- Personas con esclerosis lateral amiotrófica (ELA), a menudo denominada enfermedad de Lou Gehrig, o con enfermedad renal terminal.



Inscribirse en Medicare

- Si recibe beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB) y está cumpliendo 65 años, tiene menos de 65 años y está discapacitado, o tiene ALS, quedará inscrito en Medicare A y B automáticamente.
- Recibirá su tarjeta roja, blanca, y azul de Medicare por correo 3 meses antes de cumplir 65 años o de su mes número 25 de beneficios por incapacidad.
- Si tiene cerca de 65 años y no recibe beneficios del Seguro Social o del Ferrocarril, debe comunicarse con el Seguro Social 3 meses antes de cumplir 65 años.
- Si no se inscribe en la Parte B cuando es elegible por primera vez, su prima de la Parte B puede aumentar un 10% por cada período completo de 12 meses en los que podría haber tenido la Parte B y no se inscribió.
- Si usted o su cónyuge todavía están trabajando y tienen cobertura médica a través de un empleador o sindicato, puede retrasar la inscripción a la Parte B sin penalización. NOTA: La cobertura basada en el empleo actual no incluye: COBRA, cobertura para jubilados, cobertura VA, o cobertura médica individual a través del Mercado de seguros médicos.

Medicare Parte A

Hospitalización: alojamiento y alimentación semiprivados, enfermería general, y servicios y suministros diversos.

- Días 1–60 totalmente cubiertos una vez alcanzado el deducible \$1,676 Deducible
- Día 61–90 \$419 por día
- 91–150 (mientras se utilizan 60 días de reserva de por vida) \$838 por día

Atención en un centro de enfermería especializada: Requiere estancia hospitalaria de 3 días

- Primeros 20 días 100% Cubierto
- Día 21–100 \$209.50 por día
- Día 101 y superiores No cubierto

Atención médica domiciliaria:

- Servicios aprobados por Medicare 100% Cubierto
- Solo para atención especializada médicamente necesaria y suministros médicos (no necesidades de atención a largo plazo)

Cuidados Paliativos:

95% Cubierto

Información de costos para el año calendario **2025**

Fuente: www.cms.gov/newsroom/fact-sheets/2025-medicare-parts-b-premiums-and-deductibles

Medicare Parte B

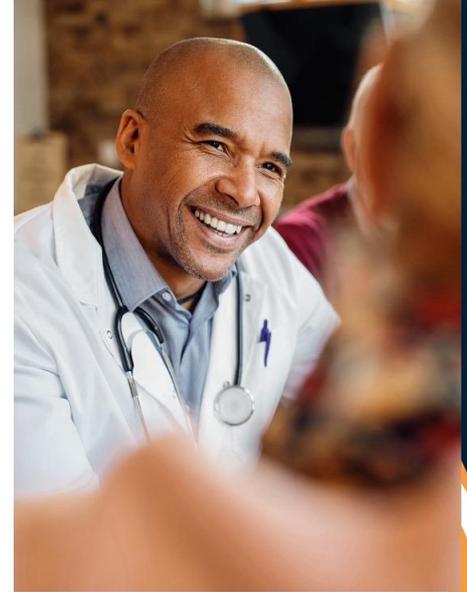
Gastos médicos: dentro o fuera del hospital y tratamiento hospitalario para pacientes ambulatorios, como servicios médicos, servicios y suministros médicos y quirúrgicos para pacientes hospitalizados y ambulatorios, fisioterapia y terapia del habla, pruebas de diagnóstico y equipo médico duradero.

- **Prima de la Parte B**
- **Deducible**
- **Después del deducible, la Parte B generalmente cubre 80% de los montos aprobados por Medicare**

Nota: También se cubren algunos cuidados preventivos.

\$185 /mes*

\$257 anualmente **



Importante: Agendar la visita de bienvenida de Medicare con su médico de atención primaria

Este beneficio de Medicare es muy importante y totalmente gratuito incluye una revisión de su historial médico y una discusión importante sobre servicios preventivos cubiertos por Medicare.

Prima de la Parte B de ***2025**. La prima puede ser más alta, según los ingresos individuales o del hogar.

Deducible de la Parte B de Medicare ****2025** (solo cuenta para los montos aprobados por Medicare).

Fuente: Source: www.cms.gov/newsroom/fact-sheets/2025-medicare-parts-b-premiums-and-deductibles



¿Qué no está cubierto?

Medicare Original no cubre:

- Deducibles y Coseguro
- Medicamentos Recetados
- Dental (Preventiva, Básica, y Mayor)
- Examen de la Vista de Rutina / Anteojos
- Audición de Rutina / Audífonos
- Sin Desembolso Máximo Red de Seguridad Para el Gasto

Fuente: www.medicare.gov/what-medicare-covers/whats-isnt-covered-by-part-a-part-b

Dos caminos para elegir

Medicare Original

Seguro
Hospitalario
Parte A

Seguro
Médico
Parte B

Parte D (opcional)
Cobertura de medicamentos
recetados

Medigap (opcional)
Póliza suplementaria de Medicare

Plan Medicare Advantage

Parte C
Combina la Parte A, la Parte B,
y, generalmente, la Parte D
(similar a PPO o HMO)

Medicare Supplement *Medigap*

Puede elegir su propio médico y hospital. Deben estar aprobados por Medicare y aceptar pacientes de Medicare.

No se necesitan referencias.

Cobertura de medicamentos recetados no incluida. Planes de la Parte D disponibles a un costo adicional.

**Médico y
Hospital**

**Referencias y
Autorización
Previa**

Para Recetas

Medicare Advantage

Puede elegir su propio médico y hospital, pero la mayoría de los planes MA incluyen una red de proveedores de atención médica participantes.

Es posible que se requieran referencias antes de consultar a especialistas, y la mayoría de los planes MA requieren autorización previa antes de recibir ciertas pruebas o procedimientos.

La cobertura de medicamentos recetados está incluida en todos los planes de medicamentos recetados de Medicare Advantage (MAPD).

Medicare Supplement *Medigap*

Sin requisitos de red. Su cobertura es portátil y viaja con usted por todo EE. UU.

Emisión de garantía si se inscribe dentro de los primeros 6 meses de la fecha de entrada en vigor de la Parte B. De lo contrario, la inscripción suele estar sujeta a la aprobación de la evaluación médica de la aseguradora.

Pagar la prima de la Parte B de Medicare y la prima mensual del plan Medigap. Sus costos de bolsillo son muy limitados. No olvide Rx: el plan independiente de la Parte D comprado se vende por separado.

De Viaje

Inscripción

Costo de Inscripción

Medicare Advantage

Los PPO y los HMO incluyen redes. La atención de emergencia siempre está cubierta cuando se viaja.

El período de inscripción inicial de 7 meses incluye 3 meses antes, el mes, y 3 meses después de cumplir 65 años. Inscripción basada en su código postal de residente; si te mudas necesitas cambiar de plan.

Pagar la prima de la Parte B de Medicare y la prima mensual del plan. Siempre que accede a servicios de atención médica, generalmente se le exige que pague copagos, coseguros, y/o deducibles.



Ayudándole a comprender **Medicare Advantage**

Consideraciones de Medicare Advantage

Requisitos de red

Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO)

- ✓ Debe recibir atención y servicios de proveedores de atención médica y hospitales en la red del plan (excepto atención de emergencia, atención de urgencia fuera del área, o diálisis fuera del área)*.
- ✓ Las HMO pueden exigirle que obtenga una referencia para poder consultar a un especialista.

** Si su HMO tiene una opción de punto de servicio (POS), es posible que pueda salir de la red para obtener ciertos servicios (generalmente por un costo más alto).*

Organización de Proveedores Preferidos (PPO)

- ✓ Es posible que reciba atención médica de proveedores y hospitales que no están en la red del plan, pero generalmente cuesta más.
- ✓ Mire para ver si el costo compartido fuera de la red es un copago fijo o un porcentaje de los cargos, luego revise el desembolso máximo anual del plan fuera de la red para comprender su exposición financiera al salir de la red.

Tarifa Privada por Servicio (PFFS)

- ✓ Puede visitar cualquier médico u hospital que acepte Medicare y este de acuerdo con los términos del plan.

Consideraciones de Medicare Advantage



Beneficios de Medicare Advantage (MA), Red de Proveedores, y Cambios en el Área de Servicio

- Las compañías del plan MA envían anualmente sus diseños de beneficios a Medicare (CMS) para su revisión y aprobación. Los miembros son notificados cada año (Carta de ANOC) sobre cómo cambiarán sus beneficios para el próximo año calendario.
- Los MA HMO y PPO que incluyen un beneficio de medicamentos recetados también pueden cambiar su lista de medicamentos aceptados cada año.
- Los planes MA determinan cada año dónde está disponible su producto.
- Los proveedores de atención médica también pueden cambiar los planes MA en los que participan.



Consideraciones de Medicare Advantage

¿Qué es la Autorización Previa?

Los planes Medicare Advantage con frecuencia requieren autorización previa, a diferencia del Medicare tradicional. Esto significa que su médico necesita obtener la aprobación del plan antes de que se cubran ciertos servicios.



**Ayudándote a entender
Medicare Supplement / Medigap**

Consideraciones de Medicare Supplement (Medigap)

Puede agregar un plan de Medicare Supplement a su Medicare Original

- Debe tener la Parte A y la Parte B y continuar pagando la prima de la Parte B.
- Los diseños de los planes varían de la A a la N.
- Los diseños de los planes están estandarizados: un “Plan G” es el mismo independientemente de la compañía de seguros. Sólo la Prima del Plan puede variar.
- La cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare no está incluida. Será necesario comprar por separado un plan de recetas médicas de Medicare independiente.
- Medicare paga primero los beneficios elegibles de Medicare; luego, el Suplemento de Medicare paga parte o la totalidad de la parte del paciente.
- Los planes complementarios de Medicare también pueden incluir algunos beneficios no cubiertos por Medicare Original [ejemplo: cobertura de viajes al extranjero (aplican limitaciones)].
- A menos que esté dentro de su **Período de inscripción abierta de Medigap**, los planes complementarios generalmente requieren la suscripción de una declaración de salud (preguntas médicas).

Consideraciones de Medicare Supplement (Medigap)

¿Qué es la Inscripción Abierta de Medigap?

El mejor momento para comprar una póliza Medigap es durante el Período de Inscripción Abierta de Medigap. Este es el período de 6 meses que comienza el primer día del mes en el que tienes 65 años o más y te inscribiste Parte B. Después de este período, sus opciones para comprar una póliza Medigap pueden ser limitadas y la póliza puede costar más.

Inscripción Abierta de Medigap

Período de inscripción único que NO se repite todos los años



Comienza el primer día del mes de tu cumpleaños

- ✓ Tener la Parte B
- ✓ 65+

Termina el último día del sexto mes.

- ✓ Tener la Parte B
- ✓ 65+

Información de salud

Lea atentamente cada pregunta.

Si alguna de las respuestas a las preguntas a continuación es "Sí", no se puede emitir cobertura.

La información que proporcioné en este formulario de inscripción es completa, verdadera y precisa a mi real saber y entender.*

Soy consciente de que cualquier declaración incompleta, falsa o inexacta o tergiversación material en el formulario de inscripción puede resultar en la cancelación de mi cobertura, un cambio en mi prima o la rescisión de mi cobertura.

¿Le han recomendado o programado pruebas (excluyendo las de rutina), tratamiento, seguimiento o cirugía que no se ha completado?*

Sí No

¿Está actualmente hospitalizado, confinado en una cama, recibiendo tratamiento de diálisis, recibiendo servicios de un centro de vida asistida, un hogar de ancianos o depende de una silla de ruedas o un dispositivo movilizadizo?*

Sí No

¿En los últimos 12 meses ha recibido terapia física, ocupacional o del habla?*

Sí No

¿Ha sido hospitalizado o ha utilizado una sala de emergencias para recibir tratamiento 2 o más veces en los últimos 24 meses?*

Sí No

¿Le han diagnosticado o tratado diabetes?

Sí No

En los últimos 5 años, ¿se han recetado o recomendado medicamentos para la depresión?*

Sí No

¿Actualmente le recetan 3 o más medicamentos para controlar la presión arterial alta?*

Sí No

En los últimos 12 meses, ¿le han recomendado una cirugía o está recibiendo infusiones o inyecciones para el tratamiento de:*

- Artritis de cualquier tipo
- Enfermedad de Crohn's
- Soriasis en placas
- Colitis ulcerosa

Sí No

¿Ha recibido tratamiento por alguna complicación de la diabetes, incluida nefropatía, retinopatía, enfermedad vascular periférica, accidente cerebrovascular, neuropatía o enfermedad cardíaca?*

Sí No

Para fines de suscripción, proporcione el nombre y la dirección de su médico de atención primaria

Nombre: _____

Dirección: _____

En los últimos 2 años, ¿le han diagnosticado, tratado, evaluado o le han recetado medicamentos?*

- Enfermedad de Hodgkin
- Leucemia, Mieloma o Linfoma
- Cáncer interno
- Melanoma
- Fibrilación auricular crónica
- Enfermedad de las arterias coronarias, angioplastia, stent o bypass
- Dolor en el pecho (angina)
- Ataque cardíaco/IM agudo
- Aneurisma
- Enfermedad vascular periférica
- Trastorno de la sangre/coagulación (excluyendo anemia leve)
- Ataque isquémico transitorio
- Trombosis venosa profunda
- Ataque
- Émbolo
- Distrofia muscular
- Esclerosis múltiple
- Mielitis transversa
- Trastornos de las glándulas
- suprarrenales
- Amputación por enfermedad
- Hepatitis crónica o cirrosis hepática
- Pancreatitis crónica
- Síndrome/Enfermedad de Cushing
- Trastornos enzimáticos
- Cirugía de reemplazo de articulaciones que no se ha completado
- Nefritis o glomerulonefritis
- Osteoporosis con fracturas
- Enfermedad o trastorno pituitario
- Enfermedad pulmonar (excluyendo asma)
- Estenosis de la arteria renal, incluido stent/angioplastia
- Uso obligatorio de un marcapasos o desfibrilador cardíaco
- Uso de oxígeno o nebulizador
- Estenosis espinal
- Abuso de sustancias (incluido más de 12 meses consecutivos de uso de opioides)

Sí No

En los últimos 10 años, ¿le han diagnosticado, tratado, evaluado o le han recetado medicamentos?*

- Miocardiopatía
- Corazón agrandado
- Insuficiencia cardíaca congestiva
- Enfermedad o regurgitación de las válvulas cardíacas
- ELA (esclerosis lateral amiotrófica)
- Demencia
- Enfermedad de Alzheimer
- Enfermedad de Parkinson
- Infección por SIDA, ARC o VIH
- Lupus sistémico
- Miastenia grave
- Esclerodermia sistémica
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- Trasplante de órganos, médula ósea, tejidos o células madre
- Cirrosis
- Insuficiencia renal o insuficiencia renal terminal
- Enfisema
- Esquizofrenia

Sí No

¿Qué pasa si pierdo mi Inscripción Abierta de Medigap?

La compañía de seguros Medigap puede negarle una póliza si no cumple con los requisitos de suscripción médica.

- *Este es un ejemplo de una solicitud Medigap real.*



Ayudándose a entender Planes de Medicamentos Recetados de Medicare

Parte D: Plan Estándar de Medicamentos Recetados

Los planes ofrecidos por compañías de seguros privadas deben cumplir o superar el plan estándar mínimo:



- ✓ Disponible para cualquier persona inscrita en Medicare (Parte A o Parte B o Partes A y B)
- ✓ Proporcionado por compañías de seguros privadas
- ✓ Las primas mensuales varían según el plan
- ✓ Solo se le permite tener un plan de la Parte D a la vez
- ✓ Si no se inscribe cuando sea elegible por primera vez, pagará una multa del 1 % por cada mes que no se inscribió
- ✓ Al igual que la Parte B, las primas podrían estar sujetas a un recargo de prima basado en los ingresos
- ✓ Ayuda Adicional o subsidio para personas de bajos ingresos (LIS) es un programa de Medicare que ayuda a personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos de los medicamentos recetados de Medicare

La multa por inscripción tardía es del 1 % mensual multiplicada por la “prima nacional básica del beneficiario” redondeada al \$0.10 más cercano y sumada a su prima mensual.



Parte D (cont)

Formulario:

- ✓ Cada plan de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare tiene su propia lista de medicamentos recetados cubiertos
- ✓ Estos medicamentos recetados se colocan en diferentes “niveles” que representan diferentes costos, por ejemplo: nivel 1- genérico preferido, nivel 2- genérico no preferido, nivel 3- marca preferida, nivel 4- marca no preferida, nivel 5- nivel de especialidad. Cuanto más alto sea el nivel, más caro será el medicamento recetado

Autorización previa:

- ✓ El plan en el que se inscribe puede requerir autorización previa para ciertos medicamentos



Parte D (cont)

Terapia escalonada:

- ✓ Su plan de medicamentos recetados puede requerir que pruebe primero ciertos medicamentos menos costosos que han sido probados para la mayoría de las personas con su afección antes de poder avanzar un “escalón” hacia un medicamento recetado más costoso
- ✓ Si ya probó medicamentos recetados similares y menos costosos y no funcionaron, su médico puede comunicarse con el plan para solicitar una excepción
- ✓ Si se aprueba, su plan cubrirá el medicamento recetado de terapia escalonada

Parte D: Como funciona

DEDUCIBLE ESCENARIO

Usted paga \$0-\$590
dependiendo de su plan

\$35 copago en insulina

ETAPA INICIAL DE COBERTURA

Usted paga su copago hasta
que haya pagado un total
de \$2,000

\$35 copago en insulina

ETAPA CATASTRÓFICA

**Usted paga \$0 por
el resto del año
calendario**

Límite de desembolso de medicamentos recetados del miembro \$2,000

Opción de plan de pago:

El Plan de Pago de Recetas de Medicare: El programa tiene como objetivo permitir a los beneficiarios distribuir sus obligaciones de costos compartidos a lo largo de un año del plan. El medicamento o plan de salud se pagaría mensualmente y ya no pagarías en la farmacia. Uno puede optar por participar en cualquier momento.

Información de costos para el
año calendario 2025

*Los costos totales de bolsillo
son los montos que usted paga

La multa por inscripción tardía o
periodo perdida es 1% mensual



Información Adicional

Partes C y D: Períodos de Inscripción a Medicare



Período de Inscripción Inicial (IEP/ICEP)

Este es el período de tiempo en el que la mayoría de las personas se inscriben en Medicare. Un período de siete meses, que comienza tres meses antes del mes en el que cumple 65 años y finaliza tres meses después de ese mes (suponiendo que no se retrase en los beneficios de la Parte B).

Período de Inscripción Anual (AEP) de Medicare del 15 de Octubre al 7 de Diciembre

Los beneficiarios pueden cambiar de plan, agregar, o eliminar la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare o regresar a Medicare Original. Los nuevos planes entrarán en vigor el 1 de Enero del año siguiente. Se aplican pautas.



Partes C y D: Períodos de Inscripción a Medicare

Período de Inscripción Abierta (OEP) de Medicare del 1 de Enero al 31 de Marzo

Los inscritos en el plan MA pueden inscribirse en otro plan MA o cancelar su inscripción en su plan MA y regresar a Medicare Original (y elegir un plan de medicamentos recetados independiente). Las personas pueden hacer solo una elección durante el período y no pueden cambiar de un plan de medicamentos recetados a otro.

Período Especial de Elecciones (SEP)

Es posible que se apliquen períodos de inscripción especiales para una variedad de situaciones que incluyen, entre otras: cambio de residencia, pérdida de cobertura grupal, o si su plan se retira del mercado para el próximo año.



Fuentes:

www.medicare.gov/what-medicare-covers/what-part-a-covers

www.medicare.gov/what-medicare-covers/what-part-b-covers

www.cms.gov/newsroom/fact-sheets/2025-medicare-parts-b-premiums-and-deductibles

www.medicare.gov/what-medicare-covers/whats-isnt-covered-by-part-a-part-b

www.medicare.gov/drug-coverage-part-d

www.medicareondemand.com/medicare-education-center/medicare-basics

www.medicare.gov/medicare-and-you

www.medicare.gov/health-drug-plans/medigap/ready-to-buy#:~:text=Under%20federal%20law%2C%20you%20get,enroll%20in%20any%20Medigap%20policy

For more information about Medicare insurance options, visit the MedicareOnDemand Medicare Education Center:

www.medicareondemand.com/medicare-education-center



We're not Medicare, we just make it Simple

Gracias!

¿Tiene alguna pregunta? Llame gratis para hablar con un agente de seguros autorizado
866-391-7763, TTY 711 (L-V 9am-5pm)
MedicareOnDemand.com