

**Departamento de Seguros de Arkansas Programa  
de Información sobre Seguros de Salud para  
Personas Mayores (AR SHIIP) División**

# AR SHIIP

# Guía Rápida

de

# MEDICARE

# 2025



# **Programa de Información sobre Seguros de Salud para Personas Mayores (AR SHIIP) División**

## **Declaración de Misión de AR SHIIP:**

**Nuestra misión es empoderar, educar y asistir a las personas elegibles para Medicare a través de orientación, asesoramiento y capacitación objetiva. La visión de AR SHIIP es convertirse en su recurso confiable en la comunidad para obtener información confiable sobre Medicare.**



**1 Commerce Way**

**Little Rock, AR 72202**

**Toll Free: 1-800-224-6330**

[www.insurance.arkansas.gov](http://www.insurance.arkansas.gov) y [www.shiipar.com](http://www.shiipar.com)

**ENCUENTRANOS EN FACEBOOK**

Publicación de Abril de 2025



# Contenido

<b>Declaración de Misión de AR SHIIP.....</b>	<b>2</b>
<b>Lista de nuestros Socios.....</b>	<b>3</b>
<b>Tabla de contenidos .....</b>	<b>4</b>
<b>Tabla de contenidos Continuación.....</b>	<b>5</b>
<b>Medicare y Responsabilidad.....</b>	<b>6</b>
<b>Comenzando con Medicare.....</b>	<b>7</b>
<b>¿Cómo y cuándo deberías inscribirte en Medicare?.....</b>	<b>8</b>
<b>Período de Inscripción Inicial y Período de Inscripción General.....</b>	<b>9</b>
<b>Período de Inscripción Especial .....</b>	<b>10</b>
<b>Nuevo Período de Inscripción para Beneficiarios .....</b>	<b>11</b>
<b>Las Cuatro Partes de Medicare.....</b>	<b>12</b>
<b>Primas y Costos de Medicare (Parte A) .....</b>	<b>13</b>
<b>Primas y Costos de Medicare (Parte B).....</b>	<b>14</b>
<b>Servicios Cubiertos por Medicare en 2025 .....</b>	<b>15</b>
<b>¿Cómo funciona mi otro seguro con Medicare?.....</b>	<b>16</b>
<b>Servicios y Pruebas Preventivas (Parte B).....</b>	<b>17</b>
<b>¿Qué es Medicare Parte C?.....</b>	<b>18</b>
<b>Medicare Advantage (Parte C).....</b>	<b>19</b>
<b>Cobertura de Medicamentos de Medicare (Parte D).....</b>	<b>20</b>
<b>¿Qué es un Formulario?.....</b>	<b>21</b>
<b>Cuándo Unirse, Cambiar o Cancelar un Plan de Medicare.....</b>	<b>22</b>
<b>Cuándo Unirse, Cambiar o Cancelar un Plan de Medicare Continuación.....</b>	<b>23</b>
<b>Evidencia de Cobertura.....</b>	<b>24</b>
<b>4 Tipos de Programas de Ahorro de Medicare y Ayuda Adicional .....</b>	<b>25</b>
<b>Reglas de Cobertura de Medicamentos.....</b>	<b>26</b>
<b>Costo de Cobertura de Medicamentos.....</b>	<b>27</b>
<b>Ayuda Adicional para 2025.....</b>	<b>28</b>
<b>Elegibilidad Completa para la Ayuda Adicional de Salud en 2025.....</b>	<b>29</b>
<b>Programa de Ahorro de Medicare 2025 .....</b>	<b>30</b>

# Contenido

<b>Beneficio de Salud del Servicio Postal y inscripción en la Parte B.....</b>	<b>31</b>
<b>¿Qué es el Seguro Suplementario de Medicare?.....</b>	<b>32</b>
<b>Seguro Complementario de Medicare (Medigap).....</b>	<b>33</b>
<b>Tipos de Seguro Complementario de Medicare (Medigap).....</b>	<b>34</b>
<b>Diferencia entre Medigap y los planes Medicare Advantage.....</b>	<b>35</b>
<b>Comparar Planes de Medigap y Beneficios Disponibles.....</b>	<b>36</b>
<b>Las Pólizas de Medigap no Cubren Todo .....</b>	<b>37</b>
<b>Advertencia al Comprador.....</b>	<b>38</b>
<b>Cuidado al Comprar / Variables.....</b>	<b>39</b>
<b>Circunstancias Especiales para Emisión Garantizada de MEDIGAP.....</b>	<b>40</b>
<b>Boletín del Comisionado.....</b>	<b>41-42</b>
<b>Bloque Abierto de Suplemento de Medicare.....</b>	<b>43-44</b>
<b>Bloque Cerrado de Suplemento de Medicare.....</b>	<b>45-46</b>
<b>Suplemento de Medicare Abierto y Menores de 65 Años.....</b>	<b>47</b>
<b>Suplemento de Medicare Cerrado y Menores de 65 Años.....</b>	<b>48</b>
<b>Medicare y el Mercado de Seguros de Salud.....</b>	<b>49</b>
<b>Derechos y Protecciones de Medicare.....</b>	<b>50</b>
<b>Acentra Health.....</b>	<b>51</b>
<b>Fraude, Desperdicio y Abuso de Medicare.....</b>	<b>52</b>
<b>Encontrar un Doctor o Proveedor de Atención Médica.....</b>	<b>53</b>
<b>Preguntas Frecuentes sobre Medicare.....</b>	<b>54</b>
<b>Jubilados del Estado de Arkansas y de Escuelas Públicas.....</b>	<b>55</b>
<b>Programa Mensual de Beneficios para Jubilados de Arkansas y Grupo MAPD &amp; Programa para Jubilados.....</b>	<b>56</b>
<b>Primas Mensuales para Jubilados del Estado de Arkansas No Medicare 2025.....</b>	<b>57</b>
<b>Ventaja de Salud Medicare para Escuelas Públicas 2025.....</b>	<b>58</b>
<b>Primas Mensuales para Jubilados No Medicare de Escuelas Públicas 2025.....</b>	<b>59</b>
<b>2025 (Parte B) Cobertura para Jubilados del Estado y de Escuelas Públicas de Medicare.....</b>	<b>60</b>
<b>Recursos Rápidos Federales y Estatales.....</b>	<b>61</b>
<b>Sitios Web y Números de Teléfono Útiles.....</b>	<b>62</b>
<b>Glosario.....</b>	<b>63-69</b>

# MEDICARE

## Seguro de Salud para:

- ◆ Personas de 65 años o más
- ◆ Personas de 65 años con ciertas discapacidades
- ◆ Personas de cualquier edad con Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD) (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón)

**NOTA:** Para obtener Medicare, debes ser ciudadano estadounidense o estar legalmente presente en los Estados Unidos. Debes residir en los Estados Unidos durante 5 años continuos.



## Medicare & You 2025

The official U.S. government Medicare handbook



Medicare

## ¿Qué Agencias son Responsables de Medicare?



**Social Security**  
Enrolls most people in Medicare



**Railroad Retirement Board (RRB)**  
Enrolls both railroad retirees and active employees in Medicare



**Office of Personnel Management (OPM)**  
Handles federal retirees' premiums



**Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS)**  
Forms Medicare policy and administers Medicare coverage, benefits, and payments

# Comenzando con Medicare

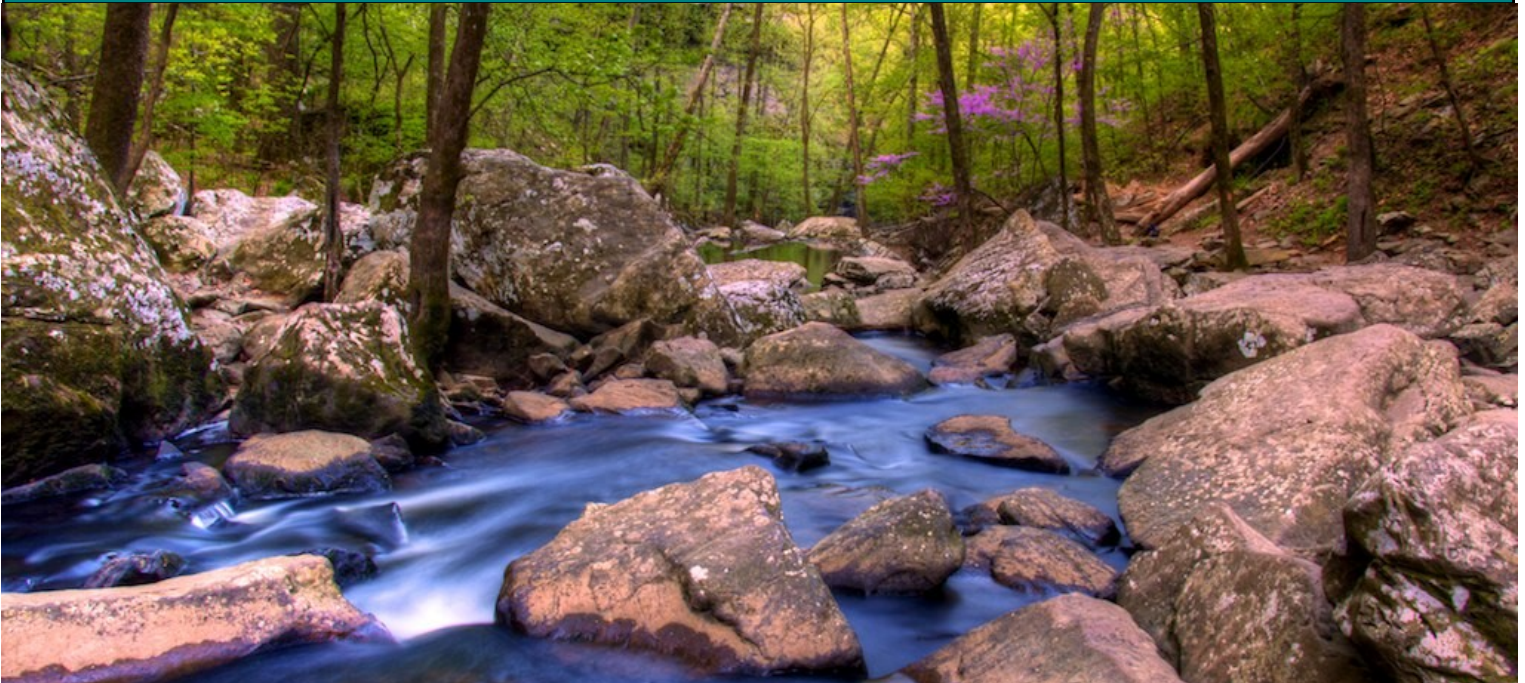
Recibir Medicare es un hito importante. A continuación, se enumeran 5 datos importantes para ayudarte en tu viaje con Medicare

1. Algunas personas reciben Medicare automáticamente, y otras tienen que inscribirse. Es posible que tengas que inscribirte si tienes 65 años (o casi 65) y no estás recibiendo Seguridad Social.
2. Hay ciertos momentos del año en los que puedes inscribirte o cambiar la cobertura de Medicare.
3. Si te inscribes en Medicare (Parte B) cuando eres elegible por primera vez, evitarás una penalización.
4. Es posible que puedas recibir ayuda con los costos de tu Medicare.
5. Compra y compara planes cada año.

**Si tienes preguntas sobre Medicare, AR SHIP tiene las respuestas. Llama a AR SHIP y te conectaremos con consejeros certificados de Medicare en tu área. Llama gratis al:**

**1-800-224-6330**

# ¿Cómo y cuándo deberías inscribirte en Medicare?



Si estás cerca de los 65 años y no estás recibiendo beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación del Ferrocarril (RRB), tendrás que inscribirte en Medicare. Ponte en contacto con el Seguro Social 3 meses antes de cumplir 65 años.

La inscripción en Medicare es automática **solo** si ya estás recibiendo un cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación del Ferrocarril (RRB). Se te enviará una tarjeta de Medicare roja, blanca y azul 3 meses antes de tu 65 cumpleaños o el mes 25 de beneficios por discapacidad.

Cuando seas elegible por primera vez para Medicare, tendrás un **Período de Inscripción Inicial** de 7 meses para inscribirte en la Parte A y/o la Parte B (3 meses antes, el mes de tu cumpleaños y 3 meses después de cumplir 65 años).

Cuando te inscribes en Medicare, puedes registrarte en las Partes A y B. Debes pagar una prima por la Parte B. Si decides inscribirte en la Parte B más adelante, es posible que tengas que pagar una **penalidad mensual por inscripción tardía durante todo el tiempo que tengas cobertura de la Parte B** y podrías tener un período sin cobertura de salud.

# Período de Inscripción Inicial (IEP) 2025


## Periodo de 7 Meses



Si te inscribes antes de cumplir los 65 años, tu cobertura comienza el primer día del mes de tu cumpleaños.



Si te inscribes en los últimos 4 meses de tu IEP, la cobertura comienza el primer día del mes siguiente.

 Si no te inscribes durante tu IEP, es posible que tengas que esperar para inscribirte y posiblemente pagar una penalización por inscripción tardía.

★ **NOTA:** Tu período de 6 meses para Medigap comienza cuando tienes 65 años y te inscribes en la Parte B de Medicare.

# Período de Inscripción General (GEP) 2025


## GEP de 3 meses al año



Puedes inscribirte para:

- Parte A (si tienes que comprarla)
- Parte B

**La cobertura comienza el primer día del mes siguiente a tu inscripción**

 Puedes tener penalizaciones por inscripción tardía

# Período de Inscripción Especial (SEP) 2025

Continúa durante 8 meses después de que finaliza la cobertura GHP

Comienza después del IEP de Medicare si tienes cobertura GHP por empleo actual



Puedes inscribirte en la Parte A (si tienes que pagar por ella) y/o Parte B:

- ✓ En cualquier momento en que aún estés cubierto por el GHP
- ✓ Durante el período de 8 meses que comienza el mes después de que termina el empleo o comienza la cobertura

Usualmente, no hay penalizaciones por inscripción tardía



- ⊕ **NOTA:** Tienes 6 meses desde la fecha de efectividad de la Parte B para comprar una póliza de Medigap (debes tener la Parte A y la Parte B)

## Simplificación de Inscripción para **Nuevos** Beneficiarios

- ♦ Sección 120 de la Ley de Asignaciones Consolidadas (CAA) de 2021
- ♦ Los Períodos de Inscripción Especial (SEP) sin penalidades por inscripción tardía pueden establecerse para individuos que cumplan condiciones excepcionales especificadas por el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de los Estados Unidos.
- ♦ Las personas pueden calificar para uno de los nuevos Períodos de Inscripción Especial (SEP) si:
  - ♦ Se ven afectadas por una emergencia o desastre.
  - ♦ Reciben información inexacta o engañosa de su plan de salud o empleador
  - ♦ Han estado anteriormente encarcelados.
  - ♦ Pierden la cobertura de Medicaid.
  - ♦ Experimentan otras condiciones excepcionales.

# Simplificación de la Inscripción de Beneficiarios

## Nuevos Períodos de Inscripción Especial (SEP)

Períodos de Inscripción Especial (SEP)	Comienza	Termina	Comienza la cobertura
Una vez que el individuo ha sido o fue impactado por un desastre o emergencia.	La fecha en que se declara el desastre estatal, federal o local.	6 meses después de uno de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>La fecha de finalización de la declaración.</li> <li>El último día de la extensión de la declaración.</li> <li>La fecha en que el gobierno revoca o anuncia el fin de la declaración.</li> </ul>	El mes después de que el individuo se inscribe.
Error del Plan de Salud o del Empleador	El día en que el individuo notifica al Seguro Social que su plan de salud o empleador proporcionó información incorrecta o engañosa.	6 meses después de que el individuo notifique al Seguro Social.	El mes después de que se inscriban.
Anteriormente encarcelado	El día en que la persona es liberada de la custodia.	El último día del duodécimo mes después del mes en que la persona es liberada.	El mes después de que la persona se inscribe, o la persona puede elegir retroactivo hasta su fecha de liberación (sin exceder los 6 meses).
Terminación de Medicaid	El día en que la persona es notificada de que la cobertura de Medicaid está terminando.	6 meses después de que termina la cobertura de Medicaid	El mes después de que la persona se inscribe, a menos que la persona elija una fecha de inicio el primer día del mes en que perdió Medicaid y acepte pagar todas las primas anteriores.
Otras condiciones excepcionales	Una vez que el Seguro Social decide si la persona califica para un SEP.	Duración mínima de 6 meses.	El mes después de que la persona se inscribe.

# Las cuatro partes de Medicare

## (Parte A) (Seguro Hospitalario)



### Ayuda a cubrir:

- Atención hospitalaria para pacientes ingresados
- Atención en centros de enfermería especializada
- Atención de hospicio
- Atención médica en el hogar

## (Parte B) (Seguro Médico)



### Ayuda a cubrir:

- Servicios de médicos y otros proveedores de atención médica
- Atención ambulatoria
- Cuidados de salud en el hogar
- Equipos médicos duraderos (como sillas de ruedas, andadores, camas de hospital y otros equipos)
- Muchos **servicios preventivos** (como detecciones, vacunas o inmunizaciones y visitas anuales de "Bienestar")



## (Parte C) (Medicare Advantage)

Los planes de MA se consideran una alternativa integral al Medicare Original.

## (Parte D) (Cobertura de Medicamentos)



- Ayuda a cubrir el costo de los medicamentos recetados (incluyendo algunas vacunas y vacunas)
- Los planes que ofrecen cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D) son ofrecidos por compañías de seguros privadas que siguen reglas establecidas por Medicare.

 <b>MEDICARE HEALTH INSURANCE</b> Name/Nombre <b>JOHN L SMITH</b> Medicare Number/Número de Medicare <b>1EG4-TE5-MK72</b> Entitled to/Con derecho a <b>HOSPITAL (PART A) 03-01-2016</b> <b>MEDICAL (PART B) 03-01-2016</b>	<h3>Reemplazo de tu tarjeta de Medicare</h3> <p><b>Si necesitas reemplazar tu tarjeta de Medicare porque está dañada o perdida</b>, inicia sesión (o crea) en tu cuenta segura de Medicare en Medicare.gov para imprimir u ordenar una copia oficial de tu tarjeta de Medicare. También puedes llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicitar que te envíen una tarjeta de reemplazo por correo. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.</p>
--	--

# Prima y Costo de Medicare (Parte A)

## Prima gratuita (Parte A)

Por lo general, no pagas una prima mensual por la cobertura de Medicare

**(Parte A) (Seguro Hospitalario)** si tú o tu cónyuge pagaron impuestos de Medicare mientras trabajaban. A esto a veces se le llama "prima gratuita (Parte A)."

## La mayoría de las personas reciben prima gratuita (Parte A).

Puedes recibir prima gratuita (Parte A) a los 65 años si:

- ♦ Ya recibes beneficios de jubilación del Seguro Social o de la Junta de Jubilación del Ferrocarril.
- ♦ Eres elegible para recibir beneficios del Seguro Social o del Ferrocarril.
- ♦ Tú o tu cónyuge trabajaron y pagaron impuestos de Medicare durante al menos 10 años

Si tienes menos de 65 años y eres elegible para recibir prima gratuita (Parte A) si:

- ♦ Recibiste beneficios por discapacidad del Seguro Social o de la Junta de Jubilación del Ferrocarril durante 24 meses.
- ♦ Tienes Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD) y cumples con ciertos requisitos

## Primas (Parte A)

\$0 al mes para aquellos con 10 o más años (40 trimestres) de historial laboral

\$278 al mes para aquellos con 7.5 a 10 años (30-39 trimestres) de historial laboral

\$505 al mes para aquellos con menos de 7.5 años (30 trimestres) de historial laboral

Si no calificas para la prima gratuita (Parte A), puedes comprarla.

Si compras la Parte A, podrías pagar hasta \$518 cada mes. Si pagaste impuestos de Medicare durante 30-39 trimestres, la prima estándar de la Parte A es de \$285.

En la mayoría de los casos, si optas por comprar la Parte A, también debes:

- ♦ Tener Medicare (Parte B) (Seguro Médico)
- ♦ Pagar primas mensuales tanto para la Parte A como para la (Parte B)

Contacta al Seguro Social para obtener más información sobre la prima de la (Parte A)

# Prima y Costo de Medicare (Parte B)

## (Parte B) Prima

Pagas una prima cada mes por la Parte B. Tu prima de la Parte B será deducida automáticamente de tu pago de beneficios si recibes beneficios de alguno de los siguientes:

- Seguro Social
- Junta de Jubilación del Ferrocarril
- Oficina de Administración de Personal

Si no recibes estos pagos de beneficios, recibirás una factura. La mayoría de las personas pagarán el monto de prima estándar. Si tu ingreso bruto ajustado modificado está por encima de cierta cantidad, es posible que pagues un Monto de **Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso** (IRMAA). Medicare utiliza el ingreso bruto ajustado modificado reportado en tu declaración de impuestos del IRS de hace 2 años. Esta es la Información de la declaración de impuestos más reciente proporcionada al Seguro Social por el IRS.

El monto estándar de la prima de la Parte B en **2025 es de \$185**. La mayoría de las personas pagan el monto estándar de la prima de la Parte B. Si tu ingreso bruto ajustado modificado, según lo informado en tu declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, está por encima de cierta cantidad, pagarás el monto estándar de la prima y un Monto de Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso (IRMAA). IRMAA es un cargo adicional agregado a tu prima.

Según tu declaración de impuestos del IRS del 2023, la siguiente tabla mostrará lo que podrías pagar por las primas totales de la Parte B cada mes en 2025.			Pagas cada mes (en 2025)
Presentar la declaración de impuestos individual	Presentar la declaración de impuestos conjunta	Presentar la declaración de impuestos casados y separados	
\$106,000 o menos	\$212,000 o menos	\$106,000 o menos	\$185.00
Por encima \$106,000 hasta \$133,000	Por encima \$212,000 hasta \$266,000	No aplicable	\$259.00
Por encima \$133,000 hasta \$167,000	Por encima \$266,000 hasta \$334,000	No aplicable	\$370.00
Por encima \$167,000 hasta \$200,000	Por encima \$334,000 hasta \$400,000	No aplicable	\$480.90
Por encima \$200,000 y menos de \$500,000	Por encima \$400,000 y menos de \$750,000	above \$106,000 y menos de \$394,000	\$591.90
\$500,000 o por encima	\$750,000 y por encima	\$394,000 y por encima	\$628.90

# Los servicios cubiertos por Medicare en 2025

<b>SERVICIOS CUBIERTOS POR EL SEGURO HOSPITALARIO (PARTE A)</b>			
SERVICIOS	BENEFICIOS	MEDICARE PAGA	USTED PAGA
<b>Hospitalización</b> Habitación semiprivada, enfermería general, servicios varios	Primeros 60 días Día 61 al 90 A partir del día 91	Todo excepto \$1.676 Todo excepto \$419 por día Todo excepto \$838 por día	Todo excepto \$1,676 Todo excepto \$419 por día Todo excepto \$838 por día
<b>Cuidado en un Centro de Enfermería Especializada (SNF)</b> después de una estancia hospitalaria de 3 noches	Primeros 20 días Día 21 al 100 Más allá de 100 días	100% si es aprobado Todo excepto \$209.50 por día Nada	Nada si es aprobado \$209.50 por día Todos los costos
<b>Cuidado en el hogar</b> Atención médica especializada necesaria, terapia	Atención a tiempo parcial siempre y cuando cumplas con las pautas	100% si es aprobado	Nada si es aprobado
<b>Cuidados paliativos</b> Para los pacientes terminales	Siempre y cuando el médico certifique la necesidad	Todo excepto costos limitados para medicamentos y cuidado de relevo	Costos limitados para medicamentos y cuidado de relevo
<b>Sangre</b>	Sangre	Todo excepto las primeras 3 pintas	Las primeras 3 pintas

<b>SERVICIOS CUBIERTOS POR EL SEGURO MÉDICO (PARTE B)</b>		
SERVICIOS	MEDICARE PAGA	USTED PAGA
<b>Gastos médicos</b> Servicios médicos de los médicos y suministros médicos dentro y fuera del hospital	El <b>80%</b> del monto aprobado (después de deducible de \$257)	El <b>20%</b> del monto aprobado (después de deducible de \$257)
<b>Laboratorio clínico</b> Pruebas diagnósticas	<b>100%</b> si es aprobado	<u>Nada</u> si es aprobado
<b>Cuidado en el hogar</b> Cuidado médicamente necesario y especializado, servicios de ayuda en el hogar, suministros médicos, etc. después de una estancia hospitalaria de 3 días, requiere una receta	<b>100%</b> si es aprobado	<u>Nada</u> si es aprobado
<b>Tratamiento hospitalario ambulatorio</b> Ilimitado si es médicamente necesario	<b>80%</b> si es aprobado	El <b>20%</b> del monto aprobado (después de deducible de \$257)
<b>Durable Medical Equipment</b> Prescribed by a doctor for use in home	El <b>80%</b> del monto aprobado (después de deducible de \$257)	El <b>20%</b> del monto aprobado (después de deducible de \$257)
<b>Sangre</b>	El <b>80%</b> del monto aprobado (después de deducible de \$240 y después de las primeras 3 pintas)	El <b>20%</b> del monto aprobado (después del deducible de \$257 y después del pago de las primeras 3 pintas)

## ¿Cómo funciona mi otro seguro con Medicare?

Cuando tienes otro seguro (como la cobertura de salud del grupo del empleador) y Medicare, hay reglas que deciden si Medicare o tu otro seguro paga primero.

### ¿Quién paga primero?

Si tienes seguro de jubilación de tu propio empleo o del empleo anterior de tu cónyuge	Medicare paga primero
Si tienes 65 años o más, tienes cobertura de un plan de salud grupal basado en tu empleo actual o en el empleo actual de tu cónyuge, y el empleador tiene 20 o más empleados	Tu plan de salud grupal paga primero
Si tienes 65 años o más, tienes cobertura de un plan de salud grupal basado en tu empleo actual o en el empleo actual de tu cónyuge, y el empleador tiene menos de 20 empleados	Medicare paga primero
Si tienes menos de 65 años y estás discapacitado, tienes cobertura de un plan de salud grupal basado en tu empleo actual, el empleo actual de tu cónyuge o de un miembro de tu familia, y el empleador tiene 100 o más empleados	Tu plan de salud grupal paga primero
Si tienes menos de 65 años y estás discapacitado, tienes cobertura de un plan de salud grupal basado en tu empleo actual o en el empleo actual de un miembro de tu familia, y el empleador tiene menos de 100 empleados	Medicare paga primero
Si tienes Medicare debido a tu plan de salud grupal y tienes Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD)	Tu plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de que seas elegible para inscribirte en Medicare. Después de este período de 30 meses, Medicare pagará primero.

### **Datos a recordar:**

- ⇒ El seguro que paga primero (pagador primario) paga hasta los límites de su cobertura.
- ⇒ El seguro que paga en segundo lugar (pagador secundario) solo paga si hay costos que el asegurador primario no cubrió.
- ⇒ El pagador secundario (que puede ser Medicare) es posible que no pague todos los costos no cubiertos.
- ⇒ Si tu seguro del empleador es el pagador secundario, es posible que necesites inscribirte en la (Parte B) antes de que tu seguro pague.
- ⇒ Medicare podría pagar en segundo lugar si estás en un accidente o tienes un caso de compensación laboral en el que otro seguro cubra tu lesión y pague primero. En estas situaciones, tú o tu abogado deberían informar a Medicare lo antes posible.
- ⇒ Tricare for Life (TFL) requiere que el Beneficiario de Medicare se inscriba en la (Parte A) y la (Parte B).

# Nuevos Servicios Preventivos y de Detección de la Parte B

- Detección de aneurisma aórtico abdominal
- Evaluaciones y asesoramiento sobre el consumo de alcohol
- Prueba de biomarcadores sanguíneos
- Evaluaciones de enfermedades cardiovasculares
- Terapia conductual para enfermedades cardiovasculares (visita única)
- Detección de cáncer cervical y vaginal
- **Detección de cáncer colorrectal:**
  - Pruebas de ADN fecal de múltiples objetivos
  - Enemas de bario de detección
  - Colonoscopias de detección
  - Pruebas de sangre oculta en heces de detección
  - Sigmoidoscopias flexibles de detección
- Evaluaciones de depresión
- Evaluaciones de diabetes
- Entrenamiento en autogestión de la diabetes
- Pruebas de glaucoma
- Detección de la infección por el virus de la hepatitis B
- Prueba de detección de hepatitis C
- Detección del VIH



- Detección de cáncer de pulmón
- Mamografías (detección)
- Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare
- Servicios de terapia nutricional
- Evaluaciones y asesoramiento sobre la obesidad
- Visita preventiva única "Bienvenido a Medicare"
- Detección de cáncer de próstata
- Detección y asesoramiento sobre infecciones de transmisión sexual
- Asesoramiento para dejar de fumar

- Visita anual de "bienestar"  
Vacunas:
  - Vacunas contra la COVID-19
  - Vacunas contra la gripe
  - Vacunas contra la hepatitis B
  - Vacunas contra el neumococo

**Si necesitas más información sobre Medicare (Parte B), por favor visita:**  
[Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)

## ¿Qué es Medicare (Parte C)?

Medicare (Parte C) se conoce como **Medicare Advantage**. Son compañías privadas aprobadas por Medicare que deben seguir las reglas establecidas por Medicare.



## ¿Cómo funcionan los Planes de Medicare Advantage?

Los Planes de Medicare Advantage, a veces llamados "(Parte C)" o "Planes MA", se consideran una alternativa "todo en uno" a Medicare Original. Son ofrecidos por compañías privadas aprobadas por Medicare. Si te unes a un Plan de Medicare Advantage, seguirás teniendo Medicare. Sin embargo, recibirás la mayor parte de tu cobertura de la Parte A y la Parte B de tu Plan de Medicare Advantage, e incluirá medicamentos recetados de Medicare (Parte D).

Medicare paga una cantidad fija por tu atención cada mes a las compañías que ofrecen Planes de Medicare Advantage. Estas compañías deben seguir las reglas establecidas por Medicare. Sin embargo, cada Plan de Medicare Advantage puede cobrar diferentes costos de bolsillo y tener reglas diferentes para cómo recibes los servicios.

## ¿Cuáles son los diferentes tipos de Planes de Medicare Advantage?

- Plan de Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO)
- Plan de Punto de Servicio de HMO (HMOPOS): Este plan HMO puede permitirte recibir algunos servicios fuera de la red por un copago o coseguro más alto
- Planes de Cuenta de Ahorros Médicos (MSA)
- Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO)
- Plan de Servicio de Tarifa Privada (PFFS)
- Plan de Necesidades Especiales (SNP)

## Servicios cubiertos en los Planes de Medicare Advantage

Los Planes de Medicare Advantage cubren todos los servicios de Medicare. Algunos Planes de Medicare Advantage también ofrecen cobertura adicional, como cobertura de visión, audición y dental.

Los Planes de Medicare Advantage cubren los beneficios de Medicare (Parte A) y (Parte B). Los planes deben cubrir toda la atención de emergencia y urgente, y casi todos los servicios médicamente necesarios que cubre Medicare Original. Sin embargo, si estás en un Plan de Medicare Advantage, Medicare Original seguirá cubriendo el costo de la atención de hospicio, algunos nuevos beneficios de Medicare y algunos costos para estudios de investigación clínica.

## (Parte C) - Medicare Advantage

### Los costos de tu bolsillo en un Plan de Medicare Advantage (Parte C) dependen de:

1	Muchos Planes de Medicare Advantage tienen una prima mensual de \$0. Si te inscribes en un plan que sí cobra una prima, pagarás esa cantidad además de la prima de la (Parte B).
2	Si el plan paga alguna de tus primas mensuales de Medicare: Algunos Planes de Medicare Advantage ayudarán a pagar toda o parte de tu prima de la (Parte B). Este beneficio a veces se llama "reducción de prima de Medicare (Parte B)".
3	Si el plan tiene un deducible anual o deducibles adicionales para ciertos servicios.
4	Cuánto pagas por cada visita o servicio (copagos o coseguros).
5	Los Planes de Medicare Advantage no pueden cobrar más que Medicare Original por ciertos servicios, como quimioterapia, diálisis y atención en instalaciones de enfermería especializada.
6	El tipo de servicios de atención médica que necesitas y con qué frecuencia recibes los
7	Si recibes servicios de un proveedor de la red o de un proveedor que no tiene contrato con el plan. Si acudes a un médico, otro proveedor de atención médica, centro o proveedor que no pertenezca a la red del plan para servicios de atención médica que no sean de emergencia o urgencia, es posible que tu plan no cubra tus servicios, o que tus costos sean más altos. En la mayoría de los casos, esto se aplica a los Planes de Medicare Advantage, las Organizaciones de Mantenimiento de la Salud y las Organizaciones de Proveedores Preferidos.
8	Si acudes a un médico o proveedor que acepta la asignación de Medicare (si estás en una Organización de Proveedores Preferidos o un plan de Tarifa por Servicio Privado, o un plan de Cuenta de Ahorros Médicos y vas fuera de la red).
9	El límite anual del plan en tus costos de bolsillo para todos los servicios médicos de (Parte A) y (Parte B). Una vez que alcances este límite, no pagarás nada por los servicios cubiertos de (Parte A) y (Parte B).
10	Si tienes Medicaid o recibes ayuda de tu estado a través de un Programa de Ahorros de Medicare.

# La Cobertura de Medicamentos de Medicare (Parte D)

La cobertura de medicamentos con receta de Medicare (Parte D) ayuda a pagar los medicamentos recetados por tu médico. Incluso si actualmente no tomas medicamentos con receta, deberías considerar inscribirte en un plan de medicamentos de Medicare. La cobertura de medicamentos de Medicare es opcional y se ofrece a todos los que tienen Medicare. Si decides no inscribirte cuando seas elegible por primera vez, y no tienes otra cobertura de medicamentos recetados acreditada (como la cobertura de medicamentos de un sindicato o empleador) o recibes Ayuda Adicional, es probable que **pagues una penalización por inscripción tardía** si te unes a un plan más tarde. Generalmente, puedes **pagar esta penalización** mientras tengas cobertura de medicamentos de Medicare. Para inscribirte en la cobertura de medicamentos de Medicare, debes unirse a un plan aprobado por Medicare que ofrezca cobertura de medicamentos. Cada plan puede variar en costo y medicamentos específicos cubiertos. Visita [Medicare.gov/plan-compare](https://www.Medicare.gov/plan-compare) para encontrar y comparar planes en tu área o contacta a tu oficina local de SHIP al **1-800-224-6330**.

## Hay 2 formas de obtener cobertura de medicamentos de Medicare:

1

Planes de medicamentos de Medicare. Estos planes añaden cobertura de medicamentos a Medicare Original, algunos Planes de Costos de Medicare, algunos planes de Tarifa por Servicio Privado y planes de Cuenta de Ahorro Médico. Debes tener la Parte A y/o la Parte B para unirse a un plan de medicamentos de Medicare por separado.

2

Planes de Medicare Advantage u otros planes de salud de Medicare con cobertura de medicamentos. Recibes toda tu cobertura de la Parte A, la Parte B y de medicamentos a través de estos planes. Recuerda, debes tener la Parte A y la Parte B para unirse a un Plan Medicare Advantage, y no todos estos planes ofrecen cobertura de medicamentos.

# ¿Qué es un formulario?

**UN FORMULARIO** es una lista de medicamentos cubiertos por un plan de medicamentos con receta de Medicare. **Cada plan tiene su propio formulario y el formulario puede cambiar de un año a otro.**

Compra y compara planes todos los años. Los costos de los medicamentos (primas, deducibles y formularios) cambian cada año. Comunícate con el plan para conocer su formulario actual o visita el sitio web del plan. Tu plan debería notificarte si hay cambios en el formulario.

**Buscador de Planes de Medicare en [www.medicare.gov/find-a-plan](http://www.medicare.gov/find-a-plan)**

O

**Llama al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**

**Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048**

O

**Llama a AR SHIP para obtener ayuda al 1-800-224-6330**

Muchos planes de medicamentos de Medicare colocan los medicamentos en diferentes "niveles" o "categorías" con diferentes costos. Por lo general, cuanto más alto sea el nivel, más alto será el costo. SIN EMBARGO, si su médico considera que necesita un medicamento en un nivel más alto en lugar de un medicamento similar en un nivel más bajo, puede solicitar a su plan una excepción para recibir un copago más bajo para ese medicamento.

Cada mes que llene una receta, su plan de medicamentos le enviará por correo un aviso de Explicación de Beneficios (EOB). Esto le proporcionará un resumen de sus reclamaciones de medicamentos recetados y sus costos. Revise su aviso y verifíquelo en busca de errores. Póngase en contacto con su plan si tiene preguntas o encuentra errores.

## La Brecha de Cobertura de Medicare (Agujero en el Donut)

**Brecha de Cobertura**, a partir de **2025** el 5% de copago será eliminado, y los beneficiarios **no tendrán costos compartidos**. En 2025, el costo anual máximo de desembolso de la Parte D será de \$2,000. La cobertura para medicamentos genéricos funciona de manera diferente al descuento para medicamentos de marca. Una vez que su gasto total de bolsillo en medicamentos alcance el umbral de cobertura catastrófica (\$2,000 en 2025), no tendrá copagos.

**Cobertura Catastrófica**, el beneficiario entra en la cobertura catastrófica después de gastar **\$2,000** de su propio bolsillo en 2024. Los costos de bolsillo incluyen: Deducible; Lo que el beneficiario pagó durante el período de cobertura inicial; Casi el costo total de los medicamentos de marca (incluido el descuento del fabricante) comprados durante la brecha de cobertura; Montos pagados por otros, incluidos familiares, la mayoría de las organizaciones benéficas y otras personas en nombre del beneficiario; y Montos pagados por Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP), Programas de Asistencia de Medicamentos contra el SIDA y el Servicio de Salud Indígena.

# Cuándo unirse, cambiar o dejar un Plan de Medicare

**Puede unirse, cambiar o dejar un plan de medicamentos de Medicare o un Plan de Medicare Advantage con cobertura de medicamentos durante estos períodos:**

- **Período de Inscripción Inicial.** Durante los primeros tres meses en los que se vuelve elegible para Medicare, puede unirse a un plan.
- **Período de Inscripción Abierta Anual de Medicare.** Del 15 de Octubre al 7 de Diciembre de cada año, puede unirse, cambiar o cancelar un plan. Su cobertura comenzará el 1 de enero (si el plan recibe su solicitud antes del 7 de diciembre).
- **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage.** Del 1 de Enero al 31 de Marzo, puede cambiar a otro Plan Medicare Advantage, con o sin cobertura de medicamentos. Puede cancelar su Plan Medicare Advantage y volver a Medicare original. Si lo hace, puede unirse a un plan de medicamentos de Medicare. La cobertura comienza el primer día del mes siguiente a su inscripción en el plan.

Si tiene que pagar una prima por la Parte A y se inscribe en la Parte B por primera vez durante el Período de Inscripción General, también puede unirse a un plan del 1 de abril al 30 de junio. Su cobertura comenzará el mes siguiente a su inscripción.

## Período de Inscripción Abierta Anual de Medicare

### Período de 7 semanas



- Período de 7 semanas cada año en el que puedes inscribirte, darte de baja o cambiar de planes de Medicare Advantage o planes de medicamentos Medicare
- Este es un momento para revisar las opciones de planes de salud y medicamentos

# Cuándo unirse, cambiar o abandonar un plan de Medicare (Continuación)

## Períodos de Inscripción Especial

Debes permanecer inscrito en tu plan durante todo el año. Pero cuando ocurren ciertos eventos en tu vida, como mudarte o perder otra cobertura de seguro, puedes calificar para un Período de Inscripción Especial (SEP). Es posible que puedas realizar cambios en tu plan en medio del año si calificas. Consulta con tu plan para obtener más información.

## ¿Cómo cambio de plan?

Puedes cambiar a un nuevo plan de medicamentos de Medicare o un Plan Medicare Advantage uniéndote a otro plan durante uno de los momentos enumerados anteriormente. Tu cobertura de medicamentos actual finalizará cuando comience tu nueva cobertura de medicamentos. Deberías recibir una carta de tu nuevo plan informándote cuándo comienza tu cobertura, así que no necesitas cancelar tu plan anterior. Puedes cambiar de plan llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

O

**llame a AR SHIP al 1-800-224-6330**



**ARKANSAS SHIP**  
Senior Health Insurance Information Program

## Have Medicare Questions? We Have Answers!

- Helps Arkansans navigate through the Medicare maze
- AR SHIP Certified Counselors assist Medicare recipients with free, unbiased, confidential, educational information
- NO sales pitch, just informative counseling that will empower you to make good decisions for your Healthcare Coverage



**1-800-224-6330**

This publication is supported by the Administration for Community Living (ACL), U.S. Department of Health and Human Services (HHS) as part of a financial assistance award 90SAPG0077 with 100 percent funding by ACL/HHS. The contents are those of the author and do not necessarily represent the official views of, nor an endorsement, by ACL/HHS, or the U.S. Government.

## Lee la "Evidencia de Cobertura" y el "Aviso Anual de Cambio" que recibas de tu plan.

Recibirás la información del plan cada año. La Evidencia de Cobertura te brinda detalles sobre lo que cubre el plan, cuánto pagas y más. El Aviso Anual de Cambio incluye cualquier cambio en la cobertura, costos, redes de proveedores, área de servicio y más que serán efectivos en enero. Si no recibes estos documentos importantes a principios del otoño, contacta a tu plan.

### ¿Cuánto debo pagar?

Tus costos de medicamentos variarán según el plan que elijas. Recuerda que la cobertura y los costos del plan pueden cambiar cada año. Es posible que debas pagar una prima, un deducible, copagos o coseguros a lo largo del año.

**Tus recetas pueden cambiar de un año a otro, asegúrate de revisar tu cobertura de la Parte D durante el Período de Inscripción Abierta.**



## Las personas que tienen ingresos y recursos limitados pueden calificar para los Programas de Ayuda Adicional ofrecidos por Medicare.

### Hay 4 tipos de Programas de Ahorro de Medicare:

1. **AR Seniors-** ayuda a pagar las primas de la Parte A y/o Parte B, los deducibles, la participación en costos, los copagos y los beneficios completos de Medicaid (debe tener 65 años o más).
2. **Programa de Beneficiarios de Medicare Calificados (QMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte A y/o Parte B, deducibles, copagos, participación en costos, copagos por atención administrada y una tarjeta de Medicaid.
3. **Programa de Beneficiarios de Medicare de Bajos Ingresos Específicos (SMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B y la penalidad por inscripción tardía en la Parte B.
4. **Programa de Individuos Calificados (QI-1):** ayuda a pagar las primas de la Parte B y la penalidad por inscripción tardía en la Parte B.

***Estos programas son diferentes en cada estado y cada uno tiene diferentes niveles de ingreso y activos para calificar.***

**Llama AR SHIP – 1-800-224-6330**

### Extra Help es un programa que ayuda a reducir los costos de la Parte D.

Si calificas para la **Ayuda Adicional** y te inscribes en un plan de medicamentos de Medicare, recibirás ayuda para pagar la prima mensual del plan de medicamentos de Medicare, el deducible anual, la coseguro y los copagos.

Con la **Ayuda Adicional**, no habrá brecha de cobertura (agujero de la dona) y no habrá penalización por inscripción tardía. Puedes cambiar de planes de medicamentos trimestralmente.

Medicare te enviará una **CARTA** si calificas para la **Ayuda Adicional**. Guarda la carta para tus registros. No necesitarás solicitarla.

Calificas automáticamente para la **Ayuda Adicional** si tienes Medicare y cumples con alguna de estas condiciones:

- ⇒ Tienes tanto Medicare como Medicaid.
- ⇒ Estás en un Programa de Ahorro de Medicare.
- ⇒ Recibes beneficios del Seguro Social Suplementario (SSI).

***Los niveles de ingresos y activos pueden cambiar cada año.***

**Llama AR SHIP – 1-800-224-6330**

# Reglas de Cobertura de Medicamentos

## planes pueden tener reglas de cobertura para ciertos medicamentos

- **Autorización previa:** Usted y/o su médico deben contactar a su plan antes de poder llenar ciertas recetas. Su médico puede necesitar demostrar que el medicamento es médicamente necesario para que el plan lo cubra. Los planes también pueden usar la autorización previa cuando cubren un medicamento solo para ciertas condiciones médicas para las que está aprobado, pero no para otras. Cuando esto ocurre, es probable que los planes tengan medicamentos alternativos en su lista de medicamentos cubiertos (formulario) para las otras condiciones médicas para las que el medicamento está aprobado para tratar.
- **Límites de cantidad:** Límites en la cantidad de medicamento que puede recibir a la vez.
- **Terapia escalonada:** Es posible que deba probar uno o más medicamentos similares de menor costo antes de que el plan cubra el medicamento recetado.
- **Revisiones de seguridad de recetas en la farmacia (incluidos medicamentos opioides de dolor):** Antes de que la farmacia surta sus recetas, su plan de medicamentos de Medicare y la farmacia realizan controles adicionales de seguridad, como verificar las interacciones entre medicamentos y las dosis incorrectas. Estas revisiones de seguridad también incluyen la verificación de posibles cantidades inseguras de opioides, la limitación del suministro de días de una primera receta de opioides y el uso de opioides al mismo tiempo que las benzodiazepinas (comúnmente utilizadas para la ansiedad y el sueño). Los medicamentos opioides para el dolor (como la oxicodona y la hidrocodona) pueden ayudar con ciertos tipos de dolor, pero tienen riesgos y efectos secundarios (como adicción, sobredosis y muerte). Estos riesgos pueden aumentar cuando se toman opioides con ciertos otros medicamentos, como benzodiazepinas, medicamentos anticonvulsivos, gabapentina, relajantes musculares, ciertos antidepresivos y medicamentos para problemas de sueño. Consulte a su médico o farmacéutico si tiene preguntas sobre los riesgos o efectos secundarios.
- **Programas de Gestión de Medicamentos:** Los planes de medicamentos de Medicare y los planes de salud con cobertura de medicamentos tienen un programa para ayudarlo a usar estos opioides y benzodiazepinas de manera segura. Si recibe opioides de varios médicos o farmacias, su plan contactará a los médicos que recetaron estos medicamentos para asegurarse de que sean médicamente necesarios y de que los esté usando de manera apropiada.
- Si su plan determina que su uso de opioides y benzodiazepinas recetados puede no ser seguro, el plan le enviará una carta con anticipación. Esta carta le informará si el plan limitará la cobertura de estos medicamentos para usted, o si se le requerirá que reciba las recetas de estos medicamentos solo de un médico o farmacia que usted seleccione. Usted y su médico tienen el derecho de apelar estas limitaciones si no está de acuerdo con la decisión del plan. La carta también le indicará cómo comunicarse con el plan si tiene preguntas o desea apelar.
- **Las revisiones de seguridad de opioides en la farmacia y los programas de gestión de medicamentos generalmente no se aplican** si tiene cáncer, está recibiendo cuidados paliativos o de fin de vida, está en hospicio o vive en un centro de atención a largo plazo.

**Si usted o su médico creen que su plan debería eximir una de estas reglas de cobertura, es posible que pueda solicitar una excepción.**

# Costo de la cobertura de medicamentos

## Sus costos reales de cobertura de medicamentos variarán dependiendo de:

- Sus recetas y si están en la lista de medicamentos cubiertos por su plan (un "formulario").
- Cada plan tiene su propio formulario.
- En qué "nivel" se encuentra el medicamento (los planes de salud de Medicare con cobertura de medicamentos clasifican los medicamentos en diferentes niveles).
- En qué fase de beneficios de medicamentos se encuentra (por ejemplo, si ha cumplido con su deducible o si está en la fase de cobertura catastrófica).
- Qué farmacia utiliza y si esa farmacia ofrece costos compartidos preferidos o estándar, está fuera de la red, o si su receta es para envío por correo. Es posible que sus costos de medicamentos de su bolsillo sean menores en una farmacia preferida que tenga un acuerdo con su plan para cobrar menos.
- Si recibe ayuda adicional para pagar los costos de su cobertura de medicamentos (ver cuadro a continuación)

**Puede ser posible reducir el costo de sus medicamentos eligiendo genéricos en lugar de marcas o pagando el costo sin seguro de un medicamento. Pregúntele a su farmacéutico si hay una opción más económica disponible o consulte con su médico para asegurarse de que la opción genérica sea la mejor para usted.**

## Ayuda adicional para pagar los costos de los medicamentos

- Programa de asistencia para costos de medicamentos de Medicare administrado por la Seguridad Social
- También conocido como Subsidio para Bajos Ingresos (LIS)
- **Ayuda Extra Completa: Hasta el 135%-150% del Nivel Federal de Pobreza (FPL)**
- **Las personas con Ayuda Adicional pueden cambiar de plan de medicamentos mensualmente**

## Ayuda adicional

### Cambios para 2025

*En 2025, la elegibilidad de ingresos para el beneficiario completo de Ayuda Extra se ampliará al 150% del FPL*

- *El límite anteriormente era del 135% del FPL*
- *La Ayuda Extra Parcial será eliminada*
- *Cualquier persona anteriormente elegible para Ayuda Extra Parcial tendrá derecho al beneficio completo*
- *Prima de \$0 en planes de referencia*
- *Deducible de \$0*

### Costos de ayuda adicional en 2025

- **Copagos: \$4.90 para genéricos y \$12.15 para marcas**
  - ♦ *Para aquellos con Medicaid e ingresos por debajo del 100% del FPL, los copagos son \$1.60 y \$4.90*
  - ♦ *Quienes están institucionalizados y/o reciben servicios basados en el hogar y la comunidad no tienen copagos por medicamentos recetados*
- **Sin copago después de alcanzar los \$2,000 en gastos de bolsillo por medicamentos**

## Subsidio por Bajos Ingresos (LIS)/Ayuda Adicional (2025) - 48 ESTADOS + DC

Grupo de Beneficiarios	Requisito de elegibilidad de ingresos anuales	Requisito de elegibilidad de ingresos mensuales.	Requisito de elegibilidad de activos	¿Necesitas solicitar LIS?	Prima Mensual	Deducible Anual	Copago/Coaseguro para los medicamentos del formulario del plan.
Dual elegibles de beneficios completos: Institucionalizados o recibiendo Servicios en el Hogar y Comunitarios.	Cumplir con los requisitos financieros de Medicaid estatal.	Cumplir con los requisitos financieros de Medicaid estatal.	Cumplir con los requisitos financieros de Medicaid estatal.	No, se recibe automáticamente.	No	No	Ninguno
Duals de beneficios completos: Ingresos ≤ 100% FPL.	Cumplir con los requisitos financieros de Medicaid/MSP estatal.	Cumplir con los requisitos financieros de Medicaid/MSP estatal.	Cumplir con los requisitos financieros de Medicaid/MSP estatal.	No, se recibe automáticamente.	No	No	Copago: \$1.60 para medicamentos genéricos / \$4.80 para medicamentos de marca. Copago catastrófico: \$0.
Duals de beneficios completos: Ingresos > 100% FPL.	Cumplir con los requisitos financieros de Medicaid/MSP estatal.	Cumplir con los requisitos financieros de Medicaid/MSP estatal.	Cumplir con los requisitos financieros de Medicaid/MSP estatal.	No, se recibe automáticamente.	No	No	Copago: \$4.90 para medicamentos genéricos / \$12.15 para medicamentos de marca. Copago catastrófico: \$0.
No duals: ingresos ≤ 135% FPL	Individuo: \$20,331 / \$20,571* Pareja: \$27,594 / \$27,834*	Individuo: \$1,695 / \$1,714* Pareja: \$2,300 / \$2,320*	Individuo: \$16,100 / \$17,600** Pareja: \$32,130 / \$35,130**	No, si recibes SSI; de lo contrario, sí.	No	No	Copago: \$4.90 para medicamentos genéricos / \$12.15 para medicamentos de marca. Copago catastrófico: \$0.
No duals: ingresos 135—150% FPL.	Individuo: \$22,590 / \$22,830* Pareja: \$30,660 / \$30,900*	Individuo: \$1,883 / \$1,903* Pareja: \$2,555 / \$2,575*	Individuo: \$16,100 / \$17,600** Pareja: \$32,130 / \$35,130**	Sí	No	No	Coaseguro: 0% Copago catastrófico: \$4.90 genéricos / \$12.15 de marca

\* Los montos de ingresos reflejan el umbral sin/con el descuento mensual de ingresos de \$20 (anualmente = \$240); los ingresos se redondean al dólar más cercano.

\*\* Los límites de activos incluyen la cantidad sin/con una asignación de sepelio de \$1,500 por persona.

**Niveles de Ingresos Fuente:** <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>

**Niveles de Activos/Recursos:** <https://www.cms.gov/files/document/lis-memo.pdf>

**Fuente de Compartición de Costos de la Parte D:** <https://www.cms.gov/files/document/2024-announcement.pdf>

# Programa de Ahorros de Medicare para 2025

	AR ADULTOS MAYORES	QMB	SMB	QI-1
<b>Paquete de Beneficios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proporciona una gama completa de servicios de atención médica, incluidos servicios de cuidado personal en el hogar cuando son recetados por un médico.</li> <li>Paga las primas mensuales de Medicare y los copagos.*</li> </ul> <p><b>NOTA: Solo para adultos mayores de 65 años.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Paga las primas mensuales de Medicare.</li> <li>Paga los deducibles de Medicare.</li> <li>Paga los pagos de coseguro.</li> <li>Paga los copagos para la atención administrada de Medicare (HMO). El beneficiario recibe una tarjeta de atención médica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Paga únicamente la prima mensual de la Parte B de Medicare.*</li> <li>El beneficiario no recibe una tarjeta de atención médica.</li> <li>El beneficiario PUEDE estar certificado en otra categoría de atención médica al mismo tiempo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Paga únicamente la prima mensual de la Parte B de Medicare.*</li> <li>El beneficiario no puede estar certificado en otra categoría de atención médica al mismo tiempo.</li> <li>El beneficiario no recibe una tarjeta de atención médica.</li> </ul>
<b>Requisito de elegibilidad de ingresos brutos mensuales**</b>	<p><b>Individuo</b> \$1,043.33</p> <p><b>Pareja</b> \$1,410.00</p>	<p>\$1,304.17</p> <p>\$1,762.50</p>	<p>Mayor de \$1,304.17 pero menor de \$1,565.00</p> <p>Mayor de \$1,762.50 pero menor de \$2,115.00</p>	<p>Al menos \$1,565.00 pero menor de \$1,760.63</p> <p>Al menos \$2,115.00 pero menor de \$2,379.38</p>
<b>Requisito de elegibilidad de activos</b>	<p><b>Individuo</b> \$9,660.00</p> <p><b>Pareja</b> \$14,470.00</p>	Su casa y un (1) vehículo no se cuentan como un activo. Tampoco contamos algunos fondos funerarios como un activo		

\*La prima de Medicare para 2025 es \$185.00

\*\*Límites de ingresos actuales del 4/01/2025-03/31/2026

No se le pedirá que visite la oficina del condado. Si hay alguna pregunta sobre su solicitud, un trabajador del caso puede comunicarse con usted. Se le colocará en el paquete de beneficios de Ahorros de Medicare con la mayor cobertura según su elegibilidad. Recibirá un aviso por correo dentro de 45 días informándole si califica para los beneficios de Ahorros de Medicare y cuándo comenzará su elegibilidad.

# Nuevo en 2025

## Beneficio de Salud del Servicio Postal (PSHB)

- Programa PSHB requiere que ciertos jubilados se inscriban en la Parte B de Medicare para continuar con la cobertura de PSHB
- Los jubilados a partir del 1 de enero de 2025 que no se inscribieron en la Parte B:
  - NO están obligados a inscribirse en la Parte B para continuar con la cobertura en PSHB
- Los jubilados a partir del 1 de enero de 2025 que ya están inscritos en la Parte B en esa fecha:
  - Se les requiere permanecer inscritos en la Parte B para continuar con la cobertura en PSHB

## Inscripción en la Parte B del PSHB

Los jubilados con derecho a la Parte A a partir del 1 de enero de 2024 que no se inscribieron en la Parte B pueden participar en un período especial de inscripción (SEP) para la Parte B que comienza el 1 de abril de 2024

- Aquellos que se inscriban durante este SEP no tendrán que pagar una penalidad por inscripción tardía
- Se enviarán cartas de elegibilidad a los jubilados y familiares elegibles a principios de 2024.
- Aquellos que se jubilen entre el 31 de octubre de 2024 y el 31 de diciembre de 2024, y tengan derecho a la Parte A de Medicare, tendrán la opción de inscribirse en la Parte B utilizando el SEP de la Parte B para seguro basado en empleo

## Acceso a servicios de salud mental

- Consejeros de salud mental con licencia y terapeutas matrimoniales y familiares con licencia pueden inscribirse por primera vez en Medicare y facturar directamente a la Parte B por sus servicios.
- Los servicios del programa intensivo de atención ambulatoria (IOP) pueden ser facturados y cubiertos por Medicare en departamentos ambulatorios de hospitales, centros de salud mental comunitarios, centros de salud rurales (RHC) y centros de salud federales calificados (FQHC).
  - Los servicios de IOP también pueden estar cubiertos en OTPs para el tratamiento del trastorno por uso de opioides.
- Nuevas políticas de CMS para los Planes de Medicare Advantage:
  - Extender los requisitos de adecuación de la red a profesionales de la salud mental, incluidos los psicólogos clínicos y los trabajadores sociales clínicos con licencia.
  - Especificar que los servicios de salud mental de emergencia no deben estar sujetos a autorización previa.

## ¿Qué es el Seguro de Medicare complementario (Medigap)?

Medigap es el Seguro Complementario de Medicare que ayuda a cubrir las "brechas" en Medicare Original y es vendido por compañías privadas. Medicare Original paga parte del costo de los servicios y suministros de atención médica cubiertos. Una póliza de Seguro Complementario de Medicare (Medigap) puede ayudar a pagar parte de los costos restantes de atención médica, como:

- Copagos
- Coseguro
- Deducibles

## 8 cosas que debes saber sobre las pólizas de Medigap

1. Debes tener Medicare [\(Parte A\)](#) y [\(Parte B\)](#).
2. Pagas a la compañía de seguros privada una [prima](#) mensual por tu póliza de Medigap. Pagas esta prima mensual además de la prima mensual (Parte B) que pagas a Medicare.
3. Una póliza de Medigap solo cubre a una persona. Si tú y tu cónyuge desean tener cobertura de Medigap, cada uno deberá adquirir pólizas separadas.
4. Puedes comprar una póliza de Medigap de cualquier compañía de seguros que esté autorizada en tu estado.
5. Cualquier póliza estandarizada de Medigap es renovable garantizada incluso si tienes problemas de salud. Esto significa que la compañía de seguros no puede cancelar tu póliza de Medigap siempre y cuando pagues la prima.
6. Algunas pólizas de Medigap vendidas en el pasado cubrían medicamentos recetados. Sin embargo, las pólizas de Medigap vendidas después del 1 de enero de 2006 no pueden incluir cobertura de medicamentos recetados. Si deseas cobertura de medicamentos recetados, puedes unirse a un [Plan de Medicamentos Recetados de Medicare \(Parte D\)](#).
7. Es ilegal que alguien te venda una póliza de Medigap si tienes un Plan Medicare Advantage, a menos que estés cambiando de regreso a Medicare Original.
8. La póliza de Medigap te cubre si viajas fuera del país.

# Suplemento de Medicare (Medigap)

## Costos predecibles de bolsillo

Opciones de planes con bajos o nulos copagos, coseguros o deducibles de bolsillo disponibles.

## Cobertura más completa

Los planes de medicamentos recetados (Parte D) trabajan con los planes de Suplemento de Medicare para proporcionarte una cobertura más completa.

## Mantén a tu médico

Elige cualquier médico u hospital que acepte pacientes de Medicare, sin necesidad de referencias.

## Cobertura cuando viajas

Un plan de Suplemento de Medicare te acompaña cuando viajas a cualquier lugar de los Estados Unidos.

## Cobertura garantizada de por vida\*

Las características del plan permanecen iguales de un año a otro, y tu cobertura nunca cambiará, incluso si tu salud lo hace.

**\*Cobertura garantizada de por vida siempre y cuando pagues tus primas a tiempo y no hagas ninguna representación material incorrecta al solicitar este plan. Las tarifas están sujetas a cambios. Cualquier cambio se aplicará a todos los miembros de la misma clase asegurados bajo tu plan que residan en tu estado.**

# TIPOS DE SEGURO DE SUPLEMENTO DE MEDICARE (MEDIGAP)

La mayoría de las compañías ofrecen dos tarifas: Preferida y Estándar. El monto de la prima mensual se basa en la suscripción médica. La suscripción es el método que utilizan las compañías de seguros para evaluar tu estado de salud y determinar el riesgo y la asegurabilidad (para determinar si te venderán una póliza).

## Prima Preferida

La prima de seguro preferida suele ser inferior a la prima estándar. Las compañías de seguros basan su decisión de ofrecer una prima preferida en una variedad de factores que incluyen, entre otros, el uso de tabaco, peso, colesterol, presión arterial, abuso de sustancias, etc. Las primas preferidas se ofrecen a aquellos que compran durante el Periodo de Inscripción Abierta de Medigap (OEP).

Vs.

## Prima Estándar

Las tarifas estándar se aplican fuera del Período de Inscripción Abierta de Medigap y para aquellos con historiales médicos menos favorables.

## Póliza de Medigap Select

Una póliza selecta tiene una RED o una lista específica de proveedores (hospitales) que una persona asegurada puede utilizar. En general, las pólizas de MEDICARE SELECT no están obligadas a pagar ningún beneficio (reclamaciones/facturas) si no utilizas un proveedor preferido/de la red para servicios que no sean de emergencia. Sin embargo, Medicare seguirá pagando su parte de los cargos aprobados independientemente del proveedor que elijas.

La póliza selecta suele ofrecer la prima más baja. En Arkansas, tres compañías ofrecen pólizas selectas:

1. Compañía de Seguros AARP/United Healthcare
2. Compañía de Seguros Nacional de Vida Marquette
3. Compañía de Seguros Sterling Life

**Si eliges una póliza de Medicare Select, asegúrate de que tu hospital esté en la red.**

## Diferencia entre planes Medigap y planes de Medicare Advantage

- Medigap y Medicare Advantage ofrecen diferentes opciones. Lo mejor para una persona depende de sus necesidades particulares.
- Medigap, también conocido como seguro complementario, puede ayudar a pagar algunos de los costos restantes de atención médica para servicios y suministros cubiertos, como copagos, coseguros y deducibles que no cubre Medicare Original. Medicare Advantage, también conocido como Medicare Parte C, es una alternativa a Medicare Original en la que puede recibir todos los servicios cubiertos por Medicare si tiene tanto la Parte A como la Parte B. Los planes MA pueden ofrecer beneficios adicionales que Medicare Original no tiene.
- Los factores clave que una persona deberá comparar para decidir qué opción se adapta mejor a sus necesidades incluyen la cobertura, la flexibilidad para elegir médicos y los costos.

En el estado de Arkansas, es ilegal que cualquier persona te venda una póliza de Medigap a menos que estés volviendo a Medicare Original. Si tienes una póliza de Medigap y te unes a un Plan de Medicare [Advantage \(Parte C\)](#), debes cancelar tu póliza de Medigap. No se te permite usar una póliza de Medigap para pagar los copagos, deducibles y primas de tu Plan de Medicare Advantage porque los planes MA proporcionan otras protecciones que Medigap no ofrece.

## Derechos Especiales bajo los Planes Advantage

Si te unes a un Plan de Medicare Advantage por primera vez, cuando eres elegible por primera vez para Medicare y no estás satisfecho con el plan, tendrás derechos especiales según la ley federal para comprar una póliza de Medigap y un Plan de [Medicamentos Recetados de Medicare \(Parte D\)](#) separado, si regresas a Medicare Original dentro de los 12 meses de unirse al Plan de Medicare Advantage.

Si deseas cancelar tu póliza de Medigap, contacta a tu compañía de seguros. En la mayoría de los casos, si cancelas tu póliza de Medigap para unirse a un Plan de Medicare Advantage, es posible que no puedas recuperar la misma póliza.

# COMPARA PLANES Y BENEFICIOS DE MEDIGAP

Beneficios del Plan Medigap	A	B	C	D	F*	G*	K	L	M	N
Costos hospitalarios elegibles de Medicare (Parte A) hasta 365 días adicionales después de que se agoten todos los beneficios hospitalarios de Medicare	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Medicare (Parte B) Coseguro o copago	100%	100%	100%	100%	100%	100%	50%	75%	100%	100%***
Sangre (primeros 3 litros)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	50%	75%	100%	100%
Coseguro o copago de Cuidados de Hospicio (Parte A)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	50%	75%	100%	100%
Copago por cuidados en una instalación de enfermería especializada			100%	100%	100%	100%	50%	75%	100%	100%
Deducible de Medicare (Parte A)		100%	100%	100%	100%	100%	50%	75%	50%	100%
Deducible de Medicare (Parte B)			100%		100%					
"Cargos por exceso de Medicare (Parte B)"					100%	100%				
Emergencia de viaje al extranjero (hasta los límites del plan)			80%	80%	80%	80%			80%	80%
							<b>Límite de gastos de bolsillo en 2025**</b>			
							<b>\$7,060</b>	<b>\$3,530</b>		

\* Los Planes F y G también ofrecen un plan de alto deducible en algunos estados. Con esta opción, debes pagar por los costos cubiertos por Medicare (coseguros, copagos y deducibles) hasta el monto del deducible de \$2,800 en 2024 antes de que tu póliza pague cualquier cosa. (Los Planes C y F no están disponibles para personas que sean recién elegibles para Medicare el 1 de enero de 2020 o después).

\*\* Para los Planes K y L, después de alcanzar tu límite anual de gastos de bolsillo y tu deducible anual (Parte B) (\$257 en 2025), el plan de Medigap paga el 100% de los servicios cubiertos por el resto del año calendario.

\*\*\* El Plan N paga el 100% del coseguro (Parte B), excepto por un copago de hasta \$20 para algunas visitas a consultorios y hasta un copago de \$50 para visitas a la sala de emergencias que no resulten en admisión hospitalaria.

## Las pólizas de Medigap no cubren todo

Las pólizas de Medigap generalmente no cubren cuidados a largo plazo, cuidado dental o de la vista, audífonos, anteojos ni enfermería privada a domicilio.

### Planes de seguro que no son de Medigap

Esta lista incluye los siguientes planes de seguro:

- Planes de Medicare Advantage (como un HMO, PPO o Plan de Servicio de Tarifa Privada)
- Planes de Medicare de medicamentos recetados
- Medicaid
- Planes de empleador o sindicato, incluido el Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales (FEHBP)
- TRICARE
- Beneficios para veteranos
- Pólizas de seguro de cuidado a largo plazo
- Servicio de Salud para Indios, planes de Salud Tribal e Indios Urbanos

### Información importante para recordar

➡ Algunas pólizas de Medigap también ofrecen cobertura para servicios que Medicare Original no cubre, como atención médica cuando viajas fuera de los Estados Unidos. En general, Medigap no cubre cuidados a largo plazo (como cuidados en un hogar de ancianos), servicios de visión o dental, audífonos, anteojos o enfermería privada a domicilio.

➡ Ponte en contacto con tu compañía de seguros privada para obtener más información sobre tu cobertura y tu prima mensual de Medigap además de la prima mensual (Parte B) que pagas a Medicare. Además, si compras Medigap y un plan de medicamentos de Medicare separado de la misma compañía, es posible que necesites realizar 2 pagos de prima separados. Ponte en contacto con la compañía para averiguar cómo pagar tus primas.

➡ Una póliza de Medigap solo cubre a una persona. Los cónyuges deben comprar coberturas por separado.

# BUYER BEWARE

**Para obtener cotizaciones y conocer el costo exacto de la prima,** ponte en contacto con una compañía o agente para comprar.

**COMPRA CON PRECAUCIÓN.** No compres simplemente la póliza más barata sin considerar otros factores y determinar la estabilidad financiera de la compañía y su reputación para resolver quejas.

**EVITA TÁCTICAS DE VENTA AGRESIVAS.** Tómate tu tiempo y evita que te presionen para comprar una póliza de seguro. Ten cuidado con los agentes y el material de ventas que sugieren que una póliza está conectada o respaldada por el gobierno. El Seguro de Suplemento de Medicare y el Seguro de Cuidado a Largo Plazo no están conectados ni respaldados por el gobierno federal.

**NO TE DEJES ENGAÑAR POR LA PUBLICIDAD.** No compres una póliza solo porque celebridades la endosan en televisión, radio, periódicos u otros anuncios. Haz preguntas antes de comprar una póliza.

**TEN CUIDADO CON LA FORMA EN QUE PAGAS LAS PÓLIZAS.** No pagues en efectivo. Cuando compres Seguro de Suplemento de Medicare, siempre es mejor pagar con cheque, giro postal o giro bancario. Los pagos de prima siempre deben hacerse a nombre de la compañía de seguros en lugar del agente que vende la póliza. Si debes pagar en efectivo, asegúrate de obtener un recibo autorizado por la compañía.

**MANTÉN TU PÓLIZA EN UN LUGAR SEGURO.** Selecciona a un amigo o familiar con anticipación para que maneje tus asuntos médicos en caso de enfermedad y hazle saber dónde encontrar tu póliza.

**MANTÉN REGISTROS.** Anota los nombres, números de teléfono y dirección de la compañía de seguros y del agente que te está vendiendo la póliza.

## COMPRADOR TENGA CUIDADO

Cuando se describen los beneficios de los Planes de Suplemento de Medicare, todos los aseguradores utilizan el mismo formato, lenguaje y definiciones. Están obligados a utilizar un cuadro uniforme y un esquema de cobertura para resumir los beneficios de los planes que ofrecen. Estos requisitos facilitan la comparación de pólizas de diferentes aseguradoras. Al buscar una póliza, ten en cuenta que los productos de cada compañía son estándar, y compiten en función del precio, el servicio y la reputación.

**PRECIO.** Aunque los beneficios son idénticos para todos los Planes Suplementarios de Medicare del mismo tipo, las primas varían de una compañía a otra y de un área a otra. El plan con el precio más bajo no necesariamente es el mejor plan. El precio no debería ser la única preocupación. Puedes preferir un horario de pagos particular. Algunas compañías facturan la prima cada mes, mientras que otras la facturan cada trimestre o una vez al año. Además, los precios se basan en parte en los servicios que una compañía proporciona y en su reputación. Algunos planes agregan beneficios, pero recuerda que la cobertura básica es la misma de un plan a otro según la ley federal.

**SERVICIO AL CLIENTE.** Debes preguntar sobre los servicios al cliente del asegurador. Por ejemplo, algunas compañías enlazan sus computadoras con las computadoras de la oficina federal de Medicare para procesar tus reclamaciones de seguro de salud sin papeleo adicional. Esto se llama Cruce con Medicare. Este y otros servicios al cliente disponibles pueden ser consideraciones importantes para tomar una decisión.

**REPUTACIÓN.** Debes considerar la reputación del asegurador antes de comprar una póliza. Obtén información sobre la compañía solicitando referencias, preguntando a otros sobre sus experiencias y verifica el número de quejas presentadas en este sitio web: <https://eapps.naic.org/cis/>

## VARIABLES

**TARIFA DE PÓLIZA:** Algunas pólizas agregan una tarifa única de póliza. [Estas no están permitidas en Arkansas.](#)

**SUSCRIPCIÓN:** La mayoría de las compañías realizan suscripción. Sin embargo, algunas pólizas son de emisión garantizada.

**TIPO DE PRIMA:** La prima de tu póliza puede aumentar cada año, principalmente debido a la inflación en los costos médicos y al uso de tecnología más avanzada. La cantidad en que aumenta tu prima puede depender de cómo la compañía ha reflejado el envejecimiento de sus asegurados en sus tarifas. Los enfoques generales que utilizan las compañías se describen a continuación. **En Arkansas, se utiliza el "método de tarificación sin edad".**

**1.Edad Alcanzada:** Además de la inflación médica y la tecnología avanzada, tu prima también aumentará debido al mayor uso de servicios médicos a medida que las personas envejecen.

**2.Edad de Emisión:** La prima que pagas será inicialmente algo más alta que bajo el enfoque de edad alcanzada porque una parte de la prima inicial se utiliza para prefinanciar el costo de reclamaciones aumentado en años posteriores. Como resultado, en años posteriores tus primas deberían ser algo menores de lo que serían bajo un enfoque de edad alcanzada.

**3.Sin Tarificación por Edad o Tarificación Comunitaria:** Bajo este enfoque, la prima es la misma para todos los clientes que compran esta póliza, independientemente de la edad.

**RESPUESTA DIRECTA/AGENTE:** Las primas son básicamente las mismas al comparar una venta de respuesta directa con una venta promocionada por un agente.

**NO FUMADOR:** Pocas compañías ofrecen descuentos para no fumadores.

**CRUCE CON MEDICARE:** Esta es una de las mejoras en servicios más significativas que las compañías pueden ofrecer. Una compañía de "cruce" tiene un contrato con Medicare que requiere que Medicare envíe las facturas pendientes del titular de la póliza directamente a la Compañía de Seguro de Suplemento de Medicare.

# CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES PARA EMISIÓN GARANTIZADA DE MEDIGAP

Las leyes federales y estatales garantizan la aceptación en el seguro de Suplemento de Medicare (Medigap) si un beneficiario de Medicare califica en una de las siete categorías enumeradas a continuación. Esto significa que la compañía de seguros no puede negar una póliza ni imponer un período de espera por condiciones preexistentes basado en el historial médico. ¡Hay un límite de tiempo estricto! El beneficiario de Medicare tiene **SOLAMENTE 63 días** a partir de la fecha de pérdida de cobertura para solicitar una póliza de Medigap y obtener una emisión garantizada.

El Departamento de Seguros de Arkansas se compromete a garantizar que se respeten sus derechos en todas las circunstancias relacionadas con la aceptación garantizada en el Seguro de Suplemento de Medicare.

## CATEGORÍA 1:

Si un beneficiario de Medicare está inscrito en un plan patrocinado por el empleador y el plan termina o deja de proporcionar algunos o todos los beneficios suplementarios a Medicare, o el asegurado decide dejar el plan.

Entonces la emisión garantizada de los Planes Medigap A, B, C, F, K o L con cualquier compañía que venda estos planes.

## CATEGORÍA 2:

Si un beneficiario de Medicare está inscrito en un Plan de Medicare Advantage y

- La certificación del plan es terminada.
- El plan deja de proporcionar todos los servicios.
- El asegurado se muda fuera del área de servicio del plan.
- El plan viola el contrato o hace representaciones falsas durante la comercialización.
- Hay otras circunstancias determinadas por el Secretario de **HHS**

Entonces se garantiza la emisión de los Planes de Medigap A, B, C, F, K o L con cualquier compañía que venda estos planes.

## CATEGORÍA 3:

Si un beneficiario de Medicare está inscrito en un plan de Riesgo, Costo, Demostración, HCPCP o selecto de Medicare, y

- si la certificación del plan es terminada,
- el plan deja de proporcionar todos los servicios,
- el asegurado se muda fuera del área de servicio del plan,
- el plan viola el contrato, realiza representaciones falsas durante la comercialización,
- hay otras circunstancias determinadas por el Secretario de **HHS**

Entonces se garantiza la emisión de los Planes de Medigap A, B, C, F, K o L con cualquier compañía que venda estos planes.

## CATEGORÍA 4:

Si un beneficiario de Medicare está inscrito en una póliza de Medigap y ocurre alguna de las siguientes situaciones:

- el asegurador se vuelve insolvente o quiebra
- hay terminación involuntaria de la cobertura o la inscripción
- hay violación material de la póliza,
- hay representación material falsa durante la comercialización.

Entonces se garantiza la emisión de los Planes de Medigap A, B, C, F, K o L con cualquier compañía que venda estos planes.

## CATEGORÍA 5:

Si un beneficiario de Medicare está inscrito en una póliza de Medigap, la termina y se inscribe por primera vez en un Plan de Medicare Advantage, Riesgo, Costo, Demostración, HCPCP o Selecto, y se desvincula de la cobertura elegida dentro de los primeros 12 meses según lo permitido por la ley federal,

Entonces se garantiza la emisión de los Planes de Medigap A, B, C, F, K o L con cualquier compañía que venda estos planes o su póliza de Medigap, si toda a esta disposición.

## CATEGORÍA 6:

Si una persona es elegible por primera vez para Medicare (Parte A) a los 65 años, y

- se inscribe en un plan de Medicare Advantage
- se desvincula dentro de los primeros 12 meses después de la inscripción según lo permitido por la ley federal

## CATEGORÍA 7:

Si una persona abandona un plan Medicare Advantage o cancela una póliza Medigap porque la compañía no ha seguido las reglas o ha engañado a la persona,

Entonces se garantiza la emisión de los planes Medigap A, B, C, F, K, L, M o N vendidos por cualquier aseguradora.

Si cree que cumple con los criterios en uno de estas categorías y le han denegado una póliza, comuníquese con Arkansas SHIIP al 1-800-224-6330

o envíe un correo electrónico a:  
[insurance.shiip@arkansas.gov](mailto:insurance.shiip@arkansas.gov)



Hugh McDonald  
SECRETARY OF COMMERCE

Alan McClain  
COMMISSIONER,  
ARKANSAS INSURANCE  
DEPARTMENT

BOLETÍN NO. 5-2023

FECHA: APRIL 3, 2023

**A:** A TODAS LAS ASEGURADORAS CON LICENCIA AUTORIZADAS PARA REALIZAR NEGOCIOS DE SEGUROS DE SALUD EN EL ESTADO DE ARKANSAS QUE EMITEN SEGUROS SUPLEMENTARIOS DE MEDICARE Y OTRAS PARTES INTERESADAS

**DE:** DEPARTAMENTO DE SEGUROS DE ARKANSAS

**ASUNTO:** LA EMERGENCIA DE SALUD PÚBLICA FEDERAL Y LA ELEGIBILIDAD PARA LA EMISIÓN GARANTIZADA DE SEGUROS SUPLEMENTARIOS DE MEDICARE

Durante la Emergencia de Salud Pública Federal, se permitió a los consumidores de Arkansas permanecer inscritos en Medicaid sin la necesidad de redimir los ingresos u otros requisitos de elegibilidad. Como consecuencia, algunos consumidores elegibles para Medicare podrían haber perdido el período de emisión garantizada para obtener un plan suplementario de Medicare en Arkansas.

De acuerdo con la Regla 27, Sección Once (11) y Doce (12) del Departamento de Seguros de Arkansas, los residentes de Arkansas de 65 años o más, y que están inscritos en la Parte B de Medicare, reciben un período de "inscripción abierta" y de "emisión garantizada" de seis meses, durante el cual los aseguradores deben ofrecer pólizas de Suplemento de Medicare a los solicitantes. Durante este período, los aseguradores tampoco pueden discriminar en la fijación de precios de las pólizas de Suplemento de Medicare debido al estado de salud del solicitante.

El programa Medicaid de Arkansas requería que los beneficiarios de Medicaid elegibles para Medicare se inscribieran en la Parte B de Medicare y, en algunos casos, inscribió automáticamente al consumidor. Algunos consumidores pueden haber estado inscritos en ambas (Medicaid y Medicare) durante varios años.

Para garantizar que los adultos mayores de Arkansas de ingresos bajos y moderados tengan acceso a los planes de Suplemento de Medicare, el Comisionado ordena a todas las aseguradoras de salud que emiten negocios de Suplemento de Medicare en Arkansas que ofrezcan un plan de Suplemento de Medicare con emisión garantizada a todos los solicitantes que hayan agotado su período de inscripción abierta como resultado de su inscripción continua en Medicaid y que puedan demostrar la verificación de un cambio en la elegibilidad de Medicaid en Arkansas. Las aseguradoras deben tratar a los solicitantes como "personas elegibles" conforme a la Regla 27, Sección Doce (12) del Departamento de Seguros de Arkansas y permitir que los solicitantes se inscriban en un plan de Suplemento de Medicare con un período de emisión garantizada de sesenta y tres (63) días a partir de la fecha del cambio en la elegibilidad de Medicaid.

Debido a que los consumidores estaban inscritos tanto en Medicaid como en Medicare, este enfoque coincidirá más estrechamente con la intención de las regulaciones de Suplemento de Medicare relacionadas con otras coberturas de seguros bajo la Regla 12 del Departamento de Seguros de Arkansas. Este enfoque también se alinea con la decisión de Medicare de no aplicar una penalización de la Parte B de Medicare a los inscritos tardíos en Medicare.

Arkansas Department of Commerce  
Arkansas Insurance Department  
1 Commerce Way, Suite 102 • Little Rock, AR 72202  
INSURANCE.ARKANSAS.GOV

El comisionado anima a los consumidores con preguntas sobre este boletín a comunicarse con Carroll Astin en [carroll.astin@arkansas.gov](mailto:carroll.astin@arkansas.gov) o al (501) 371-2785. Las preguntas de las aseguradoras y otras partes interesadas deben dirigirse a Jimmy Harris en [jimmy.harris@arkansas.gov](mailto:jimmy.harris@arkansas.gov) o al (501) 671-1621.

  
ALAN MCCLAIN  
INSURANCE COMMISSIONER  
STATE OF ARKANSAS

4-3-2023  
DATE

2025-2026 Med Supps Open Block	A	B	C	D	E	F	HD-F	G	HD-G	H	I	J	K	L	M	N
ACE Property and Casualty Insurance Company	\$ 127					\$ 152		\$ 129	\$ 51							\$ 101
American Benefit Life Insurance Company	\$ 271					\$ 272		\$ 232								\$ 183
American Retirement Life Insurance Company	\$ 181					\$ 200		\$ 165	\$ 58							\$ 124
Americo Financial Life and Annuity Insurance Company						\$ 437		\$ 320								\$ 266
Bankers Fidelity Life Insurance Company	\$ 171					\$ 218		\$ 185	\$ 49				\$ 87			\$ 145
Bankers Life and Casualty Company						\$ 438	\$ 47	\$ 367								\$ 332
Bankers Reserve Life Insurance Company of Wisconsin	\$ 175					\$ 216		\$ 175								\$ 138
Central States Indemnity Co. of Omaha	\$ 352	\$ 385	\$ 504			\$ 489		\$ 341								\$ 264
Cigna Health and Life Insurance Company	\$ 196					\$ 249		\$ 183	\$ 65							\$ 151
Combined Insurance Company of America AFTER 5/2010						\$ 261										\$ 183
Combined Insurance Company of America BEFORE 6/2010			\$ 431	\$ 209		\$ 501										
Companion Insurance Company	\$ 137					\$ 325		\$ 265								
CompBenefits Insurance Company	\$ 191					\$ 218		\$ 186	\$ 59							\$ 147
Continental General Insurance (formerly United Teacher)						\$ 563		\$ 469								
Continental General Life Insurance Company						\$ 378										
Continental Life Insurance Company	\$ 132					\$ 206		\$ 162	\$ 43							\$ 106
Globe Life and Accident Insurance Company	\$ 160	\$ 278	\$ 324			\$ 327	\$ 54		\$ 54							\$ 200
Golden Rule Insurance Company	\$ 155		\$ 237			\$ 223		\$ 244								
Government Personnel Mutual Life Insurance Company						\$ 587		\$ 439								\$ 389
Great Southern Life Insurance Company						\$ 358	\$ 55	\$ 312								\$ 256
Humana Insurance Company						\$ 378	\$ 88						\$ 119			\$ 266
Humana Insurance Company	\$ 209					\$ 352		\$ 241								
Insurance Company of North America	\$ 147					\$ 175		\$ 149	\$ 53							\$ 105
LifesShield National Insurance Company	\$ 165					\$ 200		\$ 166								\$ 130
LifesShield National Insurance Company	\$ 180					\$ 218		\$ 181								\$ 142
Loyal American Life Insurance Company	\$ 278	\$ 325	\$ 395	\$ 346		\$ 403		\$ 354								\$ 264
Manhattan Life Insurance and Annuity Company	\$ 219					\$ 308		\$ 206								\$ 145
Medico Insurance Company: BEGINNING 4/20/2011								\$ 472								
Medico Insurance Company: BEGINNING 6/2010						\$ 551										
Medico Insurance Company: FROM 7/2009 - 05/2010						\$ 621										
Medico Life and Health Insurance Company	\$ 190					\$ 220	\$ 66	\$ 186	\$ 62							\$ 142
Monitor Life Insurance Company of New York	\$ 201					\$ 254		\$ 201	\$ 72							\$ 147
Mutual of Omaha Insurance Company	\$ 206					\$ 358		\$ 267	\$ 68							\$ 196
Mutual of Omaha Insurance Company	\$ 226		\$ 685	\$ 407		\$ 475		\$ 483								

2025-2026 Med Supps Open Block	A	B	C	D	E	F	HD-F	G	HD-G	H	I	J	K	L	M	N
New Era Life Insurance Company	\$ 156		\$ 195			\$ 255	\$ 40	\$ 188	\$ 40						\$ 118	\$ 128
Old Surety Life Insurance Company			\$ 761	\$ 370		\$ 839						\$ 331				
Old Surety Life Insurance Company	\$ 445															\$ 453
Physicians Life Insurance Company	\$ 192					\$ 254		\$ 222								\$ 184
Puritan Life Insurance Company of America	\$ 421					\$ 573	\$ 85	\$ 439	\$ 72							\$ 236
QualChoice Life and Health Insurance Company, Inc.	\$ 166					\$ 366	\$ 86	\$ 251					\$ 92			\$ 144
Royal Neighbors of America			\$ 827			\$ 852										
Sentinel Security Life Insurance Company						\$ 414		\$ 340								
SILAC Insurance Company	\$ 124					\$ 182										\$ 132
Standardized Life and Accident Insurance Company				\$ 352		\$ 445	\$ 38									
State Farm Mutual Automobile Insurance Company	\$ 181		\$ 329	\$ 174		\$ 333		\$ 174								\$ 130
State Mutual Insurance Company	\$ 171	\$ 203	\$ 226	\$ 179		\$ 228	\$ 68	\$ 181							\$ 174	\$ 144
Sterling Life Insurance Company	\$ 336	\$ 415				\$ 429		\$ 384					\$ 176			\$ 325
Sterling Life Insurance Company			\$ 444			\$ 411		\$ 379					\$ 205			
Tier One Insurance Company	\$ 189					\$ 234		\$ 201								\$ 151
Transamerica Life Insurance Company - MS4500GPT	\$ 265					\$ 291										
Transamerica Life Insurance Company - MS8000GPT	\$ 159	\$ 231	\$ 273	\$ 253		\$ 275	\$ 211						\$ 105	\$ 155	\$ 191	\$ 180
Transamerica Life Insurance Company -MS5000GPT						\$ 234										
Transamerica Life Insurance Company -MS9000GPT	\$ 170	\$ 230	\$ 270	\$ 251		\$ 274	\$ 205						\$ 101	\$ 149	\$ 184	\$ 173
United American Insurance Company	\$ 159	\$ 307	\$ 376	\$ 356		\$ 339	\$ 63	\$ 330	\$ 63				\$ 150			\$ 217
United Insurance Company of America	\$ 167		\$ 173			\$ 171		\$ 170	\$ 47							\$ 106
United of Omaha Life Insurance Company	\$ 217					\$ 545		\$ 426					\$ 220			\$ 600
UnitedHealthcare Insurance Company of America	\$ 484					\$ 619		\$ 589								\$ 541
UnitedHealthcare Insurance Company of America	\$ 312	\$ 381	\$ 522			\$ 556		\$ 501					\$ 163	\$ 288		\$ 477
US Fire Insurance Company						\$ 203		\$ 169								\$ 123
USABLE Mutual Insurance Company	\$ 166		\$ 358					\$ 179	\$ 68							\$ 174
Washington National Insurance Company	\$ 196					\$ 296		\$ 194	\$ 51							\$ 131
Washington National Insurance Company				\$ 288		\$ 250		\$ 251								

2025-2026 Med Supps Closed Block	A	B	C	D	E	F	FHD-F	G	HD-G	H	I	J	K	L	M	N
Accendo Insurance Company	\$159					\$235		\$210								\$165
Aetna Health and Life Insurance Company	\$191	\$220				\$253	\$88	\$199								\$125
American Continental Insurance Company	\$330					\$479	\$186	\$412								\$285
American Family Life Assurance Company of Columbus	\$186		\$376	\$235		\$404		\$362								\$238
American National Life Insurance of Texas - Plan G only								\$341								
American Republic Corp Insurance Company						\$436	\$87				\$318					
Atlantic Coast Life Insurance Company			\$410			\$323		\$293								\$216
Cigna National Health Insurance Company						\$541										
Colonial Penn Life Insurance Company				\$281		\$423	\$73	\$431	\$60				\$107	\$0	\$275	\$314
Continental General Insurance Company						\$393		\$340								
Family Life Insurance Company	\$139	\$170	\$197	\$406	\$179	\$572		\$508							\$160	\$401
Garden State Life Insurance Company								\$247	\$201							\$81
Gerber Life Insurance Company						\$608		\$510								
Guarantee Trust Life Insurance Company						\$267										
Heartland National Life Insurance Company						\$553										\$401
Humana Insurance Company						\$412	\$97						\$124			
Liberty National Life Insurance Company							\$74									
Loyal American Life Insurance Company						\$320										
Nassau Life and Annuity Company AP			\$386			\$567										
Nassau Life Insurance Company of Kansas		\$408	\$541	\$426		\$514		\$439								
Oxford Life Insurance Company				\$324		\$495					\$505					
Philadelphia American Life Insurance Company			\$297			\$369	\$36	\$311								\$239
Physicians Life Insurance Company						\$445	\$109	\$362								
Physicians Mutual Insurance Company						\$557	\$134	\$427								\$403
Physicians Mutual Insurance Company	\$221	\$280	\$451			\$414										
Principal Life Insurance Company	\$311	\$366	\$511	\$415	\$440	\$447		\$333		\$518	\$465	\$658				

2025-2026 Med Supps Closed Block	A	B	C	D	E	FHD-F	G	HD-G	H	I	J	K	L	M	N
S. USA Life Insurance Company, Inc.	\$295					\$376	\$257								
Sentinel Security Life Insurance Company						\$414	\$340								
Southern Guaranty Insurance Company						\$405	\$314								\$208
Standardized Life and Accident Insurance Company							\$36								\$119
Sterling Investor Life Insurance Company						\$299	\$290								\$156
Sterling Investors Life Insurance Company				\$540		\$729	\$554								
The Manhattan Life Insurance Company	\$310	\$0	\$370	\$290		\$410	\$302								\$253
Thrivent Financial for Lutherans	\$267		\$326	\$290		\$372	\$297		\$419	\$425					
Transamerica Life Insurance Company	\$149			\$261		\$284			\$630	\$638	\$825				
United Commercial Travelers of America	\$421	\$645	\$0		\$446	\$520	\$456								
United National Life Insurance Company	\$184			\$214		\$352	\$309								\$213
United World Life Insurance Company	\$229	\$264				\$304	\$239								\$150
UnitedHealthcare Insurance Company	\$312	\$381	\$522			\$556	\$501					\$163	\$288		\$477
UnitedHealthcare Insurance Company	\$267	\$325	\$444	\$417	\$418	\$447	\$420		\$412	\$414	\$432	\$139	\$247		
USABLE Mutual Insurance Company	\$227	\$275	\$374	\$374		\$378	\$293			\$390	\$419				

2025-2026 Med Supps Open Block - Under 65										A	B	C	D	E	F	FHD-F	G	HD-G	H	I	J	K	L	M	N								
ACE Property and Casualty Insurance Company										\$ 508																							
American Benefit Life Insurance Company										\$ 1,221																							
American Home Life Insurance Company										\$ 764																							
Bankers Fidelity Life Insurance Company										\$ 683																							
Bankers Reserve Life Insurance Company of Wisconsin										\$ 788																							
CompBenefits Insurance Company										\$ 764																							
Continental Life Insurance Company										\$ 377																							
Globe Life and Accident Insurance Company										\$ 989																							
Humana Insurance Company										\$ 628																							
Insurance Company of North America										\$ 589																							
Lifesield National Insurance Company										\$ 809																							
LifeShield National Insurance Company										\$ 742																							
Manhattan Life Insurance and Annuity Company										\$ 984																							
Medico Life and Health Insurance Company										\$ 665																							
Monitor Life Insurance Company of New York										\$ 903																							
Mutual of Omaha Insurance Company										\$ 826																							
Old Surety Life Insurance Company										\$ 1,778																							
Physicians Life Insurance Company										\$ 673																							
Puritan Life Insurance Company of America										\$ 1,685																							
QualChoice Life and Health Insurance Company, Inc.										\$ 976																							
State Mutual Insurance Company										\$ 684																							
Sterling Life Insurance Company										\$ 1,055																							
Tier One Insurance Company										\$ 850																							
Transamerica Life Insurance Company - MS8000GPT										\$ 476																							
Transamerica Life Insurance Company –MS9000GPT										\$ 511																							
United American Insurance Company										\$ 764							\$ 400																
United Insurance Company of America										\$ 669																							
UnitedHealthcare Insurance Company of America										\$ 1,094																							
UnitedHealthcare Insurance Company of America										\$ 1,380																							
Washington National Insurance Company										\$ 924																							

2025-2026 Med Supps Closed Block - Under 65	A	B	C	D	E	F	HD-F	G	HD-G	H	I	J	K	L	M	N
Accendo Insurance Company	\$ 347															
Aetna Health and Life Insurance Company	\$ 539															
Principal Life Insurance Company	\$ 311															
S. USA Life Insurance Company, Inc.	\$ 1,182															
The Manhattan Life Insurance Company	\$ 1,241															
United American Insurance Company	\$ 435															
United World Life Insurance Company	\$ 646															
UnitedHealthcare Insurance Company	\$ 1,380															
UnitedHealthcare Insurance Company	\$ 1,380															
UnitedHealthcare Insurance Company	\$ 334	\$ 407	\$ 555	\$ 521	\$ 523	\$ 559		\$ 525								

# Medicare y el Mercado de Seguros de Salud

El Mercado de Seguros de Salud proporciona una manera para que las personas que no tienen seguro médico a través de un empleo o un programa federal reciban cobertura médica. **El Mercado no ofrece planes de salud de Medicare, planes de medicamentos de Medicare (Parte D) o pólizas de Seguro Suplementario. Medicare no es parte del Mercado.**

## **¿Qué se considera "cobertura mínima esencial"?**

Si tienes cobertura de Medicare (Parte A) (o cobertura de un Plan de Medicare Advantage), tienes cobertura mínima esencial y no necesitas recibir ninguna cobertura adicional. Si solo tienes Medicare (Parte B), no se te considera que tienes cobertura mínima esencial. **Esto significa que es posible que tengas que pagar una multa por no tener cobertura mínima esencial cuando presentes tu declaración de impuestos federales sobre el ingreso.**

## **¿Puedo obtener un plan del Mercado en lugar de Medicare, o puedo obtener un plan del Mercado además de Medicare?**

Generalmente, no. Es ilegal que alguien que sepa que tienes Medicare te venda un plan del Mercado porque eso duplicaría tu cobertura. SIN EMBARGO, si estás empleado y tu empleador ofrece cobertura basada en el empleador a través del Mercado, es posible que seas elegible para este tipo de cobertura.

## **Si te vuelves elegible para Medicare después de unirte a un plan del Mercado:**

Si tienes un plan del Mercado, puedes mantenerlo hasta que comience tu cobertura de Medicare. Luego, puedes cancelar el plan del Mercado sin penalización. Visita **HealthCare.gov** para averiguar cómo cancelar tu plan del Mercado.

**Nota:** Si has estado recibiendo créditos fiscales para primas u otros ahorros en un plan del Mercado, tu elegibilidad para estos ahorros terminará una vez que comience tu cobertura de Medicare (Parte A).

***Para obtener más información sobre cómo Medicare funciona con el Mercado, visita [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) y [Medicare.gov](https://www.medicare.gov).***

# Derechos y Protecciones de Medicare

## ¿Cuáles son mis derechos de Medicare?



- Ser tratado con dignidad y respeto en todo momento
- Estar protegido contra la discriminación
- Que tu información personal y de salud se mantenga confidencial
- Que se respondan tus preguntas sobre Medicare
- Tener acceso a médicos, otros proveedores de atención médica, especialistas, hospitales y recibir atención de emergencia cuando sea necesario
- Recibir información de Medicare, proveedores de atención médica y contratistas de Medicare sobre tus opciones de tratamiento en un lenguaje claro, en un formato que entiendas, y participar en decisiones de tratamiento
- Solicitar una revisión (apelación) de ciertas decisiones sobre pagos de atención médica, cobertura de servicios o cobertura de medicamentos recetados
- Presentar quejas (o reclamaciones), incluidas las quejas sobre la calidad de tu atención
- Recibir una decisión sobre un pago de atención médica, cobertura de servicios o cobertura de medicamentos recetados

## ¿Qué es un Aviso Avanzado de No Cobertura para el Beneficiario (ABN)?

Para protegerte de facturas inesperadas, Medicare requiere que los proveedores de atención médica te proporcionen un aviso por escrito si creen que Medicare no pagará por un artículo o servicio. Te dará el costo del artículo o servicio para que puedas decidir si pagarlo o no.

### *¿Cómo presento una apelación?*

Puedes apelar un artículo o servicio denegado si crees que Medicare debería pagar pero no lo hizo o si crees que Medicare no pagó la cantidad correcta.

Revisa tu Aviso de Resumen de Medicare (MSN) que muestra el artículo o servicio que estás apelando y sigue las instrucciones en el MSN para apelar dentro de los 120 días posteriores a la fecha en que recibas el MSN por correo. Deberías recibir una decisión del Contratista Administrativo de Medicare (MAC) dentro de los 60 días posteriores a la recepción de tu solicitud. Si Medicare cubrirá el (los) artículo (s) o servicio (s), se incluirá en tu próximo MSN.

### *¿Qué pasa si creo que mis servicios están terminando demasiado pronto o se me niega la admisión al hospital?*

Puedes solicitar una **apelación rápida**: una revisión inmediata por parte del BFCC-QIO.

Para obtener más información, visita [Medicare.gov/appeals](https://www.Medicare.gov/appeals) o

**llama a AR SHIP al 1-800-224-6330.**

Acentra Health es la Organización para la Mejora de la Calidad del Cuidado Centrado en el Beneficiario y la Familia (BFCC-QIO) para los 29 estados resaltados en el mapa a continuación. Como BFCC-QIO, Acentra Health ayuda a las personas que tienen Medicare —y a sus familias y cuidadores— a presentar quejas sobre la calidad de la atención y apelaciones por altas hospitalarias y terminaciones de servicios especializados. También ofrecemos servicios de Defensa Inmediata para resolver rápidamente preocupaciones médicas. Para obtener más información: vea los recuadros color verde azulado debajo del mapa de EE. UU.

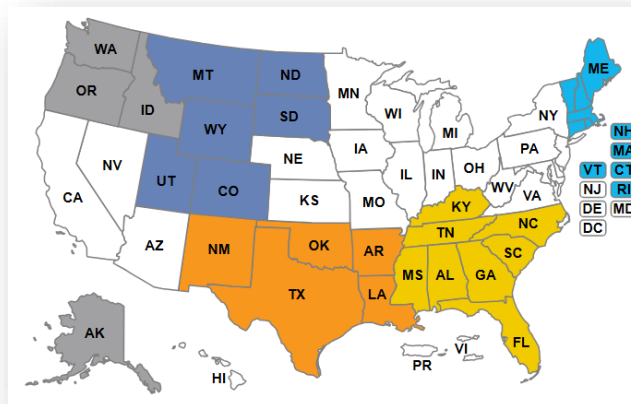
**Región 1**  
Llamada gratuita:  
888-319-8452

**Región 6**  
Llamada gratuita:  
888-315-0636

**Región 10**  
Llamada gratuita:  
888-305-6759

**Región 4**  
Llamada gratuita:  
888-317-0751

**Región 8**  
Llamada gratuita:  
888-317-0891



**Información para personas con Medicare y sus familias**

- Resumen de servicios
- Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención
- Cómo presentar una apelación
- Defensa inmediata
- Recursos adicionales
- Boletín: En el Frente del Cuidado de la Salud
- Podcast: La salud en el envejecimiento importa
- En español
- Consultar el estado de una apelación
- ¿No está seguro por dónde empezar? Haga clic aquí para comenzar en nuestra página de resumen.

**Información para proveedores de atención médica**

- Resumen
- Apelaciones
- Quejas de beneficiarios
- Otras revisiones
- Envío electrónico de expedientes médicos
- Recursos educativos
- Boletín: Conexiones de Revisión de Casos
- Supervisión de Reconocimiento de Médicos
- Enlace de QIO
- Memorando de Acuerdo
- Actualice su información de contacto
- Conviértase en Revisor Par
- Iniciativa de Avisos a Beneficiarios de CMS
- Consultar el estado de una apelación

**Información para nuestros socios y partes interesadas**

- Resumen
- Recursos educativos
- Boletines
- Podcast: La salud en el envejecimiento importa
- Recursos de defensa
- Solicitar un orador
- Informes anuales

# Fraude, Desperdicio y Abuso en Medicare

## ¿Qué es Patrulla de Medicare para Personas Mayores?

Los proyectos de Patrulla de Medicare para Personas Mayores son programas de subvenciones financiados por el gobierno federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., bajo la Administración para la Vida Comunitaria. El programa SMP de Arkansas es administrado por el Departamento de Seguros de Arkansas en Little Rock.

El objetivo del programa SMP es doble:

- Educar y proteger a los beneficiarios de Medicare, sus cuidadores y familias, así como a los profesionales de la industria del envejecimiento, contra fraudes y estafas.
- Proteger el fondo fiduciario de Medicare, que está compuesto por el dinero de los contribuyentes y pierde aproximadamente \$90 mil millones anualmente debido al fraude, el desperdicio y el abuso.

El mensaje del SMP es simple: “proteger, detectar y reportar.” Estos tres pasos trabajan juntos para combatir el fraude y los errores.

## ¿Por qué es importante el trabajo del SMP para los beneficiarios de Medicare?

Las personas mayores son una de las poblaciones más vulnerables y valiosas de nuestra sociedad. Los esfuerzos de difusión y educación del SMP empoderan a los individuos para comprender, reconocer y reportar fraudes en el cuidado de la salud, errores y estafas dirigidas a los adultos mayores. Escuchar repetidamente el mensaje del SMP ayuda a proteger y prevenir fraudes y estafas. Nuestra línea de ayuda gratuita a nivel estatal (866-726-2916) está disponible para facilitar la comunicación con nuestra oficina. Somos un grupo local, imparcial y empático, listo para escuchar, asesorar, apoyar y asistir a quienes nos contacten por teléfono o correo electrónico a [aid.insurance.smp@arkansas.gov](mailto:aid.insurance.smp@arkansas.gov).



## ¿Cuáles son los tipos más comunes de fraude en el cuidado de la salud?

Algunos ejemplos de fraude en Medicare incluyen:

- Un número de Medicare es robado u obtenido de manera engañosa y utilizado para presentar reclamaciones fraudulentas, generalmente por servicios o suministros que nunca se proporcionaron, no fueron ordenados por un proveedor o no eran médicamente necesarios, como equipos médicos duraderos, monitores de glucosa, suministros para diabéticos y pruebas genéticas.
- Doble facturación: Un proveedor cobra a Medicare dos veces por el mismo servicio o artículo que no fue recibido o que solo se recibió una vez.
- Codificación inflada: presentar una reclamación a Medicare por un producto o procedimiento más costoso del que realmente se proporcionó.
- Fraude en cuidados paliativos: Inscribir a alguien en cuidados paliativos sin un diagnóstico terminal o sin su consentimiento, ofreciendo atención de hospicio médicamente innecesaria a cambio de un número de Medicare.

En 2023, los programas SMP a nivel nacional reportaron recuperaciones esperadas de Medicare por más de \$111,277,683. El programa nacional SMP también proporcionó a la OIG 26 informes sobre nuevas tendencias de fraude, incluyendo aquellas relacionadas con COVID-19, monitoreo remoto de pacientes, catéteres urinarios, monitores continuos de glucosa, quejas internas de empleados, visitas anuales de bienestar no solicitadas, cancelaciones fraudulentas de inscripción y otras tendencias preocupantes.

## ¿Cómo puedo saber si mi ser querido en Medicare está siendo víctima de fraude?

La única manera de detectar un posible fraude o error es revisando el Aviso de Resumen de Medicare. Si usted es un beneficiario de Medicare, cuidador o ser querido, es crucial revisar el MSN regularmente. Una forma rápida de saber si su ser querido ha sido víctima de fraude es registrarse en una cuenta en [medicare.gov](https://www.medicare.gov), lo que permite un monitoreo más fácil y accesible de la cuenta de Medicare en línea.

866-726-2916 • [insurance.arkansas.gov/SMP](https://www.insurance.arkansas.gov/SMP)

**The Arkansas Senior Medicare Patrol (SMP)  
can help with suspected Medicare fraud.**

**Call 1-866-726-2916**



**Preventing Medicare Fraud**

# Buscar un médico o proveedor de atención médica que acepte la asignación de Medicare

Para obtener una lista de proveedores en tu área, visita el sitio web Physician Compare de Medicare en: <https://www.medicare.gov/physiciancompare>

## Next:

☀ Ingrese su código postal en el cuadro "Mi ubicación"

☀ A continuación, escriba un "Nombre o Palabra clave" de la especialidad, Snombre del proveedor o grupo que está buscando (opcional).

☀ Haga clic en el botón "Buscar"



Puede encontrar formularios, folletos, videos y más información de la División de Beneficios ara Empleados de Arkansas visitando su siti web en:

<https://www.transform.ar.gov/employee-benefits/retirees/>

O, llamar al (501) 682-9656.

# Preguntas frecuentes sobre Medicare

**¿Paga Medicare por anteojos y dentaduras?** No, Medicare original no cubre anteojos ni dentaduras, aunque algunos planes de ventaja ofrecen beneficios dentales y de visión.

**¿Me inscriben automáticamente en Medicare cuando cumpla 65 años?**

Muchas personas reciben automáticamente Medicare Original si están recibiendo beneficios de jubilación del Seguro Social cuando se vuelven elegibles para la cobertura de Medicare. Otros deben inscribirse en Medicare a través del Seguro Social.

**¿Qué es Medicare (Parte C)?**

Medicare (Parte C) es simplemente otro nombre para el seguro privado de Medicare. La Ley de Presupuesto Equilibrado de 1977 creó la (Parte C), que ahora se conoce como Medicare Advantage. Los planes de Medicare Advantage son planes de salud privados que puedes elegir en lugar de Medicare original. Los planes Advantage generalmente tienen una red de proveedores de los cuales los individuos de Medicare buscarán atención.

**¿Tengo que inscribirme en Medicare Parte D?** No. No es obligatorio, pero se anima a los individuos de Medicare a inscribirse en un plan de la (Parte D) para evitar una multa por no inscribirse en el momento en que el individuo es elegible. La multa no es una multa única. La multa existirá durante toda la vida de Medicare / Seguro Social.

**¿Qué partes de Medicare necesito?**

Si Medicare es tu única cobertura médica, necesitas ambas partes de Medicare Original (Partes A y B). Debes tener tanto (A como B) para ser elegible para inscribirte en un plan suplementario de Medicare o un plan de Medicare Advantage.

**¿Qué son los Planes Suplementarios de Medicare?** Los planes suplementarios de Medicare pagan DESPUÉS de Medicare. Medicare (Parte B) paga el 80% del costo médico después de que se haya alcanzado el deducible de Medicare (Parte B). El suplemento de Medicare pagará el 20% que el individuo normalmente pagaría después de que Medicare pague.

**¿Necesito Medicare si ya tengo un seguro de salud?** Es posible que necesites Medicare incluso si ya tienes otra cobertura de seguro de salud, o si tus planes actuales no cumplen con los requisitos mínimos de cobertura. La mayoría de los planes que ofrecen los empleadores cumplen con estos estándares. Si tú o tu cónyuge tienen seguro a través de tu trabajo, es probable que no necesites Medicare. Sin embargo, al permanecer en un plan de empleador, puedes retrasar la inscripción en la (Parte B) sin penalización hasta que tú o tu cónyuge decidan jubilarse.

**¿Puede mi médico insistir en que pague por la atención por adelantado antes de que Medicare pague?** Sí, pero solo si tu médico no acepta la asignación. Si tu médico participa con Medicare, él o ella pueden cobrar el deducible y el copago. Si tu médico no acepta la asignación, él o ella no pueden cobrarte más que la cantidad aprobada por Medicare.

## PROGRAMA DE RETIRO DE BENEFICIOS DE ARKANSAS para todos los jubilados del estado y de las escuelas públicas

Todos los jubilados están cubiertos bajo un programa de salud llamado

### **AR Beneficios para Jubilados**

AR Beneficios ahora ofrece a los jubilados elegibles para Medicare su cobertura actual más servicios adicionales a través del nuevo plan AR Beneficios Grupo Medicare Advantage (PPO). Comuníquese con UnitedHealthcare al 1-844-488-3953 para obtener más información sobre el plan y los beneficios, y para preguntas sobre la elegibilidad, comuníquese con la División de Beneficios para Empleados al 877-815-1017 o por correo electrónico a [ask.ebd@arkansas.gov](mailto:ask.ebd@arkansas.gov).

### **¿Qué es diferente para los jubilados del Estado y de las escuelas públicas?**

#### **Jubilados del Estado:**

**Los Empleados Estatales Jubilados con Medicare como Principal pueden mantener su plan de medicamentos con receta y no necesitan unirse a Medicare (Parte D) para la cobertura de medicamentos con receta.**

#### **Jubilados de las escuelas públicas:**

**Los Empleados de Escuelas Públicas Jubilados con Medicare como Principal deben unirse a Medicare (Parte D) para la cobertura de medicamentos con receta.** Existe un Período de Inscripción Especial de 63 días para unirse a Medicare (Parte D) cuando finaliza el seguro de medicamentos con receta del Jubilado de Escuelas Públicas. AR SHIP puede ayudarlo a comparar planes (Parte D) para encontrar el plan más económico que cubra los medicamentos que toma. La **Parte D de Medicare** ayuda a cubrir los costos de medicamentos con receta. Debe estar inscrito en las Partes A y B antes de inscribirse en la Parte D. Si es un jubilado estatal en el Plan Primario de Health Advantage, **no necesita** inscribirse en la cobertura de la Parte D. Si es un jubilado de una escuela pública en el Plan Primario de Health Advantage, sí necesita inscribirse en la cobertura de la Parte D.

**Llame a AR SHIP - 1-800-224-6330**

**2025 AR Beneficios Estatales de Arkansas para Jubilados de Medicare  
Primario Primas Mensuales de Retiro de Medicare  
Tarifas Efectivas del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025**

<b>Contacte a ARBenefits al 501-682-9656.</b>	<b>Prima mensual base</b>	<b>Contribución estatal y del plan</b>	<b>Costo mensual total para el jubilado</b>
Solo jubilado	\$550.97	\$294.63	\$256.34
Jubilado y cónyuge sin Medicare	\$1,579.56	\$773.88	\$805.68
Jubilado y niño(s)	\$933.83	\$396.05	\$537.78
Jubilado y Cónyuge sin Medicare & Niño(s)	\$1,962.42	\$943.38	\$1,019.04
Jubilado y Cónyuge Principal de Medicare	\$1,101.94	\$487.83	\$614.11
Jubilado y Cónyuge Principal de Medicare y Niño(s)	\$1,484.80	\$588.26	\$896.54

**Primas mensuales de los jubilados del GRUPO MAPD de Medicare del Estado de Arkansas para UNITED HEALTHCARE (UHC) en 2025 (Cobertura médica y farmacéutica)**

<b>Medicare Elegible</b>	<b>Prima mensual base</b>	<b>Contribución estatal y del plan</b>	<b>Costo mensual total para el jubilado</b>
Jubilado Solo de MAPD	\$220.31	\$198.28	\$22.03
Jubilado de MAPD y Cónyuge NO Medicare	\$1,248.90	\$678.71	\$570.19
Jubilado de MAPD y Niño (s)	\$603.17	\$300.70	\$302.47
Jubilado de MAPD y Niño	\$440.62	\$396.56	\$44.06
Jubilado de MAPD y Cónyuge No Medicare y Niño(s) de MAPD	\$1,631.76	\$848.23	\$783.53
Jubilado de MAPD y Cónyuge No Medicare y Niño de MAPD	\$1,469.21	\$876.99	\$592.22
Jubilado de MAPD y Cónyuge de MAPD con Medicare	\$440.62	\$396.56	\$44.06
Jubilado de MAPD y Cónyuge de MAPD con Medicare y Niño(s) de MAPD	\$823.48	\$499.44	\$324.04
Jubilado de MAPD y Cónyuge de MAPD con Medicare y MAPD	\$660.93	\$594.84	\$66.09

## Tarifas de primas mensuales para jubilados no Medicare del Estado de Arkansas en 2025, efectivas del 1 de enero al 31 de diciembre de 2025.

Prima del plan	Prima mensual base	Contribución estatal y del Plan	Costo mensual total para el jubilado
Solo jubilado	\$1028.60	\$690.74	\$337.86
Jubilado y cónyuge sin Medicare	\$2,057.19	\$1,170.43	\$886.76
Jubilado y niño(s)	\$1,411.46	\$792.26	\$619.20
Jubilado y Cónyuge sin Medicare & Niño(s)	\$2,440.05	\$1,339.89	\$1,100.16
Jubilado y cónyuge con Medicare primario	\$1,579.57	\$881.97	\$697.60
Jubilado y Cónyuge Principal de Medicare	\$1,962.43	\$983.79	\$978.64
Retirado y Cónyuge Principal de MAPD	\$1,248.91	\$889.42	\$359.49
Retirado y Cónyuge Principal de MAPD y Niño(s)	\$1,631.77	\$991.16	\$640.61
<b>Clásico</b>			
Solo jubilado	\$894.23	\$676.77	\$217.46
Retirado y Cónyuge	\$1,788.46	\$1,151.94	\$636.52
Retirado y Niño(s)	\$1,227.09	\$783.05	\$444.04
Retirado y Familia	\$2,121.32	\$1,326.12	\$795.20
<b>Básico</b>			
Solo jubilado	\$789.25	\$666.35	\$122.90
Retirado y Cónyuge	\$1,578.50	\$1,139.54	\$438.96
Retirado y Niño(s)	\$1,083.03	\$779.19	\$305.84
Retirado y Familia	\$1,872.28	\$1,318.26	\$554.02

**Primas Mensuales de Jubilación del Plan de Ventaja en Salud (HA)  
de Medicare de Escuelas Públicas para el 2025  
Tasas Efectivas del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025**

<b>Contacte a ARBenefits al 501-682-9656</b>	<b>Prima mensual base</b>	<b>Contribución estatal y del plan</b>	<b>Costo mensual total para el jubilado</b>
Solo Jubilado	\$238.64	\$116.66	\$121.98
Jubilado y cónyuge no elegible para Medicare	\$1,139.24	\$374.06	\$765.18
Jubilado y hijo(s)	\$578.86	\$58.24	\$520.62
Jubilado y cónyuge no elegible para Medicare y niño(s)	\$1,479.46	\$224.98	\$1,254.48
Jubilado y cónyuge principal de Medicare	\$477.28	\$179.18	\$298.10
Jubilado, cónyuge con Medicare primario y hijo(s)	\$817.50	\$80.44	\$737.06

**Tarifas mensuales de prima para jubilados del grupo MAPD de  
UNITED HEALTHCARE (UHC) de las escuelas públicas de 2025  
Vigentes desde el 1 de enero de 2025 hasta diciembre de 2025**

<b>Elegible para Medicare</b>	<b>Prima mensual base</b>	<b>Contribución estatal y del plan</b>	<b>Costo mensual total para el jubilado</b>
Jubilado Solo de MAPD	\$140.31	\$126.28	\$14.03
Jubilado de MAPD y Cónyuge NO Medicare	\$1040.91	\$366.63	\$674.28
Jubilado de MAPD y Niño (s)	\$480.53	\$108.31	\$372.22
Jubilado de MAPD y Niño	\$280.62	\$252.56	\$28.06
Jubilado de MAPD y Cónyuge No Medicare y Niño(s) de MAPD	\$1,381.13	\$274.07	\$1107.06
Jubilado de MAPD y Cónyuge No Medicare y Niño de MAPD	\$1,181.22	\$592.91	\$688.31
Jubilado de MAPD y cónyuge de MAPD	\$280.62	\$252.56	\$28.06
Jubilado de MAPD, cónyuge de MAPD y niño(s) de MAPD	\$620.84	\$180.00	\$440.84
Jubilado de MAPD, cónyuge de MAPD con Medicare y MAPD	\$420.93	\$378.84	\$42.09

**Tarifas mensuales de primas para jubilados de las Escuelas Públicas no elegibles para Medicare de 2025, vigentes del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025**

<b>Prima del plan</b>	<b>Prima mensual base</b>	<b>Contribución estatal y del Plan</b>	<b>Costo mensual total para el jubilado</b>
Solo jubilado	\$900.60	\$371.64	\$528.96
Jubilado y cónyuge sin Medicare	\$1,801.20	\$554.58	\$1,246.62
Jubilado y niño(s)	\$1,240.82	\$269.02	\$971.80
Jubilado y Cónyuge sin Medicare & Niño(s)	\$2,141.42	\$490.50	\$1,650.92
Retiree & Medicare Primary Spouse	\$1,139.24	\$442.46	\$696.78
Jubilado y Cónyuge Principal de Medicare	\$1,479.46	\$339.82	\$1,139.64
Retirado y Cónyuge Principal de MAPD	\$1040.91	\$497.91	\$543.00
Retirado y Cónyuge Principal de MAPD y Niño(s)	\$1,381.13	\$394.77	\$986.36
<b>Clásico</b>			
Solo jubilado	\$782.96	\$530.78	\$252.18
Retirado y Cónyuge	\$1,565.91	\$966.37	\$599.54
Retirado y Niño(s)	\$1,078.74	\$617.96	\$460.78
Retirado y Familia	\$1,861.69	\$1,101.75	\$759.94
<b>Básico</b>			
Solo jubilado	\$691.04	\$557.50	\$133.54
Retirado y Cónyuge	\$1,382.07	\$1,047.67	\$334.40
Retirado y Niño(s)	\$952.09	\$690.41	\$261.68
Retirado y Familia	\$1,643.14	\$1,233.58	\$409.56

## Cobertura de Medicare (Parte B) para jubilados estatales y públicos en 2025

Servicios médicos y de médicos de Medicare (Parte B)	Coberturas del plan de jubilados de beneficios AR
Deducible de Medicare (Parte B)	AR Benefits paga el deducible de \$240
Normalmente, el 20% del monto aprobado por Medicare (coinsurance de la Parte B) y el 20% de los cargos aprobados por Medicare para equipo médico duradero (DME), después de que se haya cubierto el deducible de la Parte B	AR Benefits paga el 20% del monto aprobado por Medicare.
Cargos excedentes de Medicare (Parte B) al 100%  (Este beneficio se aplica cuando recibe servicios de un médico que <b>no acepta</b> la asignación)	AR Benefits paga el 100% de los cargos excedentes cuando recibe servicios de un médico que <b>no acepta</b> Medicare.



# Federal y Estatal Recursos Rápidos

## PROGRAMA DE AHORROS DE MEDICARE

[WWW.ACCESS.ARKANSAS.GOV](http://WWW.ACCESS.ARKANSAS.GOV)

SOLICITE EN LÍNEA para asistencia  
del Programa de Ahorro de  
Medicare.

## AYUDA ADICIONAL

[WWW.SSA.GOV/PRESCRIPTIONHELP](http://WWW.SSA.GOV/PRESCRIPTIONHELP)

SOLICITE EN LÍNEA SI EL INDIVIDUO  
CALIFICA PARA AYUDA ADICIONAL con  
medicamentos recetados

## [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)

- comparar planes de medicamentos (parte d)
- comparar planes de ventaja de medicare (parte c)
- comparar hospitales
- comparar hogares de ancianos
- comparar agencias de atención domiciliaria
- ordenar una tarjeta de medicare de reemplazo

## [www.mymedicare.gov](http://www.mymedicare.gov)

- Crear una cuenta
- Gestionar información personal de Medicare a través de un sitio web seguro:
- Revisar elegibilidad, derecho y información del plan
- Seguir servicios preventivos
- Mantener una lista de medicamentos recetados
- Completar formularios de autorización  Revisar reclamos

## Acentra Health

Sitio web: [Acentra Health BFCC-QIO](http://AcentraHealth.org)

Visite el sitio web para encontrar el número de teléfono de su región.

Acentra Health es la Organización para la Mejora de la Calidad del Cuidado Centrado en el Beneficiario y la Familia.

## COORDINACIÓN DE BENEFICIOS DE MEDICARE 1-855-798-2627

LLAME SI EL SEGURO PRIMARIO Y SECUNDARIO NO ES PRECISO EN EL ARCHIVO DE MEDICARE a nivel nacional.

## **MEDICARE**

**Sitio Web: <http://Medicare.gov>  
1-800-633-4227**

UHC Customer Service dedicated to

## **ARBenefits Group MAPD plan**

Website dedicated to ARBenefits  
Group MAPD plan [https://  
retiree.uhc.com/arbenefits](https://retiree.uhc.com/arbenefits)

## **CONSUMERS**

**Sitio Web: [www.insurance.arkansas.gov/  
consumer-services](http://www.insurance.arkansas.gov/consumer-services)**

Esta agencia asiste a los consumidores de  
seguros con quejas y consultas relacionadas  
con compañías de seguros, agentes y  
ajustadores.

La CSD investiga todas las quejas.

*Tener los recursos  
adecuados comienza  
con la orientación  
adecuada...*

**Gracias**

**Sr. Carroll Astin,  
por liderar con el  
ejemplo desde 2018.**

## **PATRULLA DE MEDICARE PARA PERSONAS MAYORES (SMP)**

[https://Senior Medicare Patrol \(SMP\) - Arkansas Insurance Department](https://SeniorMedicarePatrol(SMP)-ArkansasInsuranceDepartment)

**Fraud Prevention Line  
866-726-2916**

## **MEDICAID**

**Sitio Web: <https://medicaid.mmis.arkansas.gov/>  
1-800-482-5431  
sobre una amplia variedad de temas.**

## **ADMINISTRACIÓN DE VETERANOS**

**Sitio Web: <http://www.va.gov/>  
1-800-827-1000**

## **SEGURIDAD SOCIAL**

**Sitio Web: [http://  
www.socialsecurity.gov/](http://www.socialsecurity.gov/)  
1-800-772-1213**

## **ARKANSAS SENIOR HEALTH INSURANCE INFORMATION PROGRAM (AR SHIP)**

**800-224-6330**

**Sitio Web: <https://insurance.arkansas.gov/>  
Sitio Web: <http://www.shiipar.com>**

## **ENVEJECIMIENTO SALUDABLE PARA ADULTOS MAYORES**

**Sitio Web: <http://www.cdc.gov/aging/>  
La Prevención de Enfermedades Crónicas  
y la Promoción de la Salud proporciona  
información sobre una amplia variedad de  
temas.**

# **GLOSARIO**

## **Asignación**

Un acuerdo por parte de su médico, proveedor o suministrador para ser pagado directamente por Medicare, para aceptar el monto de pago aprobado por Medicare por el servicio y no facturarle más que el deducible y la coseguro de Medicare.

## **Período de beneficio**

La forma en que Medicare Original mide su uso de los servicios hospitalarios y de enfermería especializada. Un período de beneficio comienza el día en que es admitido como paciente interno en un hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficio termina cuando no ha recibido ningún cuidado hospitalario interno (o cuidado especializado en un centro de enfermería especializada) durante 60 días seguidos. Si ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada después de que haya terminado un período de beneficio, comienza un nuevo período de beneficio. Debe pagar el deducible hospitalario interno por cada período de beneficio. No hay límite en el número de períodos de beneficio.

## **Beneficiario**

Alguien que tiene seguro de salud a través de Medicare o Medicaid.

## **Coseguro**

Una cantidad que puede ser necesario que pague como su parte del costo de los servicios después de pagar cualquier deducible. El coseguro suele ser un porcentaje (por ejemplo, el 20%).

## **copago**

Una cantidad que puede ser necesario que pague como su parte del costo de un servicio médico o suministro, como una visita al médico, una visita ambulatoria al hospital o un medicamento recetado. Un coproducto suele ser una cantidad fija, en lugar de un porcentaje. Por ejemplo, podría pagar \$10 o \$20 por una visita al médico o un medicamento recetado.

## **Cobertura de medicamentos recetados acreditable**

Cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando son elegibles para Medicare generalmente pueden mantener esa cobertura sin pagar una multa, si deciden inscribirse en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare más tarde.

# **GLOSARIO**

## **Hospital de acceso crítico**

Una pequeña instalación ubicada en un área rural a más de 35 millas (o 15 millas si el terreno es montañoso o en áreas con solo carreteras secundarias) de otro hospital o hospital de acceso crítico. Esta instalación proporciona atención de emergencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana, tiene 25 camas o menos para pacientes hospitalizados y mantiene una estadía promedio de 96 horas o menos para pacientes de atención aguda.

## **Cuidado custodial**

Cuidado personal no especializado, como ayuda con actividades de la vida diaria como bañarse, vestirse, comer, levantarse o sentarse en una cama o silla, moverse y usar el baño. También puede incluir el tipo de cuidado relacionado con la salud que la mayoría de las personas hacen por sí mismas, como usar gotas para los ojos. En la mayoría de los casos, Medicare no paga por el cuidado custodial.

## **Deducible**

La cantidad que debe pagar por atención médica o medicamentos antes de que Medicare Original, su plan de medicamentos recetados u otro seguro comience a pagar.

## **Demostraciones**

Proyectos especiales, a veces llamados "programas piloto" o "estudios de investigación", que prueban mejoras en la cobertura de Medicare, el pago y la calidad de la atención. Por lo general, operan solo por un tiempo limitado, para un grupo específico de personas y en áreas específicas.

## **Equipo médico duradero (DME)**

Equipo médico reutilizable como sillas de ruedas, andadores, muletas, camas de hospital, equipos de oxígeno para el hogar, medidores y suministros para pruebas diabéticas.

## **Ayuda adicional**

Un programa de Medicare para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como primas, deducibles y coseguro.

## **Formulario**

Una lista de medicamentos recetados cubiertos por un plan de medicamentos recetados u otro plan de seguros que ofrece beneficios de medicamentos recetados. También llamado lista de medicamentos.

# **GLOSARIO**

## **Centro de rehabilitación para pacientes internos**

Un hospital o parte de un hospital que proporciona un programa de rehabilitación intensiva a pacientes hospitalizados.

## **Mercado de Seguros de Salud**

Un área de comparación de compras que permite a las personas comprar seguros de salud privados que mejor se adapten a sus necesidades.

## **Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO)**

La HMO es un tipo de Plan de Medicare Advantage (Parte C) ofrecido por una compañía de seguros privada. Cuando tienes una HMO, generalmente debes obtener tu atención y servicios médicos de médicos, otros proveedores de atención médica y hospitales en la red del plan, excepto: Atención de emergencia, Atención de urgencia fuera del área, Diálisis temporal fuera del área.

## **HMO con punto de servicio (HMOPOS)**

Este plan HMO puede permitirte recibir algunos servicios fuera de la red por un copago o coseguro más alto.

## **Días de reserva de por vida**

En Medicare Original, estos son días adicionales que Medicare pagará cuando estés en un hospital por más de 90 días. Tienes un total de 60 días de reserva que se pueden usar durante tu vida. Por cada día de reserva de por vida, Medicare paga todos los costos cubiertos excepto un coseguro diario.

## **Hospital de cuidados a largo plazo**

Hospitales de cuidados agudos que brindan tratamiento a pacientes que permanecen, en promedio, más de 25 días. La mayoría de los pacientes son transferidos desde una unidad de cuidados intensivos o críticos. Los servicios proporcionados incluyen rehabilitación integral, terapia respiratoria, tratamiento de traumatismos craneales y manejo del dolor.

## **Medicamento necesario**

Servicios o suministros de atención médica necesarios para diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección, enfermedad o sus síntomas y que cumplen con los estándares aceptados de la medicina.

# GLOSARIO

## **Plan de Medicare Advantage**

Un tipo de plan de salud de Medicare ofrecido por una compañía privada que contrata con Medicare. Los planes de Medicare Advantage proporcionan todos tus beneficios de (Parte A) y (Parte B).

Si estás inscrito en un Plan de Medicare Advantage:

- La mayoría de los servicios de Medicare están cubiertos a través del plan.
- Los servicios de Medicare no son pagados por Medicare Original.

La mayoría de los Planes de Medicare Advantage ofrecen cobertura de medicamentos recetados hasta el monto aprobado por Medicare. En Medicare Original, este es el monto que un médico o proveedor que acepta la asignación puede ser pagado. Puede ser menos que el monto real que un médico o proveedor cobra. Medicare paga parte de este monto y tú eres responsable por la diferencia.

## **Asignación de Medicare**

Un acuerdo por parte de tu médico, proveedor o suministrador para ser pagado directamente por Medicare, aceptar el monto de pago que Medicare aprueba para el servicio y no facturarte por más del deducible y copago de Medicare.

## **Plan de salud de Medicare**

Generalmente, un plan ofrecido por una compañía privada que contrata con Medicare para proporcionar los beneficios de (Parte A) y (Parte B) a las personas con Medicare que se inscriben en el plan. Los planes de salud de Medicare incluyen todos los Planes de Medicare Advantage, Planes de Costo de Medicare y Programas de Demostración/Piloto. Los programas de Organizaciones de Atención Integral para Ancianos (PACE, por sus siglas en inglés) son tipos especiales de planes de salud de Medicare. Los planes PACE pueden ser ofrecidos por compañías públicas o privadas y proporcionan beneficios de (Parte D) y otros beneficios además de los beneficios de (Parte A) y (Parte B).

## **Plan de Medicare**

Cualquier forma que no sea Medicare Original en la que puedas recibir tu cobertura de salud o de medicamentos recetados de Medicare. Este término incluye todos los planes de salud de Medicare y los planes de medicamentos de Medicare.

# **GLOSARIO**

## **Cuenta de Ahorro Médico de Medicare (MSA)**

Una MSA es un tipo de Plan de Medicare Advantage (Parte C) dirigido por el consumidor. Estos planes son similares a los Planes de Cuenta de Ahorro para la Salud (HSA) que se obtienen a través de un empleador o el Mercado. Con los Planes MSA, puedes elegir tus servicios de atención médica y proveedores (generalmente estos planes no tienen una red de médicos, otros proveedores de atención médica u hospitales).

1. Plan de salud de deducible alto: Este es un tipo especial de Plan de Medicare Advantage. Este tipo de plan solo comienza a cubrir tus costos una vez que alcanzas un deducible anual alto, que varía según el plan.

2. Cuenta de ahorro médico (MSA): Este es un tipo especial de cuenta de ahorro. Medicare le da al plan una cantidad de dinero cada año para tus gastos de atención médica. Esta cantidad se basa en tu plan. El plan deposita dinero en tu cuenta MSA una vez al principio de cada año calendario. O, si tienes derecho a Medicare a mitad de año y te unes a un Plan MSA de Medicare en ese momento, el plan depositará el dinero en tu cuenta el primer mes en que comience tu cobertura. Puedes usar este dinero para pagar tus costos cubiertos por Medicare antes de alcanzar el deducible del plan. Puedes acceder al dinero mediante una cuenta corriente o una tarjeta de débito o crédito especial que te proporciona tu banco. Consulta con tu plan para obtener más detalles. El depósito anual y el deducible anual se prorratan según cuándo comience tu inscripción.

## **Cobertura esencial mínima**

La cobertura que debes tener para cumplir con el requisito de responsabilidad individual según la ley de atención médica.

## **Identificador Nacional de Proveedor (NPI)**

Un número de identificación único para los proveedores de atención médica cubiertos.

## **Organización de Proveedores Preferidos (PPO)**

Un PPO es un tipo de Plan de Medicare Advantage (Parte C) ofrecido por una compañía de seguros privada. Los PPO tienen redes de médicos, otros proveedores de atención médica y hospitales. Pagas menos si vas a los proveedores y centros que pertenecen a la red del plan. Generalmente puedes acudir a proveedores fuera de la red para servicios cubiertos, pero normalmente pagarás más.

# **GLOSARIO**

## **Prima**

El pago periódico a Medicare, una compañía de seguros o un plan de atención médica por cobertura de salud o medicamentos recetados.

## **Servicios preventivos**

Atención médica para prevenir enfermedades o detectarlas en una etapa temprana, cuando es probable que el tratamiento funcione mejor (por ejemplo, los servicios preventivos incluyen pruebas de Papanicolaou, vacunas contra la gripe y mamografías de detección).

## **Médico de atención primaria**

El médico que consultas primero para la mayoría de los problemas de salud. Se asegura de que recibas la atención que necesitas para mantenerte saludable. También puede hablar con otros médicos y proveedores de atención médica sobre tu atención y derivarte a ellos. En muchos planes de Medicare Advantage, debes ver a tu médico de atención primaria antes de ver a cualquier otro proveedor de atención médica.

## **Autorización previa**

Tú y/o tu médico recetador deben comunicarse con el plan de medicamentos antes de que puedas obtener ciertas recetas.

## **Pago por servicio privado (PFFS)**

Un PFFS es un tipo de Plan de Medicare Advantage. Los planes PFFS no son lo mismo que Medicare Original o Medigap. El plan determina cuánto pagará a los médicos, otros proveedores de atención médica y hospitales, y cuánto debes pagar cuando recibas atención.

## **Derivación**

Una orden escrita de tu médico de atención primaria para que veas a un especialista o recibas ciertos servicios médicos. En muchas Organizaciones de Mantenimiento de la Salud (HMO), necesitas obtener una derivación antes de recibir atención médica de cualquier persona excepto tu médico de atención primaria. Si no recibes una derivación primero, es posible que el plan no pague por los servicios.

## **Área de servicio**

Un área geográfica donde un plan de seguro médico acepta miembros si limita la membresía según dónde vivan las personas. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puedes usar, también es generalmente el área donde puedes recibir servicios rutinarios (no de emergencia). El plan puede darte de baja si te mudas fuera del área de servicio del plan.

# **GLOSARIO**

## **Plan Especial de Necesidades (SNP)**

Un Plan Especial de Necesidades (SNP) proporciona beneficios y servicios a personas con enfermedades específicas, ciertas necesidades de atención médica o que también tienen Medicaid. Los SNP adaptan sus beneficios, opciones de proveedores y lista de medicamentos cubiertos (formularios) para satisfacer mejor las necesidades específicas de los grupos a los que sirven. Los SNP son tipos de planes HMO o PPO, y cubren los mismos beneficios de la Parte A y Parte B de Medicare que todos los Planes de Medicare Advantage cubren. Sin embargo, los SNP también pueden cubrir servicios adicionales para los grupos especiales a los que sirven. Por ejemplo, si tienes una afección grave, como cáncer o insuficiencia cardíaca congestiva, y necesitas una hospitalización, un SNP puede cubrir días adicionales en el hospital. Solo puedes permanecer inscrito en un SNP si continúas cumpliendo con las condiciones especiales del plan.

## **Atención en un centro de enfermería especializada**

Atención de enfermería especializada y servicios de terapia proporcionados diariamente en un centro de enfermería especializada. Ejemplos de atención en un centro de enfermería especializada incluyen terapia física o inyecciones intravenosas que solo pueden ser administradas por una enfermera registrada o un médico.



Alan McClain, Comisionado

1 Commerce Way Little Rock, Arkansas 72202

[www.insurance.arkansas.gov](http://www.insurance.arkansas.gov)

[www.shiipar.com](http://www.shiipar.com)

Correo electrónico : [insurance.shiip@arkansas.gov](mailto:insurance.shiip@arkansas.gov)

Llame a AR SHIIP sin cargo:

**1-800-224-6330**

Esta publicación cuenta con el apoyo de la Administración para la Vida Comunitaria (ACL) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (HHS) como parte de una subvención de asistencia financiera del 100 % otorgada a través de la subvención 90SAPG0077, financiada por ACL/HHS. El contenido es responsabilidad del autor y no representa necesariamente las opiniones oficiales ni constituye un respaldo por parte de ACL/HHS o del Gobierno de los EE. UU.



**SHIP**  
State Health Insurance  
Assistance Program

