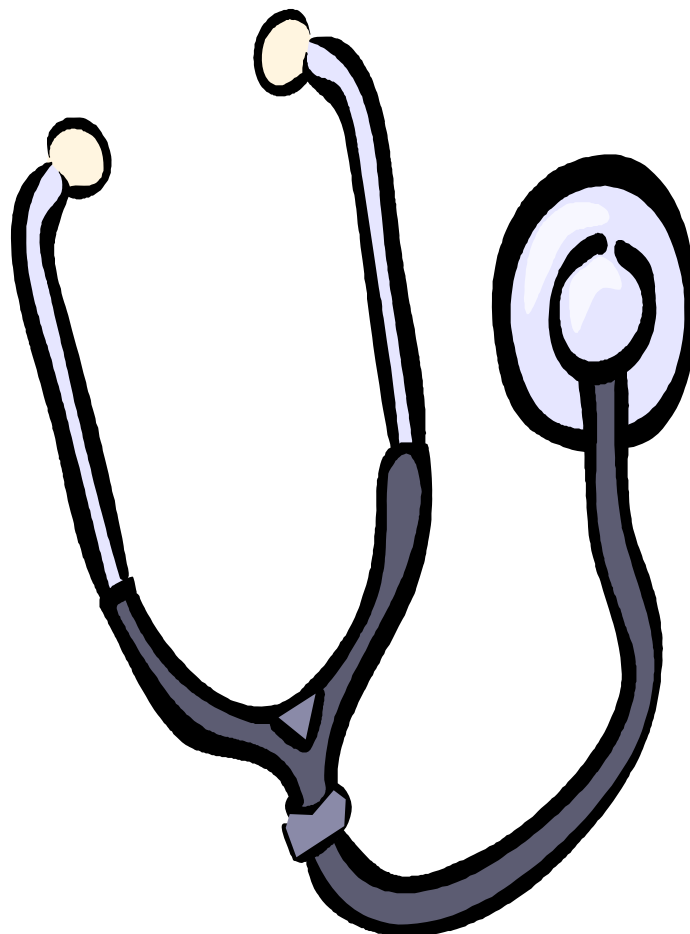


**GUÍA COMPLETA**  
**SOBRE**  
**LA COBERTURA DE ATENCIÓN**  
**DE SALUD**  
**PARA**  
**LAS PERSONAS MAYORES**  
**DE NUEVA YORK**

**¡LÉALA!**



Redactada por el  
Programa de información, asesoramiento y ayuda sobre seguros de salud (HIICAP)  
Departamento para Personas Mayores de la Ciudad de Nueva York  
2009

**MICHAEL R. BLOOMBERG**

**Alcalde**

**Ciudad de Nueva York**



**Lilliam Barrios-Paoli**

**Comisionada**

**Departamento para Personas Mayores de la Ciudad de Nueva York**

# ÍNDICE

<u>Tema</u>	<u>Página</u>
Medicare .....	3
Parte A .....	4
Parte B .....	6
Servicios preventivos .....	9
Seguro suplementario de Medicare (Medigap).....	11
Medicare como pagador secundario .....	20
Planes de Medicare Advantage (HMO, PPO, SNP, PFFS) .....	23
Programas de ahorros de Medicare .....	28
Parte D de Medicare - Cobertura para medicamentos recetados.....	31
Cobertura de seguro farmacéutico para personas mayores (EPIC) .....	36
La tarjeta Nueva York Ahorro de prescripción (NYP\$)	39
Medicaid .....	41
Beneficios para veteranos y TRICARE for Life .....	44
Otras opciones de cobertura médica para los neoyorquinos.....	46
Derechos de los pacientes y apelaciones.....	49
Planificación de la atención prolongada .....	50
Seguro de atención prolongada.....	55
Directivas anticipadas .....	59
Fraude y abuso de Medicare .....	60
Cuadros de requisitos .....	62
Recursos .....	65
Sedes de Medicaid en la ciudad de Nueva York.....	68

**HiCAP**  
NYC DEPARTMENT FOR THE AGING  
Health Insurance Information  
Counseling & Assistance Program

Esta guía ha sido desarrollada por el Departamento para Personas Mayores de la Ciudad de Nueva York para el Programa de información, asesoramiento y ayuda sobre seguros de salud (HIICAP) con el fin de ayudar a las personas mayores de Nueva York a entender mejor las opciones de cobertura de cuidados de la salud disponibles en la actualidad en la ciudad. Los temas comprenden Medicare, Parte D de Medicare, planes de salud de Medicare, Medicaid, programas de ahorros de Medicare, seguro "Medigap" y seguro de atención prolongada. La información detallada en este documento es válida para el año 2009. ¡Utilícela con buena salud!

HIICAP es la fuente de información gratuita, actualizada y imparcial sobre cobertura de cuidados de la salud para las personas mayores de Nueva York. La línea de ayuda de HIICAP (HIICAP Helpline) puede ayudarlo respondiendo a sus preguntas. Llame al 311 y pregunte por HIICAP para hablar con uno de nuestros asesores capacitados.

Disponemos de asesores de HIICAP para entrevistas personales en nuestros lugares de asesoramiento o por teléfono. Solo tiene que llamar a nuestra línea de ayuda para obtener información sobre el asesor más cercano.

La inclusión de programas de beneficios para el cuidado de la salud no implica el aval de dichos programas por parte del Departamento para Personas Mayores de la Ciudad de Nueva York.

Marque 311 para recibir información sobre este y otros servicios de la ciudad.

[www.nyc.gov/aging](http://www.nyc.gov/aging)  
<http://hiicap.state.ny.us>

# MEDICARE

Medicare es un programa de seguro de salud nacional para personas de 65 años o más, ciertas personas más jóvenes con discapacidades y personas con problemas renales. Tiene cuatro componentes:

- Seguro de hospitalización (Parte A)
- Seguro médico (Parte B)
- Planes de Medicare Advantage (Parte C - HMO, PPO, Planes de necesidades especiales (SNP, por sus siglas en inglés) y cobertura privada de arancel por servicio (PFFS, por sus siglas en inglés). Los planes Medicare Advantage ofrecen cobertura de hospitalización y visitas médica. Cuando una persona se inscribe en un plan de Medicare Advantage, recibe la cobertura de Parte A y de Parte B a través de ese plan privado, no a través de "Medicare original."
- Cobertura para medicamentos recetados (Parte D). Los afiliados a Medicare Advantage que desean cobertura para medicamentos deben obtener dicha cobertura a través de su plan. Los afiliados a "Medicare original" que desean cobertura para medicamentos se inscriben en un plan a través de un plan de Parte D independiente.

## **¿Quién puede inscribirse en Medicare?**

Puede inscribirse en Medicare si usted o su cónyuge han trabajado durante al menos 10 años, han pagado los impuestos de Medicare y usted tiene 65 años y es ciudadano o residente permanente de los Estados Unidos. Los menores de 65 años pueden reunir los requisitos para la cobertura después de recibir seguro de discapacidad del Seguro Social durante 24 meses; las personas con esclerosis lateral amiotrófica (ALS, por sus siglas en inglés) reúnen los requisitos a partir del primer mes en que reciben SSDI. Las personas con enfermedad renal terminal (ESRD, por sus siglas en inglés) reúnen los requisitos para recibir Medicare, independientemente de su edad. Es posible que un trabajador, el cónyuge y los hijos de un trabajador reúnan los requisitos para inscribirse en Medicare, según los antecedentes laborales del trabajador, si recibe diálisis continua por insuficiencia renal permanente o recibió un trasplante de riñón, incluso si ningún otro miembro de la familia recibe Medicare. Si tiene dudas sobre su posibilidad de inscribirse en Parte A o Parte B de Medicare, o si desea solicitar Medicare, llame a la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778). Puede obtener más información sobre cómo solicitar Medicare en la página web del Seguro Social, [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov).

## **¿Cómo me inscribo en Medicare?**

Inscripción automática: Si ya está obteniendo los beneficios del Seguro Social o del Retiro del ferrocarril al cumplir 65 años, no tiene que solicitar Medicare. Se lo inscribe automáticamente tanto en Parte A como en la B, y se le envía por correo su tarjeta Medicare alrededor de tres meses antes que cumplido 65 años de edad. Si es discapacitado, obtendrá automáticamente una tarjeta Medicare por correo después de haber recibido sus beneficios por discapacidad del Seguro Social durante 24 meses

consecutivos.

Cómo solicitar Medicare: Si recibe beneficios del Seguro Social o del Retiro del ferrocarril cuando cumple 65 años, tiene un Período inicial de inscripción (IEP, por sus siglas en inglés) de siete meses para inscribirse en Medicare. Usted puede inscribirse comunicándose con la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) tres meses antes de cumplir los 65 años, en el mes que a cumplido 65 años de edad y en los tres meses siguientes.

Si no se inscribe durante ese periodo de siete meses, deberá esperar para inscribirse durante el siguiente periodo de inscripción general del 1 de enero al 31 de marzo de cada año, pero la cobertura de Parte B no comenzará hasta julio. Si no se inscribe durante el periodo inicial de inscripción y no recibe otra cobertura a través de su empleador activo para usted y su cónyuge, deberá pagar una prima más alta como multa por inscribirse tarde. La multa por inscripción retrasado es del 10% por cada 12 meses en que no ha estado inscrito en Parte B.

Empleados activos y personas que reúnen los requisitos para Medicare: Si usted o su cónyuge son empleados activos y tienen seguro de salud a través de su empleador, es posible que no necesiten inscribirse en Parte B de Medicare desde el momento en que reúnen los requisitos; comuníquese con su empleador para averiguar cuándo debe inscribirse en Parte B. Si lo desea, puede inscribirse en Parte A sea porque, no hay una prima para esta cobertura. Consulte la sección sobre Medicare como pagador secundario (página 17) para obtener más información.

### **Beneficios de Parte A de Medicare**

La parte A de Medicare cubre la atención hospitalaria con internación, la atención en instituciones de enfermería especializada, atención en el hogar, y cuidado de hospicio.

***Los afiliados a Medicare Advantage obtienen sus beneficios de Parte A a través de su plan y no pueden presentar facturas a Medicare.***

**Atención hospitalaria con internación:** Medicare paga hasta 90 días de cuidado médico necesario en un hospital general o psiquiátrico certificado por Medicare durante cada periodo de beneficios. Un **periodo de beneficios** comienza cuando es admitido en el hospital y continúa hasta 60 días consecutivos después de que le hayan dado el alta del hospital o la institución de enfermería especializada. Después de finalizado un periodo de beneficios, comenzará otro cada vez que reciba atención hospitalaria con internación. Los beneficiarios de Medicare tienen 60 días de reserva de por vida después del día 90 de cada periodo de beneficios.

Medicare pagará un máximo de por vida de 190 días de atención psiquiátrica con internación provista en un hospital psiquiátrico. Una vez transcurridos los 190 días, Medicare pagará la atención psiquiátrica con internación adicional solamente en un hospital general.

La Parte A colabora en el pago de una habitación compartida, las comidas, la atención de enfermería normal, los servicios de rehabilitación, los medicamentos, los insumos médicos, los análisis de laboratorio y los rayos x. Usted también tiene cobertura por el uso del quirófano y las salas de recuperación, los servicios de salud mental, unidades de cuidados intensivos y coronarios, y todos los otros servicios e insumos médicamente necesarios.

Costos compartidos de Parte A - 2009:

- Deducible: \$1,068 por periodo de beneficios
- Días 61 a 90 de estadía en el hospital: \$267 por día
- Días de reserva de por vida: \$534 por día

**Atención en institución de enfermería especializada:** Si después del alta hospitalaria, necesita acudir a una institución de enfermería especializada, Medicare lo ayudará a pagar hasta 100 días en un periodo de beneficios. La Parte A paga el costo total de los servicios cubiertos durante los primeros 20 días. Medicare paga todos los servicios cubiertos en los siguientes 80 días, excepto el monto de copago diario de \$133.50 en 2009. Si requiere más de 100 días de atención en un periodo de beneficios, es responsable de los gastos a partir del día 101.

**Atención domiciliaria de salud:** Si está confinado en su domicilio y requiere atención especializada por una lesión o enfermedad, Medicare puede pagar la atención provista en su domicilio por una agencia de salud domiciliaria. No se requiere una estadía previa en el hospital para tener derecho a la atención de salud domiciliaria, y usted no debe pagar deducible por servicios de salud domiciliarios. La Parte A de Medicare paga la cuenta completa de los servicios cubiertos por el periodo que resulte médicamente razonable y necesario. Se pueden prestar los servicios a tiempo parcial o de modo intermitente, no a tiempo completo. Se ofrece cobertura de atención especializada, incluida atención de enfermería especializada, terapia física, ocupacional y fonoaudiología. Si está recibiendo atención especializada, es posible que reúna los requisitos para otros servicios, como asistente de salud domiciliario o trabajadores sociales médicos.

**Atención en hogares para enfermos terminales:** Si padece una enfermedad terminal, puede elegir recibir atención en un hogar para enfermos terminales en lugar de los beneficios regulares de Medicare. La atención en hogares para enfermos terminales se dedica a ofrecer confort y alivio del dolor. La atención puede ser domiciliaria o como paciente internado, e incluye muchos servicios que Medicare habitualmente no cubre, como servicios domésticos, asesoramiento y ciertos medicamentos recetados.

## **Beneficios de Parte B de Medicare**

La Parte B de Medicare cubre una amplia gama de servicios e insumos médicos, pero lo

más importante es que ayuda a pagar las cuentas del médico. Los servicios médicamente necesarios prestados por un médico se cubren en caso de atención domiciliaria, en el consultorio, en una clínica, en una residencia para ancianos o en un hospital. La Parte B también ayuda a pagar:

- Servicios hospitalarios como paciente ambulatorio
- Atención de salud mental como paciente ambulatorio
- Sangre, después de las primeras 3 pintas
- Traslado en ambulancia
- Terapia física, ocupacional y fonoaudiología
- Vacunas contra la gripe, la neumonía y la hepatitis
- Medicamentos inyectables
- Prótesis artificiales
- Rayos x y análisis de laboratorio
- Equipo médico duradero
- Insumos médicos
- Análisis preventivos y exámenes de detección

Los afiliados a Medicare Advantage obtienen sus beneficios de Parte B a través de su plan y no pueden presentar facturas a Medicare.

### **¿Qué paga usted según los términos de Parte B?**

Usted debe pagar el deducible anual correspondiente a Parte B. Una vez alcanzado el deducible, Medicare paga el 80% de los cargos aprobados por Medicare. Usted debe hacerse cargo de pagar el 20% restante que Medicare no cubre. Cuando recibe servicios de atención mental como paciente ambulatorio, usted debe hacerse cargo de un coseguro del 50% del costo conforme a los términos de Parte B (a diferencia del 20% por concepto de todos los demás servicios médicos). A partir de 2010, Medicare aumentará el porcentaje que pagará por servicios de salud mental; en 2014, los servicios de salud mental se pagarán al 80%, igual que otros servicios cubiertos por Parte B.

**En 2009, Medicare cubrirá servicios de terapia física y fonoaudiología hasta \$1,840 por año, y servicios de terapia ocupacional hasta \$1,840 por año. Ciertas condiciones permiten que se incremente este límite. Además, no hay límite si recibe servicios terapéuticos como paciente ambulatorio; el límite se aplica únicamente a los servicios recibidos en consultorios privados.**

El seguro suplementario de Medicare (Medigap) ayuda a los beneficiarios de Medicare a pagar su parte de los costos no cubierta por Medicare. Estas pólizas cubren las diferencias ("gap" en inglés) de los reembolsos de Medicare, pero solo para los servicios aprobados por la cobertura de Medicare. Consulte la página 11 para obtener

información sobre las pólizas de Medigap.

### **Costos compartidos de Parte B de Medicare – 2009**

- Prima mensual: \$96.40 (las personas y parejas con ingresos anuales superiores a \$85,000 y \$170,000, respectivamente deberán pagar primas más altas).
- Deducible anual: \$135
- Coseguro: 20%; 50% para salud mental

### **Asignación y Limitación de carga**

Hay dos formas en que los médicos pueden participar en Medicare: pueden "*aceptar una asignación*" o "*no aceptar una asignación*". Esto afecta el monto que debe usted pagar por sus servicios. Si su médico *acepta la asignación*, aceptará el monto que Medicare apruebe para un servicio en particular y no le cobrará a usted más del 20% del coseguro. Si el médico *no acepta la asignación*, los cargos estarán sujetos a un "Limitación de carga," que es un cargo adicional sobre el cargo aprobado por Medicare. En el estado de Nueva York, el limitación de carga es del 5%, excepto para las visitas al consultorio y domiciliarias, cuyo Limitación de carga es del 15%.

### **Contratación privada - Opción de darse de baja de Medicare (Medicare Opt Out)**

Los proveedores de Medicare tienen el derecho de "darse de baja" oficialmente de Medicare por un periodo de dos años y firmar un contrato de carácter privado por escrito con cualquier paciente de Medicare que desee ser atendido por ellos. El médico fijará un arancel para cada servicio en particular y el paciente aceptará pagar los costos entendiendo que Medicare no pagará al médico ni reembolsará el dinero al paciente. De igual modo, ninguna póliza suplementaria o "Medigap" pagará estos gastos. El beneficiario de Medicare aún goza de la cobertura de Medicare para los servicios prestados por otros médicos y especialistas en técnicas de diagnóstico que participen. El de "darse de baja" es un caso diferente de proveedores que no aceptan una asignación de Medicare, en cuyo caso los aranceles y reembolsos fijos continúan bajo el control de Medicare. En este momento, relativamente pocos médicos se han dado de baja de Medicare en el estado de Nueva York.

### **Notificación anticipada al beneficiario**

Existen algunos servicios de atención de la salud que Medicare no pagará, y el beneficiario tiene derecho a conocer los motivos antes de que se le presten esos servicios. El proveedor de atención de la salud debe entregar por escrito la "Notificación anticipada al beneficiario" (ABN, por sus siglas en inglés) indicando el servicio que cree que Medicare no pagará. El formulario debe contener el servicio en cuestión; la fecha del servicio; un motivo específico por el cual el servicio podría no ser pagado por Medicare y un espacio para que el beneficiario firme como prueba de que entiende y acepta la responsabilidad de pagar dicho servicio.

### **Notificación resumida de Medicare**

Cada trimestre se enviará por correo una notificación resumida de Medicare (MSN, por sus siglas en inglés) a cada beneficiario por el que se hubiera recibido una reclamación

de Parte A o Parte B de un proveedor. Para las reclamaciones no asignadas, se enviará la MSN a medida que se procesen las reclamaciones, junto con un cheque a nombre del beneficiario, si el beneficiario ha pagado el servicio con anterioridad. Los beneficiarios podrán utilizar la MSN para obtener un reembolso conforme a una póliza Medigap. La MSN contiene información sobre cómo apelar las reclamaciones de Medicare denegadas.

## Servicios preventivos de Medicare

Medicare brinda cobertura de los siguientes servicios preventivos para ayudarlo a mantener la salud:

Mamografía	Entre los 35 y los 39 años se cubre una mamografía de base. Todas las mujeres de 40 años o más que tengan Medicare gozan de cobertura para una mamografía de rutina cada 12 meses. Se cubre una mamografía de diagnóstico en cualquier momento cuando hay síntomas de cáncer de seno. La mamografía de rutina está sujeta al coseguro del 20% pero no está sujeta al deducible de Parte B. La mamografía de diagnóstico está sujeta al deducible de Parte B y al 20% de coseguro.
Papanicolau (Pap) y examen pélvico	Cada 24 meses o una vez cada 12 meses en mujeres con alto riesgo de cáncer de cuello de útero o vaginal, se cubre un Pap, un examen pélvico y un control mamario clínico. Todas las mujeres con Medicare gozan de cobertura. No debe hacerse pago alguno por el Pap y debe abonarse el 20% del monto aprobado por Medicare por el examen pélvico y el control mamario, sin el deducible de Parte B.
Control del cáncer colorrectal	<u>Análisis de sangre oculta en materia fecal</u> : cubierto una vez cada 12 meses de forma gratuita. <u>Sigmoidoscopia flexible</u> : cubierta una vez cada 48 meses, y usted debe pagar el 20% del monto aprobado por Medicare. <u>Colonoscopia</u> : cubierta una vez cada 24 meses si usted corre alto riesgo de padecer cáncer de colon. Si usted no corre alto riesgo, la cobertura es una vez cada 10 años pero no dentro de los 48 meses de realizada una sigmoidoscopia flexible de rutina. Usted paga el 20% del monto aprobado por Medicare. <u>Enema de bario</u> : puede reemplazarse con una sigmoidoscopia flexible o colonoscopia, y usted paga el 20% del monto aprobado por Medicare.
Servicios para la diabetes	Control de <u>la diabetes</u> para personas con mayor riesgo. Cobertura total de monitores de glucosa, lancetas, tiras de prueba y capacitación para el autocontrol de la diabetes tanto para pacientes diabéticos insulino dependientes como no dependientes. Usted paga el 20% del monto aprobado por Medicare después del deducible de Parte B.
Medición de masa ósea	Los procedimientos para identificar la pérdida de masa ósea o para determinar la densidad ósea se cubren cada 24 meses. Calificarán para estos procedimientos las mujeres con riesgo de osteoporosis o que estén sometidas a terapia con medicamentos para la osteoporosis y las personas con anomalías en la columna. Usted paga el 20% del monto aprobado por Medicare después del deducible de Parte B.
Vacunas	<u>Gripe (influenza)</u> : se cubre una vez por año en otoño o invierno. Este servicio es gratuito. <u>Neumonía</u> : Previene la neumonía neumocócica. Por lo general, solo se necesita una vez en la vida. Este servicio es gratuito. <u>Hepatitis B</u> : si está en riesgo alto o intermedio. Usted paga el 20% del monto aprobado por Medicare después del deducible de Parte B.
Examen de glaucoma	Las personas con alto riesgo de glaucoma, incluidas las personas con diabetes o con antecedentes familiares de glaucoma, reciben una cobertura de una vez cada 12 meses cuando quien presta el servicio es un optometrista o un oftalmólogo. Usted paga el 20% del monto aprobado por Medicare después del deducible de Parte B.

Pruebas para el cáncer de próstata	<p><u>Tacto rectal</u>: se cubre una vez cada 12 meses para hombres a partir de los 50 años. Usted paga el 20% del monto aprobado por Medicare después del deducible de Parte B.</p> <p><u>Prueba de antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés) en sangre</u>: se cubre una vez cada 12 meses para hombres a partir de los 50 años. Este servicio es gratuito.</p>
Examen físico	Se cubrirá un examen físico de rutina durante los primeros doce meses de inscripción en Medicare. Usted paga el 20% del monto aprobado por Medicare.

## **SEGURO SUPLEMENTARIO DE MEDICARE (Medigap)**

### **¿Qué es una póliza de Medigap?**

El seguro suplementario de Medicare ("Medigap") está diseñado específicamente para cubrir las diferencias en la cobertura de Medicare. Las pólizas, reguladas por leyes federales y estatales, solo pueden ser adquiridas por los beneficiarios de Medicare de una compañía privada.

Para contratar una póliza de Medigap, usted debe tener Medicare de Parte A y de Parte B.

### **¿Por qué necesito una póliza de Medigap?**

Una póliza de Medigap le ofrece el reembolso de los gastos en servicios de salud pagados de bolsillo que no están cubiertos por Medicare, y que son la participación en los gastos del beneficiario. Por ejemplo, una póliza de Medigap puede cubrir el deducible de Parte A, el coseguro como paciente ambulatorio de Parte B igual al 20% de los cargos permitidos, y el coseguro de salud mental igual al 50% de los cargos permitidos, además de otros costos. ***Tenga en cuenta que los planes K y L solo cubren un porcentaje de estos costos, mientras que otros planes los cubren en su totalidad.***

### **¿Qué pólizas de Medigap hay disponibles?**

Hay doce pólizas estándar de Medigap disponibles en los Estados Unidos, que se designan con las letras "A" a "L." Cada una de las pólizas tiene el paquete de beneficios básicos (que no puede ser modificado mediante la adición o sustracción de disposiciones), más una combinación de beneficios adicionales. Las antiguas pólizas de Medigap, anteriores a la estandarización de 1992, aún están vigentes, pero no pueden ofrecerse a nuevos compradores. Los titulares de pólizas antiguas pueden cambiar a una póliza nueva y estándar, pero luego no pueden regresar a la póliza antigua. Algunas de las pólizas más antiguas pueden brindar mejor cobertura, especialmente atención prolongada de enfermería especializada.

### **¿Cuándo puedo inscribirme en una póliza de Medigap?**

En el estado de Nueva York, usted puede comprar una póliza de Medigap en cualquier momento si está afiliado a Medicare. Usted tiene garantizada la oportunidad de comprar una póliza aun si reúne los requisitos para Medicare por una discapacidad médica y tiene menos de 65 años.

### **¿Cuándo puedo cambiar de póliza de Medigap?**

En el estado de Nueva York, usted puede cambiar en cualquier momento la compañía a través de la que obtiene la póliza de Medigap, al igual que el tipo de póliza de Medigap. Algunas compañías le requieren que permanezca en cierto plan por un periodo de tiempo antes de cambiar a otro plan que ofrecen. Sin embargo aun puede obtener el plan de otra empresa que ofrece ese plan.

### **¿Cómo elijo mi póliza de Medigap?**

Debido a que los planes A a L están estandarizados, primero debe decidir el nivel de cobertura que necesita. Una vez que haya determinado el grupo de beneficios que mejor se adapta a sus necesidades, puede comparar la prima, el servicio y la reputación

de las compañías de seguros. La mayoría de las compañías de seguros que ofrecen Medigap han conectado sus computadoras con las computadoras de Medicare, para que sus reclamaciones puedan ser procesadas sin mucho papeleo ("intercambio electrónico de datos"). Además, las compañías pueden facturarle la prima por mes, por trimestre o por año, según su preferencia en términos de cronograma de pagos.

### **¿Qué protección tengo?**

Todas las pólizas estándar de Medigap vendidas en el presente tienen garantía de renovación. La compañía de seguros no puede rechazar la renovación a menos que usted no pague las primas o si hubiera falseado datos en la solicitud. Las leyes federales prohíben a la compañía de seguros o vendedor venderle una segunda póliza de Medigap que duplique la cobertura de una que usted ya tiene, protegiéndolo así de la presión de comprar más cobertura de la que necesita. Usted puede alternar las pólizas de Medigap estándar cada vez que necesite un nivel de beneficios diferente. Cuando tiene mayores necesidades de salud, puede acordar la compra de un plan F por ejemplo, si le parece que el plan B es demasiado limitado. La nueva póliza de Medigap reemplazará a la anterior. **NO CANCELE LA PÓLIZA ANTIGUA HASTA QUE ENTRE EN VIGENCIA LA NUEVA.**

### **¿Cómo se establecen las primas?**

En el estado de Nueva York, usted está protegido por la "tasación comunitaria." La prima establecida por una compañía de seguros para una de sus pólizas de Medigap estándar debe ser la misma, independientemente de la edad, el sexo o el estado de salud. Esto significa que la prima por un Plan C de una compañía de seguros será la misma para una mujer de 72 años con mala salud que para un hombre de 81 años que goce de buena salud. Después de la descripción de los planes se incluye un cuadro de los doce planes estándar. Las compañías de seguros y sus primas para los beneficiarios de Medicare de la ciudad de Nueva York se encuentran en la página 19.

### **¿Cuándo comienza mi cobertura si tengo una enfermedad preexistente?**

El periodo máximo por el cual puede negarse la cobertura de una póliza de Medigap debido a una enfermedad preexistente es de los primeros seis meses de la nueva póliza y solo para las reclamaciones directamente relacionadas con dicho problema de salud. Una enfermedad preexistente es una enfermedad para la que un médico brindó asesoramiento médico o recomendó tratamiento, o que fue tratada por un médico, dentro de los seis meses anteriores a la fecha de vigencia de la cobertura. Usted puede reunir los requisitos para una cobertura **inmediata** de un problema de salud preexistente (1) si contrata una póliza durante el periodo de inscripción abierta posterior a su cumpleaños número 65, o (2) si usted tuvo cobertura en el plan de salud anterior durante al menos seis meses sin interrupción superior a 63 días. Si su cobertura del plan de salud anterior fue inferior a seis meses, su nueva póliza de Medigap debe acreditarle la cantidad de meses en los que tuvo cobertura. Algunas pólizas tienen periodos de espera más cortos o no tienen periodos de espera por enfermedades preexistentes.

### **¿Qué documentación recibiré de mi asegurador de Medigap?**

La compañía de seguros de Medigap debe enviarle una explicación de los beneficios para demostrar que ha pagado su parte de las reclamaciones correspondientes a sus beneficios de salud. Junto con la notificación resumida de Medicare (MSN) que recibirá

de Medicare, tendrá la información completa de cómo fue procesada su reclamación de atención de su salud.

### **¿Cómo puedo recibir ayuda para elegir una póliza de Medigap?**

Los asesores entrenados de HIICAP cuentan con información actualizada sobre las pólizas de Medigap y pueden ayudarlo a identificar sus necesidades. No harán la elección por usted, pero le brindarán la información específica que necesita para tomar una decisión.

### **¿De qué modo interactúa Parte D de Medicare con las pólizas de Medigap?**

Ninguna de las pólizas de Medigap nuevas ofrece cobertura para medicamentos. No hay interacción entre las pólizas de Medigap más nuevas y Parte D.

## **PLANES ESTÁNDAR DE MEDIGAP**

A continuación encontrará los doce planes estándar —los planes A a L— y los beneficios provistos por cada uno de ellos:

### **PLAN A** (póliza básica) ofrece los siguientes **beneficios básicos**:

- Cobertura del monto del coseguro de Parte A (\$267 por día en 2009) para los días 61 a 90 de hospitalización en cada periodo de beneficios de Medicare.
- Cobertura del monto de coseguro de Parte A (\$534 por día en 2009) por cada día de reserva de internación en hospital de 60 días no renovables de por vida de Medicare utilizados.
- Una vez agotados todos los beneficios hospitalarios de Medicare, cobertura del 100% de los gastos de hospital elegibles según los términos de Parte A de Medicare. La cobertura se limita a un máximo de 365 días de atención hospitalaria con internación adicional durante la vida del titular de la póliza.
- Cobertura bajo las Partes A y B de Medicare por el costo razonable de las primeras 3 pintas de sangre o cantidades equivalentes de glóbulos rojos por año calendario, salvo reemplazo conforme a disposiciones federales.
- Cobertura del monto de coseguro de los servicios de Parte B (generalmente 20% del monto aprobado; 50% de cargos aprobados por servicios de salud mental para pacientes ambulatorios) después de alcanzar el deducible anual (\$135 en 2009).

### **El PLAN B** incluye el **beneficio básico más**:

- Cobertura del deducible por internación hospitalaria de Parte A (\$1,068 por periodo de beneficios en 2009).

### **El PLAN C** incluye el **beneficio básico más**:

- Cobertura del deducible por internación hospitalaria de Parte A de Medicare.
- Cobertura del monto del coseguro por atención en institución de cuidados de enfermería especializada (\$133.50 desde el día 21 al día 100 por periodo de beneficios en 2009).
- Cobertura del deducible de Parte B de Medicare (\$135 por año calendario en 2009).
- Cobertura del 80% por atención de emergencia médicamente necesaria en país

extranjero, después de un deducible de \$250, con un beneficio máximo de \$50,000 durante toda la vida.

**El PLAN D incluye el beneficio básico más:**

- Cobertura del deducible por internación hospitalaria de Parte A de Medicare.
- Cobertura del monto del coseguro diario por atención en institución de cuidados de enfermería especializada.
- Cobertura del 80% de la atención de emergencia médicamente necesaria en país extranjero, después de un deducible de \$250.
- Cobertura por recuperación domiciliaria. El beneficio de recuperación domiciliaria paga hasta \$1,600 por año por ayuda domiciliaria a corto plazo en actividades de la vida cotidiana (bañarse, vestirse, higiene personal, etc.) para las personas que se están recuperando de una enfermedad, lesión o cirugía. Existen diversos requisitos y limitaciones para estos beneficios (ver cuadro de planes suplementarios de Medicare estándar en la página 18).

**El PLAN E incluye el beneficio básico más:**

- Cobertura del deducible de Parte A de Medicare.
- Cobertura del monto del coseguro diario por atención en institución de cuidados de enfermería especializada.
- Cobertura del 80% de la atención de emergencia médicamente necesaria en país extranjero, después de un deducible de \$250.
- Cobertura de los servicios de atención médica preventiva no cubiertos por Medicare. El beneficio de atención médica preventiva paga hasta \$120 por año en concepto de examen físico, audiometría y control del funcionamiento de la tiroides.

**El PLAN F <sup>1</sup> incluye el beneficio básico más:**

- Cobertura del deducible de Parte A de Medicare.
- Cobertura del monto del coseguro diario por atención en institución de cuidados de enfermería especializada.
- Cobertura del deducible de Parte B de Medicare.
- Cobertura del 100% de gastos en exceso de Parte B de Medicare<sup>2</sup>.
- Cobertura del 80% de la atención de emergencia médicamente necesaria en país extranjero, después de un deducible de \$250.

**El PLAN G incluye el beneficio básico más:**

- Cobertura del deducible de Parte A de Medicare.

---

<sup>1</sup> El Plan F tiene una "opción de deducible alto." Si elige la "opción de deducible alto," tendrá que pagar primero un deducible de \$2,000 en 2009 antes de que el plan pague monto alguno. Este monto puede aumentar cada año. Las pólizas con deducibles altos tienen primas más bajas, pero si usted se enferma, sus costos serán mayores.

<sup>2</sup> El plan paga un porcentaje especificado de la diferencia entre el monto aprobado por Medicare para los servicios de Parte B y los gastos reales (hasta el monto de los límites de gastos fijados por Medicare o las leyes del estado).

- Cobertura del monto del coseguro diario por atención en institución de cuidados de enfermería especializada.
- Cobertura del 80% de gastos en exceso de Parte B de Medicare<sup>2</sup>.
- Cobertura por recuperación domiciliaria (ver Plan D).
- Cobertura del 80% de la atención de emergencia médicamente necesaria en país extranjero, después de un deducible de \$250.

**El PLAN H incluye el beneficio básico más:**

- Cobertura del deducible de Parte A de Medicare.
- Cobertura del monto del coseguro diario por atención en institución de cuidados de enfermería especializada.
- Cobertura del 80% de la atención de emergencia médicamente necesaria en país extranjero, después de un deducible de \$250.

**El PLAN I incluye el beneficio básico más:**

- Cobertura del deducible de Parte A de Medicare.
- Cobertura del monto del coseguro diario por atención en institución de cuidados de enfermería especializada.
- Cobertura del 100% de gastos en exceso de Parte B de Medicare.
- Cobertura del 80% de la atención de emergencia médicamente necesaria en país extranjero, después de un deducible de \$250.
- Cobertura por recuperación domiciliaria (ver Plan D).

**El PLAN J incluye el beneficio básico más:**

- Cobertura del deducible de Parte A de Medicare.
- Cobertura del monto del coseguro diario por atención en institución de cuidados de enfermería especializada.
- Cobertura del deducible de Parte B de Medicare.
- Cobertura del 100% de gastos en exceso de Parte B de Medicare<sup>3</sup>.
- Cobertura del 80% de la atención de emergencia médicamente necesaria en país extranjero, después de un deducible de \$250.
- Cobertura de atención médica preventiva (ver plan E).
- Cobertura por recuperación domiciliaria (ver Plan D).

A partir de enero de 2006, como resultado de Parte D de Medicare, las pólizas H, I y J de Medigap con beneficios para medicamentos no se venden a nuevos titulares de póliza; no obstante, están todavía a la venta sin el beneficio de medicamentos. Las personas que tengan una póliza H, I o J antigua con cobertura para medicamentos no pueden tener un plan para medicamentos de Parte D al mismo tiempo.

**El PLAN K<sup>4</sup>() incluye el beneficio básico más:**

---

<sup>3</sup>El plan paga un porcentaje especificado de la diferencia entre el monto aprobado por Medicare para los servicios de Parte B y los gastos reales (hasta el monto de los límites de gastos fijados por Medicare o las leyes del estado).

- Cobertura del 50% del coseguro de Parte B después de alcanzar el deducible anual de Parte B de Medicare, pero 100% del coseguro por servicios preventivos de Parte B.
- Cobertura del 50% del deducible de hospital de Parte A de Medicare.
- Cobertura del 100% del monto del coseguro de Parte A para los días 61 a 90 de hospitalización en cada periodo de beneficios de Medicare.
- Cobertura del monto del coseguro de Parte A por cada día de reserva de internación en hospital de los 60 días de por vida no renovables de Medicare utilizado.
- Una vez agotados todos los beneficios hospitalarios de Medicare, cobertura del 100% de los gastos de hospital elegibles según los términos de Parte A de Medicare. La cobertura se limita a un máximo de 365 días de atención hospitalaria con internación adicional durante la vida del titular de la póliza.
- Cobertura del 50% de costos compartidos en hogares para enfermos terminales.
- Cobertura del 50% de gastos elegibles para Medicare por las 3 primeras pintas de sangre.
- Cobertura del 50% del monto del coseguro diario por atención en institución de enfermería especializada.
- Límite anual de gastos de bolsillo \$4,620 en 2009.

**El PLAN L <sup>4</sup> () incluye el beneficio básico más:**

- Cobertura del 75% del coseguro de Parte B después de alcanzar el deducible anual de Parte B de Medicare, pero 100% del coseguro por servicios preventivos de Parte B.
- Cobertura del 75% del deducible de hospital de Parte A de Medicare.
- Cobertura del 100% del monto del coseguro de Parte A para los días 61 a 90 de hospitalización en cada periodo de beneficios de Medicare.
- Cobertura del monto del coseguro de Parte A por cada día de reserva de internación en hospital de los 60 días de por vida no renovables de Medicare utilizado.
- Una vez agotados todos los beneficios hospitalarios de Medicare, cobertura del 100% de los gastos de hospital elegibles según los términos de Parte A de Medicare. La cobertura se limita a un máximo de 365 días de atención hospitalaria con internación adicional durante la vida del titular de la póliza.
- Cobertura del 75% de costos compartidos en hogares para enfermos terminales.
- Cobertura del 75% de gastos elegibles para Medicare por las 3 primeras pintas de sangre.
- Cobertura del 75% del monto del coseguro diario por atención en institución de enfermería especializada.
- Límite anual de gastos de bolsillo de \$2,310 en 2009.

**Medicare SELECT:** Además de las pólizas estándar de Medigap A-L, Medicare SELECT es un tipo de póliza Medigap que puede costar menos que los planes estándar de Medigap. No obstante, usted solo puede acudir a ciertos hospitales, y en algunos casos, a ciertos médicos para que lo atiendan. Visite [www.ins.state.ny.us.caremain.htm](http://www.ins.state.ny.us.caremain.htm)

---

<sup>4</sup> Los beneficios básicos de los planes K y L incluyen servicios similares a los planes A-J, pero los costos compartidos de los beneficios básicos tienen diferentes niveles. El límite de gastos de bolsillo anual aumenta cada año por inflación.

para obtener información sobre los planes de Medicare SELECT disponibles en el estado de Nueva York.

Recuerde siempre pedir información acerca de costos de membresía o seguros colectivos que puedan resultar menos costosos que la compra de un plan individual.

Consulte los cuadros de las páginas 18 y 19 para obtener más información sobre las pólizas de Medigap.

**Si necesita más información, marque 311.**

## Cuadro de los doce planes suplementarios estándar de Medicare

Este cuadro muestra los beneficios incluidos en cada plan de Medigap.

**Beneficios básicos:** Incluidos en todos los planes

- **Hospitalización:** Coseguro de Parte A, cobertura por otros 365 días una vez finalizados los beneficios de Medicare, y cobertura del coseguro de los 60 días de reserva de por vida.
- **Gastos médicos:** Coseguro de Parte B (generalmente el 20% de gastos aprobados por Medicare).
- **Sangre:** Primeras 3 pintas de sangre cada año.

**\*\*\*Existen servicios adicionales provistos en los Beneficios básicos para los planes L; póngase en contacto directamente con los planes para obtener mayor información.**

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
Beneficio básico	Beneficio básico	Beneficio básico	Beneficio básico	Beneficio básico	Beneficio básico	Beneficio básico	Beneficio básico	Beneficio básico	Beneficio básico	Beneficio básico***	Beneficio básico***
		Coseguro de atención de enfermería especializada	Coseguro de atención de enfermería especializada	Coseguro de atención de enfermería especializada	Coseguro de atención de enfermería especializada	Coseguro de atención de enfermería especializada	Coseguro de atención de enfermería especializada	Coseguro de atención de enfermería especializada	Coseguro de atención de enfermería especializada	Coseguro de atención de enfermería especializada (50%)	Coseguro de atención de enfermería especializada (75%)
	Deducible de Parte A	Deducible de Parte A	Deducible de Parte A	Deducible de Parte A	Deducible de Parte A	Deducible de Parte A	Deducible de Parte A	Deducible de Parte A	Deducible de Parte A	Deducible de Parte A (50%)	Deducible de Parte A (75%)
		Deducible de Parte B			Deducible de Parte B				Deducible de Parte B		
					Excedente de Parte B (100%)	Excedente de Parte B (80%)		Excedente de Parte B (100%)	Excedente de Parte B (100%)		
		Emergencias en viajes al extranjero	Emergencias en viajes al extranjero	Emergencias en viajes al extranjero	Emergencias en viajes al extranjero	Emergencias en viajes al extranjero	Emergencias en viajes al extranjero	Emergencias en viajes al extranjero	Emergencias en viajes al extranjero		
			Recuperación domiciliaria			Recuperación domiciliaria		Recuperación domiciliaria	Recuperación domiciliaria		
										Límite de gastos de bolsillo \$4,620	Límite de gastos de bolsillo \$2,310
				Cuidado preventivo					Cuidado preventivo	Coseguro de cuidado preventivo (100%)	Coseguro de cuidado preventivo (100%)

**Si necesita más información, marque 311.**

## PÓLIZAS DE SEGURO SUPLEMENTARIO DE MEDICARE

Preparado por el Departamento de Personas Mayores de la Ciudad de Nueva York para el Programa de información, asesoramiento y ayuda sobre seguros de salud (HIICAP) 1-212-341-3978. Comuníquese directamente con las empresas para conocer sus tarifas mensuales vigentes, debido a que están sujetas a cambio. El sitio web del Departamento de Seguros del estado del Estado de Nueva York tiene cuadros de tarifas actualizados, [www.ins.state.ny.us/medplan/medsup09.pdf](http://www.ins.state.ny.us/medplan/medsup09.pdf).

<u>PLAN</u>	<u>Aetna</u>  800 345-6022	<u>American Progressive</u>  800 332-3377	<u>Bankers Conseco</u>  312 396-6515	<u>Empire Blue Cross Blue Shield</u>  800 261-5962	<u>1<sup>st</sup> United American</u>  315 451-2544	<u>GHI</u>  800 444-2333	<u>Humana</u>  800 486-2620	<u>Mutual of Omaha</u>  800 775-1000	<u>State Farm</u>  866 855-1212	<u>Sterling Life</u>  888 858-8551	<u>United Health (AARP)</u>  888 687-2277
<b>A</b>	\$194.92	\$179.63	\$185.17	\$139.70	\$153.00	\$158.19	\$219.00	\$198.84	\$217.79	\$226.71	\$148.00
<b>B</b>	\$226.01	\$260.43	\$233.93	\$183.63	\$222.00	\$209.77	232.00	\$332.27	\$291.49	\$267.32	\$202.00
<b>C</b>		\$333.18	\$278.40	\$203.86	\$275.00	\$252.86	269.00		\$337.56		\$232.25
<b>D</b>		\$301.92	\$261.98		\$268.00						\$217.25
<b>E</b>		\$295.14	\$263.13								\$217.75
<b>F</b>	\$267.24	\$347.20	\$281.19	\$270.89	\$277.00		270.00	\$358.78	\$371.64		\$233.50
<b>F+</b>		\$138.60	\$87.53		\$92.00		108.00				
<b>G</b>		\$313.98	\$264.94		\$269.00			\$209.96			\$218.25
<b>H</b>				\$253.00							\$247.50
<b>I</b>											\$249.75
<b>J</b>			\$282.14								\$276.25
<b>K</b>			\$138.35	\$107.86	\$128.00		130.00			\$127.61	\$107.25
<b>L</b>			\$196.98	\$146.90	\$180.00		188.00				\$149.25

## MEDICARE COMO PAGADOR SECUNDARIO ¿QUIÉN PAGA PRIMERO?

Cuando una persona tiene Medicare y otra cobertura de seguro de salud, es necesario determinar cuál seguro es primario y cuál es secundario. El seguro primario es el que considerará primero la reclamación y el secundario considerará el saldo después de pagada la reclamación o de haber sido denegada por el seguro primario.

El tema de quién paga primero surge entre los beneficiarios de Medicare original (Partes A y B) más otro seguro, como los siguientes:

### Seguro del empleador y Medicare:

USTED TIENE...	SU EMPLEADOR TIENE...	MEDICARE PAGARÁ...
Más de 65, cubierto por plan del empleador	Menos de 20 empleados	Primero. Plan del empleador segundo.
Más de 65, cubierto por plan del empleador	Más de 20 empleados	Segundo. Plan del empleador primero.
Más de 65, cubierto por plan del empleador del cónyuge	Menos de 20 empleados	Primero. Plan del empleador segundo.
Más de 65, cubierto por plan del empleador del cónyuge	Más de 20 empleados	Segundo. Plan del empleador primero.
Menos de 65, cubierto por plan del empleador	Menos de 100 empleados	Primero. Plan del empleador segundo.
Menos de 65, cubierto por plan del empleador	Más de 100 empleados	Segundo. Plan del empleador primero.
Menos de 65, cubierto por plan de otro miembro de la familia	Menos de 100 empleados	Primero. Plan del empleador segundo.
Menos de 65, cubierto por plan de otro miembro de la familia	Más de 100 empleados	Segundo. Plan del empleador primero.
Cualquier edad con enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) cubierto por plan de empleador propio o de otro miembro de la familia	Cualquier cantidad de empleados	Segundo durante los primeros 30 meses de inscripción en Medicare.
Cualquier edad con beneficios COBRA	Sólo compañías con 20 o más empleados (según estatuto de COBRA)	Primero. COBRA paga segundo salvo en pacientes con ESRD cuyo plan COBRA paga primero durante los primeros 30 meses de inscripción/elegibilidad en Medicare.

**Seguro de responsabilidad civil y Medicare:** En caso de accidente o lesión, los

gastos de atención médica pueden cubrirlos otros tipos de seguro, tales como seguros "no fault" (sin negligencia) o del automóvil, pólizas de propietarios de vivienda o de mala práctica. Ya que muchas de estas reclamaciones toman un tiempo de resolución prolongado, Medicare puede realizar pagos condicionales para evitar demoras en el reembolso a los proveedores y responsabilidad a los beneficiarios. Medicare pagará la reclamación y luego buscará recuperar el pago condicional del monto del acuerdo.

**Compensación a los Trabajadores y Medicare:** Por lo general, la compensación a los trabajadores es el seguro primario en caso de una lesión laboral y cubre solo los gastos de atención de la salud relacionados con la lesión. Las condiciones preexistentes pueden ser pagadas por Medicare si la Compensación a los trabajadores no las cubre.

**Trabajo después de los 65 - Planes de salud grupales del empleador (EGHP, por sus siglas en inglés) y Medicare:** Cuando un beneficiario de Medicare mayor de 65 años continúa trabajando, su empleador o el empleador de su cónyuge deben prestar al empleado la misma cobertura para todos los empleados y familias, independientemente de la edad. Si hay 20 empleados o más en la compañía en la que trabaja el beneficiario de Medicare o su cónyuge, su plan de salud es primario y Medicare es secundario. Si hay menos de 20 empleados, entonces Medicare es primario y el EGHP es secundario. La Parte B de Medicare está siempre abierta a los trabajadores con cobertura de su empleador. Consulte la página web de Medicare en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) o llame al 1-800-Medicare para obtener más información. Algunos empleadores exigen que las personas que reúnen los requisitos para Medicare se inscriban en las Partes A o B de Medicare; se aconseja comunicarse con el empleador para hablar sobre este tema.

Cuando el empleado opta por retirarse, debe considerar si se inscribe en Parte B de Medicare, debido a que este será su seguro primario cuando se retire. Hay una prima mensual para Parte B. Para evitar una multa, se debe realizar la inscripción en Parte B de Medicare en un plazo de ocho meses a partir del momento en que termine el empleo activo, no al final de la cobertura de atención de la salud.

**Discapacidad y Medicare:** Si una persona sufre una discapacidad y no puede trabajar, por lo general el EGHP cubre los gastos. Si la compañía tiene 100 o más empleados, el EGHP es primario y Medicare es secundario. Si hay menos de 100 empleados, entonces Medicare es primario y el EGHP es secundario. Discapacidad, según lo establece el Seguro Social, dará derecho a una persona a cobertura de Medicare a partir del mes 24 de pagos de discapacidad, sin tener en cuenta la edad.

**Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD):** Algunas personas reúnen los requisitos para la cobertura de Parte B de Medicare porque padecen de enfermedad renal en etapa terminal y se están sometiendo a tratamientos de diálisis de mantenimiento o han recibido un trasplante de riñón. Si existe un plan colectivo de salud del empleador, es primario durante los primeros 30 meses de elegibilidad para Medicare. Después de 30 meses, Medicare es primario.

**Programa federal de antracosis y Medicare:** Este programa ofrece servicios relacionados con enfermedades pulmonares causadas por trabajos en minas de carbón.

Medicare cubrirá servicios no relacionados con la antracosis a estas mismas personas.

**Para obtener más información visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) o llame al 1-800-MEDICARE.**

## **PLANES DE MEDICARE ADVANTAGE**

### **HMO, PPO, Planes de necesidades especiales (SNP) y Planes privados de arancel por servicio (PFFS).**

Los planes de Medicare Advantage brindan a los beneficiarios de la ciudad de Nueva York alternativas al Medicare "original de arancel por servicio." Los planes de Medicare Advantage incluyen Organizaciones para el mantenimiento de la salud (HMO, por sus siglas en inglés), Organizaciones de proveedores preferidos (PPO, por sus siglas en inglés) y planes privados de arancel por servicio (PFFS). Las HMO y las PPO cuentan con una red de médicos, centros de salud, hospitales, instituciones de enfermería especializada y otros proveedores de salud para que el afiliado cubra sus necesidades médicas. En un plan PFFS, usted puede acudir a cualquier médico u hospital aprobado por Medicare que acepte pago del plan.

Las redes de los planes Medicare Advantage pueden ser locales, estatales e incluso nacionales. Es importante comunicarse con el plan para comprender el alcance de la red de proveedores, especialmente si viaja y puede necesitar atención que no sea de emergencias fuera de su zona de residencia.

Si desea tener cobertura para medicamentos recetados y pertenece a una HMO, PPO o un SNP, debe obtener la cobertura para medicamentos a través de su plan. Si pertenece a un plan PFFS que no ofrece cobertura para medicamentos recetados (Parte D), puede unirse a un Plan para medicamentos recetados (PDP, por sus siglas en inglés) independiente.

Todos los planes de Medicare Advantage deben brindarles a sus miembros todos los mismos servicios médicamente necesarios cubiertos por Medicare "original," y pueden incluir servicios adicionales, como beneficio para medicamentos recetados y para atención de la vista, odontológicos y para la atención de la audición. Todos los beneficiarios de Medicare tienen derecho a obtener los servicios médicos que necesiten, a obtener información completa acerca de las opciones de tratamiento de su médico, y a apelar las denegaciones de servicios o los reembolsos efectuados por un plan HMO, PPO, SNP o PFFS.

Cada miembro de Medicare Advantage debe recibir un Resumen de beneficios como parte del proceso de afiliación. Debe detallarse la información clave sobre primas adicionales, procedimientos de rutina, acceso y requisitos de notificación en caso de emergencia y copagos por servicios. El plan ofrece también a cada afiliado un directorio de proveedores, una lista de farmacias en el plan y una lista de los medicamentos cubiertos.

### **Cómo obtener los servicios en los planes de Medicare original de arancel por servicio, de HMO, PPO, Planes de necesidades especiales (SNP) y PFFS**

Medicare original con arancel por servicio faculta al beneficiario para obtener todos los servicios médicamente necesarios de cualquier proveedor de Medicare en cualquier lugar de Estados Unidos. Medicare fija las tarifas para dichos servicios y cubre el 80% de los

costos. El beneficiario es responsable de la diferencia. El seguro suplementario de Medicare (ver la página 11) puede cubrir todos o la mayoría de los costos a cargo de la persona mayor.

**La afiliación a una HMO** exige que el beneficiario elija un médico de cabecera (PCP, por sus siglas en inglés) de la red local de médicos de la HMO. Algunas HMO exigen que el PCP derive al paciente a los especialistas, a pesar de que la mayoría no requiere tales derivaciones para los proveedores de la red. Dado que la HMO recibe un subsidio del gobierno federal, los costos a cargo del beneficiario pueden ser más bajos que los de los planes de Medicare con arancel por servicio. Una HMO puede ofrecer beneficios adicionales a los que ofrece Medicare con arancel por servicio, como tratamiento de la vista y odontológico. No hay cobertura para servicios obtenidos fuera de la red; el beneficiario se hará cargo del costo completo de dichos servicios.

**Las PPO** ofrecen una red de proveedores de atención de la salud pero no impiden que el afiliado se trate fuera de la red. La PPO fija su pago a los proveedores de la red con un copago fijo a cargo del afiliado; los afiliados pagarán más por los servicios prestados por proveedores que no pertenezcan a la red. (Los proveedores que no pertenecen a la red están sujetos al cargo límite de Medicare, que restringe el monto que pueden cobrarles a los beneficiarios de Medicare por sus servicios). El plan de la PPO puede incluir beneficios médicos adicionales, como tratamiento de la vista y odontológico.

**Los Planes de necesidades especiales (SNP)** son planes Medicare Advantage (HMO o PPO) que se orientan a personas con ciertas enfermedades o afecciones. Algunos ejemplos de personas que podrían reunir los requisitos para un SNP incluyen: personas con Medicare y Medicaid, personas con enfermedades mentales, personas con VIH/SIDA, y personas que viven en instituciones tales como residencias para ancianos. La cobertura del SNP incluye los servicios cubiertos por las Partes A y B de Medicare, además de cobertura para medicamentos recetados. También pueden cubrir servicios y medicamentos recetados que la población a la que se orientan puede necesitar. Por lo general, los SNP siguen el mismo cronograma de inscripción que los planes Medicare Advantage, a pesar de que las personas a las que se les diagnostica una afección (y cumplen otros requisitos de afiliación) tienen un periodo de inscripción especial.

**Los afiliados de los Planes privados de arancel por servicio (PFFS)** pueden acudir a cualquier proveedor aprobado por Medicare que acuerde aceptar los términos y condiciones de pago del plan. El proveedor puede cobrarle la diferencia entre lo que paga el plan PFFS y su honorario habitual. Además, incluso si el proveedor lo ha tratado en el pasado, con Medicare PFFS, los proveedores pueden decidir si tratarlo o no, antes de cada servicio.

**Para obtener una lista de HMO, PPO y planes PFFS disponibles en la ciudad de Nueva York, llame a la oficina de HIICAP al 212-442-0922. También encontrará información útil en el Manual "Medicare y usted", o llamando al 1-800-MEDICARE.**

## **Preguntas frecuentes sobre los Planes Medicare Advantage**

*Decidir si afiliarse a un plan Medicare Advantage da lugar a varias preguntas para el futuro afiliado que se detallan a continuación:*

### **¿Quién reúne los requisitos para afiliarse a un plan Medicare Advantage?**

Para reunir los requisitos para afiliarse a un Plan Medicare Advantage, debe tener las Partes A y B de Medicare, vivir en la zona de servicio del plan y no puede tener insuficiencia renal permanente. El Plan Medicare Advantage no puede rechazar a un solicitante a causa de problemas de salud.

### **¿Cómo se paga un Plan Medicare Advantage?**

Cuando elige afiliarse a un Plan Medicare Advantage, el Centro de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) paga a la empresa una suma fija para cubrir los servicios médicos que se estima que el beneficiario promedio necesitará. La prima de Parte B de su Medicare (\$96.40 en 2009) se deduce de su cheque del Seguro Social y luego se transfiere al Plan Medicare Advantage.

### **¿Cuáles son mis costos de bolsillo con un Plan Medicare Advantage?**

Cada Plan Medicare Advantage establece sus propias primas y sistema de costos compartidos. Usted puede pagar una prima mensual directamente al plan, que se agrega a la prima de Parte B. Se le deben indicar claramente todos los requisitos referidos a los costos compartidos en su tarjeta de beneficios y en el resumen de beneficios. Llame al plan si tiene dudas. Pueden aplicarse copagos, coseguro y deducibles por los servicios médicos.

### **¿Cómo funciona una HMO de Medicare?**

En una HMO, usted selecciona el Médico de Cuidado Primario (PCP, por sus siglas en inglés) que es responsable de administrar su asistencia médica, ingresarlo a un hospital, pedir pruebas de diagnóstico, tratamientos o derivaciones a especialistas y de recetarle. Usted puede elegir el médico, siempre y cuando esté disponible para nuevos pacientes. Usted debe recibir la atención médica de los proveedores de la HMO. Ni la HMO ni Medicare pagarán los servicios de proveedores que no sean parte de la red de atención médica de la HMO, excepto en casos de emergencia.

### **¿Cómo funciona una PPO de Medicare?**

Una PPO crea una red de médicos, hospitales y otros proveedores. El afiliado puede obtener servicios dentro o fuera de la red. Si usted está dentro de la PPO hará un copago (una cantidad fija para ciertos servicios) que es probablemente inferior a los costos compartidos de Medicare "original." Si asiste fuera de la red PPO con una derivación para otro proveedor o selecciona otro médico o especialista, deberá alcanzar el deducible y pagar una tarifa superior por esos servicios. La PPO pagará una cantidad fija de la tarifa y usted pagará la diferencia.

### **¿Cómo funcionan los Planes Medicare Advantage con Parte D de Medicare (cobertura para medicamentos)?**

Si usted pertenece a un Plan Medicare Advantage y desea tener cobertura para medicamentos, debe obtener esa cobertura a través de su plan; no puede unirse a un plan independiente de Parte D.

### **¿Qué sucede con los servicios de emergencia?**

El plan Medicare Advantage cubrirá la atención médica de emergencia si usted cumple sus requisitos de notificación y aprobación. Puede ocurrir que se pida que pague al proveedor por los servicios primero y luego presente una reclamación ante el plan para obtener un reembolso. Si el plan determina que la necesidad de atención no cumple con sus condiciones o si la notificación no fue correcta, el plan puede negarse a cubrir los costos.

### **¿Cómo puedo apelar una decisión de mi plan de salud?**

Las decisiones de su plan de no prestar o pagar un servicio son tramitadas por el departamento de reclamaciones del plan. En caso de que los servicios cubiertos por Medicare o el pago de suministros o tratamientos cubiertos por Medicare le sean denegados, deberá recibir un aviso que incluirá sus derechos de apelación.

### **¿Cómo puedo quejarme sobre la calidad de la atención?**

Si su queja se relaciona con la calidad del servicio de salud que recibe, debe seguir el procedimiento de quejas de su plan. También puede presentar su caso a la Organización de Mejora de la Calidad de Medicare (QIO, por sus siglas en inglés), IPRO en el estado de Nueva York, cuyos médicos y otros profesionales revisan la atención prestada a pacientes de Medicare. Puede comunicarse con IPRO al 1-800-331-7767.

### **¿Cómo debo decidir mi afiliación al Plan Medicare Advantage?**

Debe tener en cuenta los siguientes tres aspectos antes de afiliarse a un plan:

1) si los médicos que lo tratan actualmente aceptan el plan; 2) sus finanzas; y 3) la ubicación geográfica.

1. **¿Podrá continuar consultando con sus médicos?** Pregúnteles a sus médicos en qué planes participan y si aceptan nuevos pacientes de Medicare dentro de ese plan determinado. Incluso si ya tiene una relación establecida con ese médico, debe asegurarse de que lo aceptará como nuevo paciente de acuerdo con ese plan en particular.
2. **Finanzas:** Recibir atención a través de un plan Medicare Advantage puede costarle menos que recibirla a través de Medicare original. Además, los planes Medicare Advantage pueden cubrir servicios no cubiertos por Medicare original, como tratamiento de la vista y odontológico de rutina, e incluso lentes. Es importante investigar la estructura de aranceles del plan Medicare Advantage antes de afiliarse. Asimismo, es vital asegurarse de revisar la información para el

año siguiente al final de cada año, debido a que los planes pueden cambiar su estructura de aranceles todos los años, y los cambios entran en vigencia el 1 de enero de cada año.

3. **Ubicación geográfica:** Es importante pensar sobre sus planes de viaje cuando decide si un plan Medicare Advantage es adecuado para usted. Debido a que los planes Medicare Advantage con HMO tienen zonas geográficas de atención definidas, si planea estar fuera de la zona de servicio por un periodo determinado, una HMO podría no ser adecuada para usted, dado que, fuera de la zona de atención, solo se cubre la atención de emergencia. Las zonas de atención de las PPO y de los planes PFFS son menos restrictivas.

### **¿Qué sucede si deseo dejar mi plan Medicare Advantage?**

Entre el 15 de noviembre y el 31 de diciembre, puede cambiar su elección del plan Medicare Advantage o volver a Medicare "original," y el cambio entra en vigencia el 1 de enero. Entre el 1 de enero y el 31 de marzo, usted puede modificar el modo en que recibe cobertura de salud, ya sea para regresar a Medicare original o para cambiar a otro plan Medicare Advantage; el cambio entrará en vigencia a partir del primer día del mes siguiente, de modo que si cambia de plan en enero, el cambio entra en vigencia en febrero. Las personas con Medicaid, un Programa de ahorros de Medicare o Ayuda Adicional pueden cambiar de plan en cualquier momento y el cambio entrará en vigencia el primer día del mes siguiente.

Si decide finalizar su afiliación al plan, debe enviar un pedido escrito y firmado a su HMO o PPO, o notificar su decisión a la oficina de Seguro Social u oficina del Retiro del ferrocarril de su localidad. Si desea dejar de estar afiliado a un plan Medicare Advantage y afiliarse a otro plan Medicare Advantage, comuníquese con el plan al que desea afiliarse; no es necesario que presente una solicitud por escrito.

### **¿Necesitaré una Póliza de seguro suplementario de Medicare?**

No necesitará una póliza de seguro suplementario de Medicare ("Medigap") si se afilia a un plan Medicare Advantage, debido a que "Medigap" duplicaría sus beneficios. Si decide afiliarse a un plan Medicare Advantage y ya tiene una póliza de Medigap, es posible que desee conservarla por 30 días, hasta ver si el plan Medicare Advantage le resulta satisfactorio. De acuerdo con las leyes del estado de Nueva York, usted siempre podrá adquirir una póliza "Medigap" cuando se desafilie de la HMO o PPO y vuelva a Medicare "original," pero podría tener que enfrentarse a un periodo de carencia de cobertura para una afección médica actual. Para obtener más información sobre "Medigap," consulte la página 11.

## PROGRAMAS DE AHORROS DE MEDICARE

Los Programas de ahorros de Medicare (MSP, por sus siglas en inglés) pueden ayudar a los clientes que reúnen ciertos requisitos a pagar sus primas de Medicare y otros costos asociados con Medicare. Los MSP son gestionados por la Administración de Recursos Humanos (HRA, por sus siglas en inglés) de la ciudad de Nueva York.

Puede obtener las solicitudes en una oficina de Medicaid o en: [http://www.health.state.ny.us/health\\_care/medicaid/program/update/savingsprogram/msapp.pdf](http://www.health.state.ny.us/health_care/medicaid/program/update/savingsprogram/msapp.pdf). También puede enviar la solicitud por correo a: Medical Assistance Program, Correspondence Unit, 330 West 34<sup>th</sup> Street, 9<sup>th</sup> Floor, New York, NY 10001.

A continuación le brindamos información sobre los Programas de ahorros de Medicare, seguida por los límites de ingresos y recursos de cada uno de los programas:

- **Programa para beneficiarios calificados de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary Program, QMB):** Este programa puede pagar la prima de Parte A o de Parte B de Medicare, además del coseguro y los deducibles de las Partes A y B. Una persona puede reunir los requisitos para recibir únicamente el QMB, o para recibir el QMB y Medicaid. Los beneficiarios del QMB deben consultar con proveedores que aceptan tanto Medicare como Medicaid si desean una cobertura médica completa sin costos de su propio bolsillo.
- **Programa específico para beneficiarios de Medicare con bajos ingresos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLIMB):** Este programa paga la prima de Parte B de Medicare. Las personas pueden reunir los requisitos para el SLIMB únicamente o para el SLIMB y Medicaid (con un consumo). El solicitante debe tener Parte A de Medicare para reunir los requisitos del programa SLIMB.
- **Persona calificada-1 (Qualified Individual-1, QI-1):** Este programa paga la prima de Parte B de Medicare. No se puede reunir los requisitos para QI-1 y Medicaid al mismo tiempo. El solicitante debe tener Parte A de Medicare para reunir los requisitos del programa QI-1. Los estados reciben dinero para este programa todos los años.
- **Personas empleadas y discapacitadas calificadas (Qualified Working and Disabled Individual, QWDI):** Este programa paga solo la prima de Parte A de Medicare, no Parte B. El solicitante debe ser un trabajador discapacitado menor de 65 años que perdió los beneficios de Parte A debido a su retorno al trabajo.

<b>Límites mensuales de ingresos y recursos para los MSP (después de las deducciones/exclusiones)</b>				
	<b>Soltero</b>		<b>Pareja casada</b>	
	Ingresos	Recursos	Ingresos	Recursos
<b>QMB: 100% del FPL</b>	\$903	Sin límite	\$1,214	Sin límite
<b>SLIMB: 120% del FPL</b>	\$1,083	Sin límite	\$1,457	Sin límite
<b>QI-1: 135% del FPL</b>	\$1,218	Sin límite	\$1,639	Sin límite
<b>QWDI: 200% del FPL</b>	\$1,805	\$4,000	\$2,428	\$6,000

Consejos para la defensa de derechos en los MSP:

- Los beneficiarios de un MSP automáticamente reúnen los requisitos para el programa de Ayuda Adicional completo para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Parte D de Medicare (ver la página 31).
- No es necesario ir a una sede de Medicaid para solicitar un MSP. Los asesores de HIICAP pueden ayudarlo.

Si usted está **trabajando** y percibe un ingreso, igualmente puede reunir los requisitos para un Programa de ahorros de Medicare. Para determinar la elegibilidad, haga el siguiente cálculo:

Tome la suma de sus ingresos no provenientes de su trabajo (Seguro Social, pensión, etc.) por mes y réstele \$20. Luego tome el monto de sus ingresos mensuales provenientes de su trabajo (jornales, salarios) y réstele \$65 dólares, y divida los ingresos provenientes de su trabajo restantes por 50% (la mitad). Sume el total de ingresos no provenientes de su trabajo más los ingresos provenientes de su trabajo. A continuación, reste las primas suplementarias, por ejemplo, para una póliza de Medigap (no la de Parte B de Medicare). Estos son sus ingresos computables. Compare esta cifra con los límites de ingresos que anteceden para determinar la elegibilidad para cualquiera de los programas antes indicados.

Ejemplo:

El Sr. R es soltero y recibe \$565 por mes por trabajar medio tiempo en una librería, antes de impuestos. Recibe \$966.60 de beneficios del Seguro Social por mes y paga \$200 por mes por un plan Medigap. Sus activos ascienden a \$2,500 en una cuenta corriente y \$1,000 en una cuenta de ahorros. El Sr. R sería elegible para SLIMB y a continuación mostramos por qué:

Ingreso bruto proveniente del trabajo: \$565/mes

Ingreso bruto del Seguro Social: \$966.60/mes

Descuentos de los ingresos provenientes del trabajo:

\$65 ( $\$565 - \$65$ ) = \$500

-50% (o la mitad) de 500

= \$250/ingresos mensuales computables provenientes del trabajo

Descuentos de ingresos no provenientes del trabajo:

\$20 ( $\$966.60 - \$20$ ) = \$946.60

\$200 plan Medigap/mes

= \$746.60, total de ingresos computables no provenientes del trabajo

El total de ingresos computables es de \$996.60 por mes ( $\$250 + \$746.60$ )

Total de activos \$3,500

SLIMB permite un máximo de ingresos mensuales computables de \$1,083. Los ingresos computables del Sr. R están por debajo del máximo del SLIMB. No se computan los recursos. El Sr. R reúne los requisitos para SLIMB.

**Llame al 311 si tiene alguna pregunta sobre elegibilidad para estos programas y dónde solicitarlos.**

## PARTE D DE MEDICARE - COBERTURA PARA MEDICAMENTOS RECETADOS

**La Parte D de Medicare es una cobertura para medicamentos recetados ofrecida a través de compañías aseguradoras privadas para ayudar a cubrir el costo de los medicamentos recetados.**

A partir del 1 de enero de 2006, los planes de medicamentos recetados de Medicare están disponibles para todas las personas con Medicare (Parte A y/o Parte B). Como resultado de la Ley de Modernización de Medicare de 2003, Parte D de Medicare agregó beneficios de cobertura de medicamentos recetados a los beneficios existentes de Medicare en Parte A (hospitalización), Parte B (servicios para pacientes ambulatorios), y Parte C (HMO, PPO, Planes privados de aranceles por servicio). La Parte D es un beneficio voluntario; los beneficiarios de Medicare no tienen la obligación de inscribirse en un plan, a pesar de que puede aplicarse una multa por inscripción tardía.

La Parte D de Medicare es diferente a las Partes A o B, ya que no está estandarizada en todo el país sino que se ofrece a través de compañías del sector privado. Cada compañía privada diseña su propio plan para los consumidores de Medicare. Todos estos planes han firmado un contrato para prestar cobertura de Parte D de Medicare a través de Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en que se regulan los planes y categorías de medicinas cubiertas. Cuando usted suscribe un plan de Parte D, está haciendo su solicitud directamente a una compañía privada que negocia los costos de sus medicamentos, y tiene su propia lista de medicamentos cubiertos (formulario) y farmacias participantes, así como sus propios procedimientos para incluir un nuevo medicamento o solicitar que se cubra un medicamento para responder a sus necesidades especiales.

Los que optan por inscribirse en un plan de Parte D deberán pagar una prima mensual y una parte del costo de los medicamentos recetados. Los planes de medicamentos varían en cuanto a los medicamentos recetados que cubren, el monto que usted debe pagar y las farmacias que puede utilizar. Todos los planes de medicamentos deben brindar al menos un nivel estándar de cobertura, establecido por Medicare. No obstante, algunos planes ofrecen beneficios adicionales y pueden cobrarle una prima mensual más alta. Cuando un beneficiario se une al plan, es importante que elija uno que satisfaga sus necesidades de medicamentos recetados.

A pesar de que los diseños de los planes de Parte D varían, cada uno de ellos incluye los siguientes niveles mínimos de cobertura en 2009:

- Deducible (hasta \$295). Algunos planes tienen un deducible más bajo o no tienen deducible.
- Nivel de cobertura inicial. Usted paga el 25% del costo de los medicamentos hasta \$2,700 por concepto de costo total de medicamentos (el costo total de medicamentos incluye lo que usted paga por el medicamento más la cantidad que el plan paga por el medicamento).

- Diferencia de cobertura (también conocido como "agujero de la dona"). Usted paga el 100% del costo de los medicamentos entre \$2,700 y \$6,153.75, hasta que **usted** haya gastado \$4,350 en costos de bolsillo. Esto incluye el deducible (si lo hubiera) más todo copago o coseguro pagado hasta alcanzar la diferencia de cobertura.
- Cobertura catastrófica (después de \$4,350 de gastos de bolsillo). El beneficiario es responsable del costo que resulte mayor: cinco por ciento (5%) del costo de medicamentos o copago de \$2.40 por medicamentos genéricos y \$6.00 por medicamentos de marca.

La Parte D de Medicare se ofrece en alguna de las siguientes dos modalidades:

1. Planes para medicamentos recetados Medicare Advantage (MAPD, por sus siglas en inglés): son planes de atención administrada, como HMO, PPO o SNP, que ofrecen paquetes de beneficios integrales que cubren todo lo siguiente: hospital, médicos, especialistas, gastos de farmacia y medicamentos recetados. Si usted es beneficiario de un plan Medicare Advantage y desea tener cobertura de Parte D, debe obtener la cobertura de Parte D a través de su plan Medicare Advantage.
2. Planes independientes para medicamentos recetados (PDP, por sus siglas en inglés): estos planes SOLO cubren los medicamentos recetados. A pesar de que hay 51 diferentes PDP en la región del estado de Nueva York, esto no significa que haya 51 empresas diferentes, dado que algunas compañías ofrecen varios planes.

### **Ayuda Adicional con los costos de los medicamentos recetados para personas con ingresos limitados**

La Administración del Seguro Social (SSA), a través de la cual las personas se pueden inscribir en las Partes A y B de Medicare, ofrece un subsidio que se paga directamente a los planes de medicamentos, para los beneficiarios de Medicare con ingresos más bajos y recursos limitados. En 2009, las personas con ingresos mensuales de hasta el 135% del nivel federal de pobreza, \$1,218 (\$1,639 para parejas) y recursos de hasta \$8,100 (\$12,910 para parejas) pueden reunir los requisitos para obtener el **Programa de Ayuda Adicional completo**, también conocido como Programa de subsidios para personas con bajos ingresos. Los que reúnen los requisitos para el Programa completo de Ayuda Adicional no deberán pagar una prima mensual para su plan de Parte D, en tanto y en cuanto el plan seleccionado sea considerado un plan "modelo". Un plan modelo es un plan de Parte D que ha sido designado por Medicare para cumplir ciertos requisitos de cobertura, y que tiene una prima mensual completamente subsidiada por el programa de Ayuda Adicional (prima mensual de hasta \$27.71 en 2009). Las personas que reciben el Programa completo de Ayuda Adicional no estarán sujetas al deducible del plan, si lo hubiera, y sus copagos se limitarán a \$2.40 para medicamentos genéricos y \$6.00 para medicamentos de marca.

En 2009, los que tengan ingresos mensuales de hasta el 150% del nivel federal de pobreza, \$1,354 (\$1,821 para parejas) y recursos de hasta \$12,510 (\$25,010 para parejas) pueden reunir los requisitos para **el Programa de Ayuda Adicional parcial**. Los que reciban el Programa de Ayuda Adicional parcial pagarán una prima mensual escalonada según sus ingresos. Además, deberán pagar un deducible de hasta \$60 y copagos reducidos del 15% del costo de los medicamentos hasta que lleguen a los niveles catastróficos, después de lo cual pagarán los montos estándar de copago.

Los asesores de HIICAP, al igual que la Administración del Seguro Social, pueden ayudarle a determinar su elegibilidad para este beneficio. Llame al 311 para encontrar ayuda cerca de su domicilio, o a la SSA al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778) o solicítela en línea en [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov). Puede solicitar la Ayuda Adicional a través de la Administración del Seguro Social en cualquier momento y, si califica, se le otorgará un Período especial de inscripción para seleccionar el plan de medicamentos de Parte D de Medicare. Los beneficiarios del programa de Ayuda Adicional no están sujetos a multa por retraso en la inscripción en Parte D.

### **Inscripción en Parte D de Medicare**

La inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare implica elegir un Plan de medicamentos recetados (PDP, por sus siglas en inglés) de Medicare o un Plan Medicare Advantage (MA-PD, por sus siglas en inglés) que ofrezca cobertura de medicamentos. En [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) o llamando al 1-800-MEDICARE puede obtener información para comparar los planes.

La inscripción en Parte D puede tener lugar durante el periodo de inscripción inicial (IEP, por sus siglas en inglés) de siete meses de la persona (ver las páginas 4 para obtener más información). Además, un beneficiario puede unirse a un plan o cambiar de plan solo una vez al año, entre el 15 de noviembre y el 31 de diciembre, durante el periodo anual de elección coordinada (AEP, por sus siglas en inglés). También hay excepciones limitadas en las que se otorgará a un beneficiario un Periodo especial de inscripción (SEP, por sus siglas en inglés) para suscribirse a un Plan de medicamentos recetados de Medicare o cambiar de plan fuera del AEP. Esto incluye las siguientes situaciones:

- Mudanza permanente fuera de la zona de atención del plan.
- Ingreso, residencia o alta de la persona en una institución para atención prolongada.
- Pérdida involuntaria, reducción o falta de notificación de cobertura "acreditable".
- Retiro de la zona de atención por parte del Plan de medicamentos recetados.
- Los beneficiarios elegibles duales (aquellos con **Medicare** y **Medicaid** completo), las personas que tienen un Programa de ahorros de Medicare (QMB, SLIMB, o QI-1) y los beneficiarios del programa de Ayuda Adicional pueden cambiar de plan cada mes, y el cambio entrará en vigencia a partir del primer día del siguiente mes.

Se puede solicitar la inscripción en un plan de Parte D de Medicare de diversos modos:

- Electrónicamente en la web, a través de [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) o del sitio web del plan.
- Por teléfono, llamando al 1-800-MEDICARE o llamando directamente al plan.
- Personalmente, a través de un representante del plan de Parte D, mediante una visita domiciliar programada o en un evento de ventas/comercialización.

### **Multa por inscripción tardía**

Aun si una persona con Medicare no utiliza en la actualidad gran cantidad de medicamentos recetados, debe evaluar unirse a un plan. Si un beneficiario no cuenta con una cobertura acreditable (cobertura para medicamentos recetados que sea al menos igual de buena que la cobertura para medicamentos recetados estándar de Medicare), deberá pagar una multa si elige inscribirse con posterioridad. Las personas que tienen una cobertura acreditable, como por ejemplo de un empleador anterior o de un sindicato, la Administración de veteranos (VA, por sus siglas en inglés), TRICARE for Life, o EPIC no recibirán multa por inscripción tardía. La multa equivale al uno por ciento (1%) de la "prima base" (\$30.36 en 2009) por mes completo en que la persona con Medicare no estuvo inscrita en un Plan para medicamentos recetados de Medicare y no tuvo cobertura acreditable. Se debe pagar esta multa mientras tenga cobertura de Parte D. Si el beneficiario tuvo cobertura acreditable con una diferencia que no supere los 63 días desde finalizada dicha cobertura y el comienzo del Plan de Parte D de Medicare, no será multado. No se aplica una multa por inscripción retrasado para las personas que reciben el programa completo o parcial de Ayuda Adicional.

### **Herramientas de administración del costo de utilización**

En un esfuerzo por controlar los costos, muchos planes de medicamentos recetados de Medicare utilizan algunas de las siguientes Herramientas de administración del costo de utilización: Niveles, Autorización previa, Terapia alternativa y Límites de cantidad.

- **Niveles:** La mayoría de los planes de Parte D dividen su formulario (lista de medicamentos cubiertos) en niveles y alientan el uso de los medicamentos del nivel más bajo, asignando diferentes copagos o coseguros a los diferentes niveles. Por lo general, los medicamentos genéricos están en un nivel bajo y cuestan menos que los medicamentos cubiertos en un nivel superior, como los medicamentos de marca.
- **Autorización previa:** A pesar de que un plan puede cubrir un medicamento en su formulario, puede ser necesario que un médico se ponga en contacto con el plan para explicar la necesidad médica de dicho medicamento en particular.
- **Terapia alternativa:** Un plan de Parte D puede solicitar al beneficiario que intente utilizar medicamentos menos costosos para la misma afección antes de pagar un medicamento de marca de mayor valor. Sin embargo, si un beneficiario ya ha probado medicamentos menos costosos, debe hablar con su médico para solicitar una excepción.
- **Límites de cantidad:** Por razones de seguridad y de costo, los planes pueden limitar la cantidad de medicamentos que cubren durante un cierto periodo. Por ejemplo, un plan puede cubrir el suministro de un medicamento treinta días por vez. No obstante, independientemente de la cantidad aprobada, se aplica el mismo copago.

### **¿Cómo elijo un Plan de Parte D?**

Para elegir un plan de Parte D para sus necesidades específicas, es mejor utilizar la herramienta de búsqueda personalizada de planes de [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov). Usted puede hacer una "búsqueda personalizada" en la que ingresa su información personal de Medicare, o una "búsqueda general" para la cual no necesita ninguno de sus datos

personales de Medicare.

Usted ingresa los nombres de los medicamentos que toma en la actualidad o que espera tomar el próximo año, junto con las dosis y la cantidad que necesita para 30 días. Es mejor solicitar al farmacéutico una lista de sus medicamentos antes de iniciar este proceso.

Se le pedirá que seleccione hasta dos farmacias que desee incluir en su búsqueda. Una vez ingresada toda la información, el buscador de planes le dará una lista de Planes de Parte D, clasificados del menos costoso al más costoso. Es importante mirar bien los detalles de cada plan para comprender qué herramientas de administración del costo de utilización se aplicarán, si las hubiera. También es recomendable llamar al plan para verificar la información.

Una vez que haya seleccionado el plan adecuado para usted, podrá inscribirse en línea o por teléfono. Si necesita ayuda para usar el buscador de planes, comuníquese con un asesor de HIICAP.

### **¿Necesito un plan de Parte D si tengo cobertura de salud a través de mi empleador?**

Tal vez no deba inscribirse en un plan de Parte D si recibe cobertura de salud a través de su empleador actual o anterior. Su empleador actual o anterior debe informarle, por lo general mediante una carta, si debe inscribirse en un plan de Parte D o no. Si no recibe una carta, comuníquese con su empleador para determinar si debe inscribirse en un plan de Parte D. Esto es importante debido *a que la inscripción en Parte D puede comprometer todos los beneficios de salud que recibe a través de ese empleador, no solo la cobertura de medicamentos recetados.*

### **¿Necesito un plan de Parte D si no tomo ningún medicamento?**

Tener un plan de seguro para medicamentos recetados de Parte D es optativo, a pesar de que es importante recordar que la mayoría de las personas solo pueden inscribirse durante el periodo anual de elección (AEP, por sus siglas en inglés), desde el 15 de noviembre al 31 de diciembre de cada año. Puede ser aconsejable evaluar el plan menos costoso por si cambian sus necesidades de medicamentos en el año siguiente. Además, recuerde que puede ser pasible de una multa por inscripción tardía si no se inscribe cuando reúne los beneficios.

# **PROGRAMA EPIC DEL ESTADO DE NUEVA YORK (COBERTURA DE SEGURO FARMACÉUTICO PARA PERSONAS MAYORES - EPIC)**

El Programa de cobertura de seguro farmacéutico para personas mayores (EPIC, por sus siglas en inglés) es el programa de seguro para medicamentos recetados del estado de Nueva York para las personas mayores del estado de Nueva York. Si tiene 65 años o más, vive en el estado de Nueva York y tiene ingresos de hasta \$35,000 para los solteros y \$50,000 para las parejas casadas, es posible que reúna los requisitos de EPIC.

Los afiliados a EPIC pueden comprar medicamentos en 4,500 farmacias participantes de todo el estado de Nueva York presentando su tarjeta de EPIC. Los afiliados pagan una tarifa reducida por los medicamentos recetados, según sea el costo del medicamento. Por ejemplo: por un medicamento que cueste entre \$15 y \$35, pagan \$7. El copago más alto es de \$20, independientemente del costo normal del medicamento recetado.

Si es beneficiario de Parte D de Medicare, tiene consumo de Medicaid o cobertura limitada para medicamentos recetados, puede usar EPIC como complemento de esa cobertura para reducir en mayor medida los gastos en medicamentos recetados. Los beneficiarios de Medicaid completo no son elegibles para EPIC.

## **¿Cuánto costarán mis medicamentos recetados con EPIC?**

Medicamentos recetados que cuesten hasta \$15	Usted paga \$3
Medicamentos recetados que cuesten entre \$15.01 y \$35	Usted paga \$7
Medicamentos recetados que cuesten entre \$35.01 y \$55	Usted paga \$15
Medicamentos recetados que cuesten más de \$55	Usted paga \$20

**Usted no paga nunca más de \$20 por receta en la farmacia.**

## **Planes de pagos y de deducible de EPIC**

**Hay dos planes dentro de EPIC: el plan de aranceles y el plan de deducibles. Los solicitantes no pueden elegir en qué plan inscribirse; EPIC toma la decisión según los ingresos de la persona o de la pareja.**

**El Plan de aranceles de EPIC** es para personas con ingresos anuales de hasta \$20,000 y para parejas casadas con ingresos de hasta \$35,000. Para participar en el Plan de aranceles, los afiliados pagan el arancel anual asociado con sus ingresos. Después de pagar el arancel, los participantes hacen el copago correspondiente a sus medicamentos. Los aranceles se basan en el ingreso anual del año anterior y se pagan trimestralmente. Por ejemplo: una persona soltera con un ingreso de \$16,000 debe pagar un arancel anual de \$140. Una pareja con un ingreso de \$24,000 debería pagar \$275 por persona para participar en el Plan de aranceles de EPIC.

**El Plan de deducibles de EPIC** es para personas con ingresos anuales de entre \$20,001 y \$35,000, y para parejas casadas con ingresos de entre \$35,001 y \$50,000. Para participar en el Plan de deducibles, los afiliados pagan sus medicamentos recetados hasta alcanzar el monto del deducible de EPIC que les corresponde, que se basa en los ingresos del año anterior. Una vez alcanzado el deducible, los afiliados solo pagan el copago de EPIC. Por ejemplo, una persona soltera con un ingreso de \$22,000 debe alcanzar un deducible anual de \$580. Para una pareja con un ingreso de \$41,000, cada persona debe alcanzar un deducible anual de \$1,230.

### **¿Cómo funciona EPIC con Parte D de Medicare?**

Actualmente EPIC requiere que la mayoría de sus nuevos afiliados también estén inscritos en un plan de Parte D de Medicare (para obtener más información, ver la sección sobre Parte D de Medicare, en la página 31), donde la cobertura de Parte D es la cobertura primaria y la cobertura de EPIC, secundaria. El afiliado hace el copago de EPIC según el monto que reste después de que el plan de Parte D pague su parte, lo que reduce el costo para el afiliado. Por ejemplo, si debe hacer un copago de \$20 por un medicamento con su plan de Parte D y también tiene EPIC, usted haría el copago de EPIC por un medicamento de \$20, que es de \$7. Además, EPIC lo cubrirá durante el periodo de deducible de Parte D y durante el "agujero de la dona" (la diferencia en la cobertura de Parte D). Los medicamentos que por ley no están cubiertos por los planes de Parte D pueden estar cubiertos por EPIC.

EPIC ha introducido cambios programáticos para maximizar el uso de los planes de Parte D de sus beneficiarios, además de para utilizar medicamentos genéricos:

- Guíese por el Formulario del plan de Parte D: Los medicamentos que no estén cubiertos por el formulario del plan de Parte D pueden estar cubiertos por EPIC, a pesar de que EPIC primero exige que el farmacéutico se comunique con el médico que emitió la receta para preguntarle si no puede considerar recetar un medicamento cubierto por el plan de Parte D.
- Apelaciones de EPIC: Para los medicamentos que no estén en el formulario del plan de Parte D, EPIC puede presentar una apelación ante el plan de Parte D para solicitar una excepción al formulario del plan. El afiliado no debe tomar ninguna acción respecto de esta medida; EPIC manejará todos los contactos con el plan de Parte D y el médico que emitió la receta al afiliado.
- Programa obligatorio de medicamentos genéricos: Para las personas mayores que solo tienen EPIC a quienes se les prescribe un medicamento de marca con un equivalente genérico clasificado como "A", la farmacia se comunicará con el médico que emitió la receta para averiguar si el afiliado puede recibir el medicamento genérico. Si el médico que emitió la receta desea que el afiliado tome el medicamento de marca, debe llamar a la Línea de autorización previa de EPIC, al 1-800-256-8082. Esto también puede afectar a personas con Parte D cuando el medicamento con un genérico clasificado como "A" no es cubierto por el plan de Parte D.

EPIC ayuda a sus afiliados a seleccionar un plan de Parte D que cubra sus necesidades de medicamentos y de farmacia. Para los afiliados al Plan de aranceles, EPIC pagará la prima de Parte D, hasta \$27.71 por mes en 2009, que es el monto de un plan "modelo".

Para los afiliados al Plan de deducibles de EPIC, EPIC reducirá el monto del deducible a \$27.71 por mes (\$333 por año) para ayudar a pagar la prima de Parte D que ellos deben pagar. Los afiliados a EPIC que reciben el Programa completo de Ayuda Adicional no deberán pagar su arancel de EPIC; los que reciban el programa parcial de Ayuda Adicional deberán pagar su arancel de inscripción. La mayoría de los beneficiarios ahorrará dinero si tiene cobertura de EPIC y de Parte D.

### **Cómo inscribirse en EPIC**

Llame al 1-800-332-3742 para obtener un formulario de inscripción y hacer las preguntas que tenga sobre el programa. También puede visitar [www.nyhealth.gov/health\\_care/epic/index.htm](http://www.nyhealth.gov/health_care/epic/index.htm) para recibir más información o descargar un formulario de solicitud.

## La tarjeta Nueva York Ahorro de Prescripción (NYP\$)

La tarjeta que se llama Nueva York Ahorro de Prescripción (NYP\$), es un programa nuevo, y empezó el 1 de abril, 2009. El NYP\$ ofrece un descuento para ciudadanos del estado de Nueva York cuando compran sus medicinas en farmacias que participan en este programa.

NYP\$ es una tarjeta gratuita para todos los elegibles – no hay ningún costo para inscribirse o usar la carta. El NYP\$ no es seguro, es una tarjeta de descuento. Puede ahorrar hasta un 60% en medicamentos genéricos y un 30% en medicamentos de marca.

### Elegibilidad

Para inscribirse, las condiciones cada solicitante debe de tener es:

- Ser un residente del estado de Nueva York; y
- No ser beneficiario de Medicaid (sino es Medicaid con un “spenddown”); y
- Tener ingresos anuales por debajo de los \$35,000 si es soltero, o de \$50,000 si es casado; y
- Ser uno de los dos:
  - Tener entre 50 y 65 años, **O**
  - Haber sido declarado discapacitado por la Administración del Seguro Social.

### ¿Quién es un buen candidato para esta tarjeta?

- Personas de cualquier edad que han sido declarado discapacitado por la Administración de Seguro Social pero el individuo no tienen cobertura de Medicare.
- Personas bajo de 65 años de edad con Parte D de Medicare que necesitan medicamentos que no están en el formulario del Plan, o medicamentos que no son cubiertos por Parte D;
- Personas entre 50 y 6 años sin cobertura de medicamentos, o con cobertura limitada.

### Interacción entre NYP\$ y Parte D de Medicare

Beneficiarios de Medicare que son discapacitados y meno de 65 años de edad pueden usar el NYP\$ en vez de la carta del plan de Parte D para satisfacer el deducible anual y durante el “donut hole;” sin embargo, su plan de Parte D ofrece precios descuentos durante el periodo de deducible y el “donut hole.” Puedes usar la tarjeta de NYP\$ en vez de su plan de Parte D, pero la compra no será acreditada automáticamente al total pagado fuera de bolsillo. Debes ponerte en contacto con su plan de Parte D; tal vez dispuestos al crédito su compra si mandara un documento de recepción.

Puedes usar su carta NYP\$ para comprar medicamentos que no son están en el formulario de su plan y los que no son cubiertos por Parte D de Medicare.

### ¿Puedes usar la tarjeta NYP\$ con otras tarjetas de descuentos?

No. Puedes tener otra cobertura prescripción y ser elegible para la tarjeta NYP\$. Sin

embargo, no puedes usar la tarjeta de descuentos con otro descuento o carta de seguro para la misma medicamento.

**Aplicación y más información**

Puedes descargar una aplicación visite <https://nyprescriptionsaver.fhsc.com>, o llama a 1-800-788-6917 (TTY 1-800-290-9138) para pedir una aplicación por correo. Más información se puede obtenerse llamando al número anterior o visitando el sitio Web.

# MEDICAID

Medicaid es un programa conjunto de seguro de salud del gobierno federal, del gobierno del estado y del gobierno de la ciudad para personas con bajos ingresos. Medicaid es un programa que evalúa la situación económica de los solicitantes para determinar sus necesidades antes de poder acceder al programa. Una vez que se determina que la persona reúne los requisitos para Medicaid, se emite una tarjeta plástica de Medicaid que es válida mientras la persona continúe reuniendo los requisitos. Las personas inscritas la usarán como una tarjeta de crédito para los servicios de atención médica en cualquier establecimiento médico que acepte Medicaid.

## Servicios que cubre Medicaid

- Servicios de emergencias e internación
- Servicios preventivos
- Servicios de cuidado personal
- Servicios de administración de casos
- Medicamentos recetados aprobados
- Terapia física
- Rehabilitación fonoaudiológica
- Servicios relacionados con la tuberculosis (TB)
- Servicios de salud mental
- Enfermería privada
- Audífonos
- Servicios de diagnóstico
- Servicios ocupacionales
- Servicios clínicos
- Servicios de exámenes de detección
- Servicios de rehabilitación
- Atención en residencias para enfermos terminales
- Servicios de anteojos y optometría
- Servicios odontológicos y dentaduras postizas
- Prótesis
- Transporte

## Requisitos para Medicaid

Las personas de más de 65 años, ciegas o discapacitadas deben cumplir los siguientes criterios de elegibilidad: Límites de ingresos y bienes, Criterios de ciudadanía/Inmigración y residencia.

### 1. Límites de ingresos y bienes para 2009

Persona soltera:

- Ingreso mensual máximo: \$767 por mes
- Bienes: \$13,800 (más \$1,500 de fondo para entierro)

Pareja casada:

- Ingreso mensual máximo: \$1,117 por mes
- Bienes: \$20,100 (más \$3,000 de fondo para entierro)

Hay ciertas **deducciones de ingresos**, así que incluso si sus ingresos exceden estos montos, le recomendamos que presente su solicitud. Además, si sus ingresos superan estos montos, es posible que reúna los requisitos para participar en un Programa de ingresos excesivos de Medicaid, por el cual cada mes consume el monto por el que

supera el monto permitido para Medicaid, de modo de obtener la cobertura de Medicaid. De igual modo, si sus ingresos superan los montos autorizados por Medicaid, recuerde que podría reunir los requisitos para uno de los Programas de ahorros de Medicare para ayudarle a pagar las primas de Medicare y otros costos asociados con Medicare (ver la página 28 para obtener más información).

**Los bienes** incluyen el dinero en efectivo, las cuentas bancarias, los IRA y las acciones. Ciertos bienes no se computan para estos límites, como su hogar de residencia primaria, su automóvil y sus bienes personales.

## **2. Ciudadanía/Inmigración**

Para reunir los requisitos de Medicaid, debe ser ciudadano de los Estados Unidos o extranjero que reúna los requisitos.

## **3. Residencia**

Para solicitar Medicaid en el estado de Nueva York debe vivir en este estado. Si vive en la ciudad de Nueva York, debe solicitarlo en la ciudad de Nueva York; puede presentarse en cualquier condado, independientemente de su condado de residencia.

**Para solicitar Medicaid**, debe completar y presentar una solicitud. Las personas que solicitan Medicaid pueden usar la solicitud de Access NY Health Care, formulario DOH 4220. Puede obtener la solicitud e instrucciones sobre cómo completarla, en inglés y en español, en [www.nyhealth.gov/nysdoh/fhplus/application.htm](http://www.nyhealth.gov/nysdoh/fhplus/application.htm).

Si solicita Medicaid para cubrir servicios de atención prolongada, incluida la atención en residencias para ancianos o la atención domiciliaria, debe usar la solicitud LDSS-2921. Puede encontrar esta solicitud en [www.otda.state.ny.us/main/apps/2921.pdf](http://www.otda.state.ny.us/main/apps/2921.pdf).

### **¿Dónde debo presentar la solicitud?**

Usted puede elegir dónde y cómo presentar su solicitud de Medicaid:

- Acudir a la sede de Medicaid de su localidad. Consulte la página 70 con una lista de las sedes de Medicaid, o llame sin cargo a la Administración de Recursos Humanos al 1-877-472-8411 o al 311.
- Comunicarse con un Facilitador de inscripción. Los facilitadores de inscripción son agencias comunitarias con personal entrenado para ayudarle a completar y presentar la solicitud de Medicaid. Para obtener una lista de facilitadores de inscripción, llame al 1-877-934-7587 o visite [www.health.state.ny.us/nysdoh/fhplus/where.htm](http://www.health.state.ny.us/nysdoh/fhplus/where.htm).

### **¿En qué forma funciona EPIC con Parte D de Medicare?**

La mayoría de las personas con Medicaid y Medicare (conocidos como "elegibles duales") deben inscribirse en un plan de Parte D y automáticamente quedarán inscritos en un plan modelo si no eligen su propio plan. Los elegibles duales pueden cambiar de plan todos los meses y la nueva cobertura entra en vigencia el primer día del mes siguiente. (Nota: Las personas que solo tienen Medicaid no se inscriben en un plan de Parte D de Medicare).

Los elegibles duales quedan automáticamente inscritos en el programa completo de

Ayuda extra (ver más información en la página 32) y pagan un monto reducido por los medicamentos recetados. Los elegibles duales con ingresos por debajo del 100% del nivel federal de pobreza (FPL, por sus siglas en inglés) harán un copago de \$1.10 por genéricos/\$3.20 por medicamentos de marca. Los que tengan ingresos por encima del 100% del FPL harán un copago de \$2.40 por genéricos/\$6 por medicamentos de marca. Los elegibles duales dejan de hacer el copago una vez que el costo total de medicamentos cubiertos alcance el nivel catastrófico de \$6,153.75 en 2009.

Por ley, ciertos medicamentos, como los medicamentos de venta libre, las benzodiazepinas, los barbitúricos y las vitaminas, no están cubiertos por Parte D. No obstante, continuarán estando cubiertos por Medicaid.

## **BENEFICIOS PARA VETERANOS Y TRICARE FOR LIFE**

Para recibir atención médica en establecimientos administrados por el Departamento de Asuntos de Veteranos (VA, por sus siglas en inglés), los veteranos deben estar inscritos ante el VA. Los veteranos pueden solicitar cobertura en cualquier momento. Los veteranos que no puedan pagar el costo de su atención deben proveer al VA información financiera de sus ingresos anuales y sus recursos. La elegibilidad para tarifas reducidas de copago se basa en los umbrales geográficos de ingreso. En primer lugar, se utilizará para los pagos otra cobertura de seguro que tenga el veterano o su cónyuge, pero el VA puede cubrir los deducibles. Los servicios en residencias para ancianos y cuidado domiciliario también están disponibles para veteranos con bajos ingresos calificados. Los veteranos con afecciones relacionadas con su servicio o que tengan bajos ingresos reciben servicios farmacéuticos gratuitos para pacientes ambulatorios. Los copagos por medicamentos se aplican a los medicamentos de venta libre y a los recetados cuando se compran en el VA. A otros veteranos se les puede cobrar \$8 por un suministro de medicamentos para 30 días.

**TRICARE Health Benefits** brinda cobertura a las familias de los miembros en servicio activo, los familiares de miembros que murieron mientras estaban en servicio activo, y a los retirados y sus familias, independientemente de que el veterano esté discapacitado o no. Los beneficios de TRICARE consisten en TRICARE Prime, TRICARE Extra y TRICARE Standard. Los programas difieren en el uso de redes de proveedores y en las obligaciones relacionadas con los costos compartidos.

Los militares retirados (y sus cónyuges) que hayan prestado servicio durante al menos 20 años y que tengan 65 años o más y estén actualmente inscritos en las Partes A y B de Medicare, son elegibles para **TRICARE for Life (TFL)**. TFL es un plan administrado de atención de la salud, libre de prima, que actúa como suplemento de Medicare e incluye el programa **TRICARE Senior Pharmacy**. Para obtener más información sobre TRICARE, llame al 1-877-363-6337 o visite [www.tricare.osd.mil](http://www.tricare.osd.mil).

**El Programa de salud y médico para civiles (CHAMPVA, por sus siglas en inglés)** es un programa de seguro de salud para los dependientes de veteranos que sufren discapacidad total y permanente del 100%. El CHAMPVA tiene un deducible anual de \$50 por persona o de \$100 por familia por año calendario. Además, hay un coseguro del 25%. Los beneficiarios pueden elegir su proveedor; no hay una red de proveedores; los proveedores no pueden estar en la lista de exclusión de Medicare. Si cumple los requisitos para TRICARE, la persona no puede inscribirse en el CHAMPVA. Para obtener más información sobre el CHAMPVA, puede llamar al VA al 1-800-733-8387 o visitar [www.va.gov/hac](http://www.va.gov/hac).

## **¿En qué forma interactúa la cobertura de medicamentos del VA con Parte D de Medicare?**

La cobertura de medicamentos recetados del VA se considera acreditable, lo que significa que es tan buena, o mejor, que Parte D de Medicare. Es posible tener tanto un plan de parte D de Medicare como cobertura para medicamentos del VA. Si la persona elige renunciar a Parte D y luego decide inscribirse en Parte D, no se le aplicará una multa por inscripción retrasado.

Para obtener más información sobre los beneficios del VA, llame al 1-877-222-8387 o visite [www.vba.va.gov](http://www.vba.va.gov).

# OTRAS OPCIONES DE COBERTURA MÉDICA PARA LOS NEOYORQUINOS

## COBRA

### Usted podría comprara COBRA a un costo reducido

La recuperación y reinversión americanos actúan de 2009 (The American Recovery and Reinvestment Act of 2009, ARRA, por sus siglas en ingles) proviene por reducciones de premios mensuales bajo el programa de COBRA. Personas que fueron terminados involuntariamente de empleado entre el 1 de septiembre, 2008 y el 31 de diciembre, 2009, podrían ser elegibles para pagar solamente 35 por ciento de sus premios do COBRA por nueve meses, comienza a partir de 17 de febrero, 2009; el 65% restante será reembolsado al proveedor de la cobertura a través de un crédito fiscal.

Personas con ingresos más que \$125,000 (\$250,000 para parejas casadas) no son elegibles por esta subvención. Además, si estas elegible por otra cobertura de salud grupal (como por un empleador actual o el empleador de su esposo) o Medicare, no esta elegible por esta subvención.

Para más información, póngase en contacto con su ex empleador. También puedes contactar el Departamento de Trabajo a [www.dol.gov/COBRA](http://www.dol.gov/COBRA), o llama a 1-866-444-3272.

## Family Health Plus

Family Health Plus (FHP) es un programa público de seguro para adultos de entre 19 y 65 años de edad que no tengan seguro médico, no reúnan los requisitos para Medicare o Medicaid y tengan cobertura de seguro de salud limitada o no tengan cobertura. La cobertura de FHP está disponible únicamente a través de HMO privadas. Algunos de los servicios cubiertos por FHP incluyen:

- Servicios médicos
- Medicamentos recetados
- Insumos y equipos para diabéticos
- Quimioterapia, radiación y diálisis
- Cobertura de internación y ambulatoria
- Atención oftalmológica y fonoaudiológica
- Servicios de rehabilitación
- Equipo médico duradero
- Servicios odontológicos
- Análisis de laboratorio y rayos x
- Cobertura de emergencias y ambulancia
- Drogodependencia, alcoholismo y salud mental

### Elegibilidad:

- Usted debe ser ciudadano de los Estados Unidos o extranjero que reúna los requisitos en alguna de las diversas categorías.
- Debe residir en el estado de Nueva York.
- Debe tener un mínimo de 19 años y un máximo de 65 años.
- Límites de ingresos: Hasta el 100% del límite federal de pobreza (FPL) para los solteros y las parejas sin hijos menores de 19 años (hasta \$903 por mes para una persona soltera y hasta \$1,215 por mes para parejas en 2009). Los adultos con hijos menores de 19 años a cargo pueden tener ingresos de hasta el 150% del FPL, por ejemplo, \$1,822 para un grupo familiar de 2, \$2,289 para una familia de

3 y \$2,757 para una familia de 4 en 2009.

- Límites de recursos: \$13,800 por grupo familiar unipersonal; \$20,100 por grupo familiar de dos personas; \$23,115 por grupo familiar de tres personas; \$26,130 por grupo familiar de cuatro personas en 2009.

No hay primas mensuales ni deducibles en Family Health Plus. Se aplican copagos a algunos beneficiarios de FHP para ciertos servicios; los proveedores no pueden rehusarse a atenderlo si no puede hacer el copago. Usted puede solicitar FHP en la sede local de Medicaid o a través de un facilitador de inscripción de la comunidad. Comuníquese con el programa Family Health Plus al 1-877-934-7587 para averiguar la sede de Medicaid o el facilitador de inscripción más cercanos, donde obtener solicitudes y ayuda con la solicitud. Visite [www.health.state.ny.us/nysdoh/fhplus](http://www.health.state.ny.us/nysdoh/fhplus) para obtener más información.

Los grupos familiares con hijos menores de 19 años que no tengan seguro podrían averiguar sobre **Child Health Plus (CHP)**. A través de CHP, los hijos de familias con ingresos de hasta el 400% del FPL (\$7,350 por mes para una familia de cuatro integrantes en 2009) pueden obtener seguro de salud gratuito o de bajo costo. Para obtener más información, llame al 311 y pregunte sobre Child Health Plus.

## Healthy New York

Healthy New York es un seguro de salud de costo reducido para pequeños empleadores, empresas unipersonales y personas que perdieron su seguro por pérdida de su empleo o del empleo de su cónyuge. Las líneas directiva de elegibilidad para los pequeños empleadores son diferentes de las de las personas y las empresas unipersonales. Toda la cobertura de Healthy NY se ofrece a través de compañías privadas de seguros, y las primas mensuales varían según el plan. Los montos de los copagos y del deducible son iguales para todos los planes de Healthy NY.

Para la cobertura de Healthy NY para personas, la persona debe tener entre 19 y 65 años y no reunir los requisitos para Family Health Plus o Medicare. Si la persona tiene cobertura COBRA, puede solicitar Healthy NY, o puede solicitarlo antes de que finalice su COBRA. Los límites de ingresos mensuales brutos para 2009 son de \$2,257 para una persona, \$3,036 para un grupo familiar de dos personas, \$3,815 para un grupo familiar de tres personas, y \$4,594 para un grupo familiar de cuatro personas. No hay límites de recursos.

Para obtener más información sobre la elegibilidad y obtener información sobre la elegibilidad para pequeños empleadores y empresas unipersonales, así como sobre la solicitud, llame al 1-866-432-5849 o visite [www.healthyny.com](http://www.healthyny.com).

## Health Pass

Health Pass es un seguro para trabajadores no asegurados, y está a disposición de las pequeñas empresas y propietarios únicos. La cobertura se ofrece a través de diversas compañías de atención administrada. Para obtener más información, llame al 1-212-252-8010, o visite [www.healthpass.com](http://www.healthpass.com).

## HHC Options

HHC Options es un programa ofrecido por la Corporación de Salud y Hospitales (HHC, por

sus siglas en inglés) de la ciudad de Nueva York que permite que personas y familias con ingresos bajos y moderados tengan acceso a la atención de la salud a través de la red de hospitales y establecimientos de salud de HHC con tarifas escalonadas. No se aplica ningún cargo por afiliarse a HHC Options; usted solo paga cuando utiliza los servicios de atención. HHC no evalúa la condición respecto de la inmigración para determinar la elegibilidad. Para obtener más información, visite [www.nyc.gov/html/hhc/html/access/hhc\\_options.shtml](http://www.nyc.gov/html/hhc/html/access/hhc_options.shtml).

### Seguro de salud y trabajo autónomo

Algunas profesiones ofrecen seguros con tarifa colectiva. Averigüe preguntando a su antiguo empleador o a asociaciones profesionales a las que pertenezca. A continuación aparecen algunos recursos para averiguar si hay planes colectivos disponibles para usted. También puede comunicarse con la Asociación de Planificadores Financieros y de Seguros del Estado de Nueva York (NYS Association of Insurance & Financial Planners) en el 1-212-221-3500.

Small Business Service Bureau	Empleado en pequeñas empresas	1-800-343-0939 <a href="http://www.sbsb.com">www.sbsb.com</a>
Graphic Artists Guild	Artistas gráficos	1-212-791-3400 <a href="http://www.gag.org">www.gag.org</a>
National Writers Union	Escritores	1-212-254-0279 <a href="http://www.nwu.org">www.nwu.org</a>
Screen Actors Guild	Actores	1-212-944-1030 <a href="http://www.sag.org">www.sag.org</a>
Freelancer's Union	Servicios financieros Organizaciones sin fines de lucro Tecnología Medios y publicidad Arte, cultura o espectáculos Cuidador de niños a domicilio Proveedor de atención médica tradicional o alternativa Usuario avanzado de computación	1-718-222-1099 <a href="http://www.freelancersunion.org">www.freelancersunion.org</a>

## **DERECHOS DE LOS PACIENTES Y APELACIONES PARA BENEFICIARIOS DE MEDICARE**

**Todos los beneficiarios de Medicare están protegidos por los mismos derechos, ya sea que estén afiliados al plan Medicare original o a un plan Medicare Advantage.**

Como beneficiario de Medicare, tiene derecho a:

- Recibir toda la atención necesaria para su afección.
- Ser totalmente informado sobre su condición médica, incluyendo opciones de tratamiento.
- Estar informado sobre la cobertura y posibles costos.
- Recibir el plan de alta por escrito del hospital. Las decisiones de darle el alta tomadas por el hospital o su HMO o PPO deben basarse únicamente en sus necesidades médicas y no en el método de pago.
- Apelar las notificaciones por escrito denegándole cobertura de servicios de hospitales, planes de atención administrada (HMO) o proveedores de Medicare.
- Pedir todas las notificaciones por escrito. **NO LAS PASE POR ALTO.** Las notificaciones deben describir cómo puede apelar las decisiones.

Para apelar sobre la calidad de la atención o cuestionar el alta del hospital, llame a Independent Peer Review Organization (IPRO) al 1-800-331-7767 donde personal capacitado revisará su caso antes del mediodía del día siguiente al que el beneficiario haya recibido la notificación. Si pide la revisión inmediata por parte de IPRO, no será responsable del pago de los aranceles hospitalarios adicionales hasta el mediodía del día siguiente de que reciba la decisión de revisión de IPRO.

Los afiliados a Medicare Advantage pueden utilizar el proceso de apelación para apelar la denegación de internación o pueden comunicarse con IPRO al mediodía del día siguiente a la recepción del Aviso de Alta y Derechos de Apelación de Medicare (NODMAR, por sus siglas en inglés). Otros servicios denegados pueden ser apelados directamente al plan.

# PLANIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN PROLONGADA

En la actualidad, dado que las personas mayores viven más, muchas se preocupan sobre el manejo de sus necesidades de atención médica y financieras a medida que vayan perdiendo la movilidad o ante graves problemas de salud. Se debe planificar con anticipación la posibilidad de recibir atención prolongada (en su propio domicilio, en un hogar alternativo o en una residencia para ancianos). Es importante que las personas mayores conozcan las opciones y los tipos de tratamiento y su financiación para que tengan mayor control sobre estas cuestiones básicas en sus últimos años de vida. A continuación, se presenta un resumen, tema por tema, de cuestiones de interés sobre la planificación y la cobertura de la atención prolongada.

## **¿Qué es la atención prolongada?**

La atención prolongada es el tipo de ayuda diaria que un adulto mayor puede necesitar cuando padece una enfermedad física prolongada, una discapacidad o un trastorno cognitivo (como enfermedad de Alzheimer) que hace que la persona no sea capaz de cuidar de sí misma. La atención prolongada incluye la atención en una residencia para ancianos, al igual que ayuda en el hogar para las actividades diarias. Generalmente la atención prolongada se divide en cuatro categorías:

1. Atención que exige asistencia de enfermería especializada: Atención y tratamiento de rehabilitación diarios que solo puede prestar personal médico especializado o realizarse bajo su supervisión. La atención debe ser ordenada por un médico.
2. Tratamiento intermedio: Asistencia y tratamiento de rehabilitación esporádicos que solo puede prestar personal médico especializado, o realizarse bajo su supervisión, según las instrucciones del médico.
3. Atención de salud domiciliaria: Generalmente se recibe en el hogar como tratamiento que exige asistencia especializada a tiempo parcial: fonoaudiología; fisioterapia o terapia ocupacional; servicios a tiempo parcial prestados por proveedores de ayuda domiciliaria o ayuda de amas de casa o personal doméstico.
4. Cuidadores personales: Atención destinada a ayudar a las personas con necesidades como caminar, bañarse, vestirse, comer o tomar los medicamentos. Lo puede hacer alguien que no tenga capacitación médica o especialización.

## **¿Cuáles son los diferentes modos en los que una persona puede recibir atención en su comunidad?**

### En el hogar, con una persona de la familia que brinde la atención

Muchas personas mayores prefieren estar en sus hogares con un familiar que los cuide. La independencia y la comodidad de una persona mayor en un ambiente familiar se pueden mantener si se le brinda ayuda con las compras y la preparación de la comida, el traslado a las consultas médicas, para vestirse, bañarse y con el mantenimiento y los arreglos básicos del hogar.

### En el hogar, con una persona de la comunidad que brinde la atención

Cuando las necesidades de la persona mayor exceden las posibilidades de cuidado de un familiar, o si no tiene un familiar o amigo idóneo, entonces lo podrá cuidar un proveedor de cuidados capacitado de la comunidad. Los proveedores de asistencia domiciliaria pueden brindar ayuda con las actividades personales de la vida cotidiana. También pueden prestar servicios los terapeutas capacitados o especializados.

#### En un establecimiento de atención diurna para adultos:

La supervisión, además del contacto habitual con otros ancianos, es un beneficio importante en la atención diurna para adultos, que puede ofrecer actividades sociales, comidas especiales para adultos, charlas, programas de ejercicios moderados y acceso a asistentes sociales.

#### **¿Qué se puede hacer con anticipación en relación a la asistencia domiciliaria para mejorar el entorno del hogar?**

- Evaluar las posibilidades de acceso en el hogar en caso de tener movilidad limitada.
- Instalar dispositivos de seguridad, como barandas en las escaleras y en la ducha, luces más potentes y teléfonos que timbren más fuerte.
- Eliminar o reducir los riesgos como alfombrillas o cables eléctricos largos. Ubicar los elementos de uso habitual en estantes bajos.
- Hacer lugar para los equipos que puedan ser necesarios para el cuidado de la salud en el hogar.
- Determinar si se podría alojar a otra persona, que no sea un familiar, para que preste servicios de noche.

#### **¿Cuánto cuesta la atención prolongada?**

La asistencia de salud en la ciudad de Nueva York generalmente cuesta más que en otros lugares del estado. Si la persona mayor necesita proveedores de asistencia domiciliaria que pagará en forma particular, se pueden conseguir varias alternativas según la cantidad de horas y el nivel de servicios y aptitud necesarios. Si se le asigna un profesional de la salud a una persona mayor por medio de una agencia de asistencia domiciliaria, cuyos costos se pagan vía Medicare o Medicaid, esta y el contratista gubernamental fijarán los honorarios. La asistencia domiciliaria cuesta más de \$15 (dólares estadounidenses) por hora de servicios de cuidados personales. La asistencia especializada de terapeutas o enfermeras en domicilio, por ejemplo, puede costar entre \$80 y \$150 por visita.

Las residencias para ancianos de la ciudad de Nueva York cobran entre \$112,000 y \$120,000 en promedio por año. La persona mayor que necesite alojarse en una residencia para ancianos deberá cubrir los costos con sus ingresos y bienes personales, con un seguro de atención prolongada o con la admisión y cobertura de Medicaid.

#### **¿Quién paga la atención prolongada?**

##### **Medicare**

La cobertura de la atención prolongada por parte de Medicare está estrictamente limitada por circunstancias especiales de "necesidad médica." Este nivel de tratamiento

generalmente está destinado a la recuperación o la rehabilitación.

#### Medicare cubre el tratamiento domiciliario cuando:

1. Se necesita tratamiento *de enfermería especializada intermitente*: fisioterapia, terapia ocupacional o fonoaudiología, control del estado del paciente, cambio de vendas, aplicación de inyecciones y control de los equipos. "Intermitente" significa menos de siete días por semana, sin superar las 28 horas en la semana. Medicare puede aprobar más horas de tratamiento por semana, pero durante períodos cortos. Por lo general, Medicare aprueba un promedio de 8 a 12 horas de atención por semana.
2. El beneficiario solo puede salir de su hogar con la ayuda de otra persona o en una silla de ruedas, por ejemplo.
3. El médico determina que el beneficiario necesita asistencia de salud domiciliaria y le indica un plan de tratamiento domiciliario.
4. Una Agencia de asistencia de salud domiciliaria (CHHA, por sus siglas en inglés) certificada que trabaje con Medicare proporciona los servicios.

#### Medicare cubre el tratamiento en un centro de atención de enfermería especializado cuando:

5. Se admite al beneficiario dentro de los 30 días posteriores a una internación hospitalaria de tres días como mínimo.
6. El médico debe certificar que el paciente necesita un tratamiento especializado, que también puede involucrar cuidados personales.
7. El tratamiento se proporciona en un centro de atención de enfermería especializada certificado por Medicare.
8. Medicare cubrirá 100 días por cada periodo de beneficios, con costos compartidos entre Medicare y el beneficiario desde el día 21 al 100.

#### **Seguro suplementario de Medicare ("Medigap")**

Algunas pólizas de seguro suplementario de Medicare proporcionan cobertura para los servicios de salud en el hogar. Cuatro de los planes estandarizados de Medigap —D, G, I y J— brindan beneficios de recuperación en el hogar que pagan hasta \$40 por visita, y hasta \$1,600 por año, por servicios de atención personal cuando Medicare cubre la atención domiciliaria de enfermería especializada después de una enfermedad o lesión. La atención personal incluye ayuda con actividades relacionadas con la vida diaria, incluido bañarse, vestirse, comer, ir al baño y trasladarse. Para que el plan de Medigap cubra una parte de la atención domiciliaria de la salud, el beneficiario primero debe reunir los requisitos para la atención domiciliaria de enfermería especializada conforme a Medicare.

#### **Medicaid**

Medicaid es el programa conjunto financiado por el gobierno federal, del estado y de la ciudad que cubre toda la atención de la salud y las necesidades de atención prolongada de las personas con bajos ingresos y bienes limitados. Para que una persona mayor que reside en su hogar en la comunidad pueda acceder a Medicaid, deberá presentar una solicitud y demostrar que reúne los requisitos de elegibilidad financiera, junto con otros

critérios. Se puede acceder al beneficio de asistencia de salud domiciliaria que cubre Medicaid luego de que el médico que trata al paciente indique la necesidad de servicios de asistencia personal y especializada que se puedan proporcionar en el domicilio del paciente.

Para que Medicaid cubra el costo de una estadía en una residencia para ancianos, la persona debe reunir los requisitos de ingresos y recursos correspondientes. Deberán aportar la mayor parte de sus ingresos para los costos de la atención, y solo podrán quedarse con una pequeña asignación para necesidades personales.

**Restricciones de Medicaid a la transferencia de bienes:** Ante la posibilidad de tener que enfrentar los elevados costos de la atención prolongada en una residencia para ancianos o en el hogar, muchas personas que han acumulado bienes, a veces tienen en cuenta la opción de transferírseles a los familiares para poder acceder a la cobertura de Medicaid. Advertencia: **para que la transferencia sea legítima**, la persona mayor no podrá imponer cómo utilizar los fondos al familiar y, a su vez, éste tampoco podrá recibir ninguna suma en reintegro de la transferencia que efectuó.

Las leyes del estado de Nueva York establecen los siguientes requisitos y sanciones si una persona transfiere sus bienes para cumplir los requisitos de elegibilidad de Medicaid con el objeto de recibir servicios institucionales (nótese que no hay sanciones a las transferencias de bienes para recibir Medicaid de la comunidad):

- Las transferencias a un fideicomiso que se hayan realizado 60 meses antes de solicitar la admisión en Medicaid acarrearán un periodo de espera de multa.
- A partir de febrero de 2009, Medicaid aumentará el periodo retrospectivo de todas las transferencias (excepto a fideicomisos) en un mes por cada mes hasta febrero de 2011, cuando el periodo retrospectivo para todas las transferencias será de 60 meses. En febrero de 2009, Medicaid examinará los bienes transferidos 37 meses antes del mes de solicitud; en marzo, el periodo retrospectivo será de 38 meses, y así sucesivamente. Si se transfirieron bienes durante el periodo retrospectivo que corresponde, el solicitante estará sujeto a un periodo de multa, a partir de la fecha en que se efectuó la transferencia. Se rechazará la cobertura de Medicaid por los meses de servicio en una residencia para ancianos que se hubiesen pagado con los bienes.

### **La opción de planificación elimina el "Ingreso excedente" para solicitantes de Medicaid**

Las personas discapacitadas de cualquier edad con servicios comunitarios de Medicaid que incluyen atención domiciliaria, atención diurna de adultos y costos de medicamentos recetados ahora pueden utilizar la totalidad de sus ingresos para pagar los gastos de vida participando en un **fideicomiso para necesidades suplementarias**. Ya no es necesario que las personas contribuyan con su "excedente" o "consumo" a Medicaid. El fondo del fideicomiso de ingresos conjuntos, administrado por una agencia sin fines de lucro, recibe el ingreso excedente mensual de la persona y lo redistribuye en su nombre según lo indique la persona o su representante legal. Consulte con un abogado especializado en ancianidad o con un administrador de atención geriátrica competente para obtener más información sobre la planificación de sus bienes y el fideicomiso para necesidades complementarias.

Protección del cónyuge en la comunidad: Cuando uno de los cónyuges ingresa a una residencia para ancianos para recibir atención prolongada, se protege al cónyuge que se queda en el hogar del empobrecimiento que pueda sufrir por cubrir los costos del tratamiento. Las leyes federales y del estado de Nueva York exigen que se le permita al cónyuge quedarse con la casa, el auto, los efectos personales y una suma de dinero de sus bienes conjuntos. En 2009, conforme a Medicaid, el cónyuge puede retener un mínimo de \$74,820 y un máximo de \$109,560 en bienes, y un ingreso mensual de \$2,739. Sin embargo, la Protección del cónyuge no corresponde cuando ambos cónyuges reciben atención domiciliaria. Cuando uno o ambos cónyuges están recibiendo atención domiciliaria por medio del programa Medicaid, tienen derecho a conservar los niveles de ingresos y recursos exigidos por Medicaid que se mencionan en la página 64.

LA LEY LES EXIGE A LOS ESTADOS IMPONER LA RECUPERACIÓN DE LOS BIENES, QUE ES UN RECLAMO SOBRE LA SUCESIÓN DE LA PERSONA FALLECIDA, INCLUIDA SU VIVIENDA, EN CONCEPTO DE LO QUE MEDICAID PAGÓ POR EL TRATAMIENTO DE LA PERSONA EN SU DOMICILIO O EN UNA RESIDENCIA PARA ANCIANOS. ESTE DERECHO NO PUEDE EXIGIRSE HASTA QUE HAYAN FALLECIDO EL CÓNYPUGE O HIJO MENOR DE EDAD SUPERVIVIENTES.

*Llame al 311 para obtener más información*

## SEGURO DE ATENCIÓN PROLONGADA

El seguro de atención prolongada paga todos o algunos de los gastos relacionados con la atención prolongada, incluida la atención necesaria en el hogar, en una residencia para ancianos, en un centro de la comunidad y residencias asistenciales. Las personas contratan una póliza para proteger sus ingresos y recursos, además de para mantener la independencia, el control económico y la opción de ampliar la atención.

El seguro de atención prolongada tiene beneficios y limitaciones. Para tomar una decisión informada, debe entender los términos de cobertura de la póliza. La mayoría de las pólizas de atención prolongada paga una cantidad fija en dólares (por ejemplo, un máximo de \$100 por día) por cada día que usted califique para recibir el nivel designado de atención prolongada. Contratar una póliza de atención prolongada asegura como mínimo la cobertura parcial posterior de centros de enfermería especializada, cuidado en el hogar u otros tipos de atención.

### **Definiciones de limitación de la póliza de atención prolongada**

**Asegurabilidad:** Todas las pólizas de atención prolongada están auditadas por un médico, por lo que las compañías pueden denegarle la cobertura. No obstante, las normas varían entre las distintas compañías, por lo que una compañía puede denegarle cobertura mientras otra la acepta. En términos generales, usted debe contratar el seguro de atención prolongada antes de que necesite usar la póliza. Si desea contratar un seguro porque necesita los beneficios hoy, tendrá muchas dificultades para lograr que lo cubran.

**Periodo de afecciones preexistentes:** Limita el pago de beneficios a causa de una dolencia que existe a la fecha de entrada en vigencia de la cobertura. El límite solo puede aplicarse a dolencias para las que un profesional de la salud recomendó o efectuó asesoramiento o tratamiento médico dentro del periodo de seis meses antes de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura. Cuando solicita cobertura, es importante brindar toda su información médica de manera fiel.

**Periodo de eliminación o de espera:** El periodo (por lo general, 30, 60 o 90 días) durante el cual necesita servicios de atención prolongada, pero antes de que comiencen los beneficios de la póliza. Usted paga el 100% del costo de los servicios durante este periodo. Cuanto más largo sea el periodo de eliminación establecido en la póliza, más baja será la prima.

**Activador de beneficios:** Condiciones que deben existir para que el titular de la póliza pueda ser elegible para recibir los beneficios. Todas las pólizas en Nueva York se basan en la imposibilidad del titular de la póliza de realizar una cierta cantidad de actividades de la vida diaria o en su trastorno cognitivo. Revise cuidadosamente cómo cada aseguradora determina su elegibilidad y cómo define la póliza los activadores de los beneficios.

## **Definiciones de los beneficios de la póliza de atención prolongada**

**Beneficio diario:** Las pólizas de seguro por lo general pagan un monto fijo en dólares por día. Por ejemplo, una persona puede elegir una póliza que paga un beneficio diario de \$200 para la cobertura en residencias para ancianos. Si el costo de la atención supera el monto de su beneficio diario, debe pagar la diferencia. Las compañías de seguro también asignarán un porcentaje que la póliza paga por servicios de atención domiciliaria, por lo general entre el 50% y el 100% de lo que la póliza paga por atención en residencias para ancianos. Si recibir atención en su hogar es importante para usted, investigue la cobertura que la póliza ofrece para la atención domiciliaria.

Los costos varían dentro del país y del estado, por lo que averiguar el costo promedio de la atención en su zona es un factor importante que debe tener en cuenta. Para obtener más información sobre el promedio de los costos de residencias para ancianos en Nueva York, visite [www.health.state.ny.us/facilities/nursing/estimated\\_average\\_rates.htm](http://www.health.state.ny.us/facilities/nursing/estimated_average_rates.htm).

**Plazo del beneficio:** La cantidad de años (por lo general 3 años, 5 años o ilimitado) en los que la póliza cubre sus necesidades de atención prolongada, a partir de la conclusión del periodo de eliminación. Por ejemplo, si comienza a usar los beneficios de la póliza cuando tiene 70 años, una póliza por 3 años le brindará los beneficios determinados en la póliza hasta que cumpla 73 años.

**Protección contra inflación:** La protección contra inflación establece aumentos al monto del beneficio diario que ayudan a compensar los aumentos esperados en el costo de los servicios de atención prolongada. En Nueva York, si desea contratar una póliza con protección contra inflación, usted puede optar por una póliza con ajuste automático por inflación o ajuste periódico por inflación. Con el ajuste automático por inflación, la prima de la póliza no aumentará después de que haya contratado la póliza. La protección contra inflación está incorporada en la prima de la póliza, y los beneficios continúan aumentando durante la vigencia de la póliza. Con el ajuste periódico por inflación, la compañía de seguros ofrece el beneficio de protección contra inflación con un aumento en la prima cada dos años. Las leyes del estado de Nueva York establecen que las compañías de seguro deben ofrecer esta opción. Debido a que la protección contra inflación aumenta los beneficios de la póliza, también aumenta el costo de la prima de la póliza.

**Renuncia a la prima:** Usted no debe pagar la prima de la póliza cuando recibe atención prolongada cubierta por la póliza. Algunas pólizas incluyen esta disposición automáticamente; en otras ocasiones, debe ser contratada como una cláusula adicional por un costo adicional.

**Beneficio de no caducidad:** Se trata de un beneficio optativo que establece algún tipo de retorno sobre las primas que ha pagado si decide rescindir la póliza. Este beneficio puede agregarse a la póliza por una prima adicional, que en general es muy costosa.

## **Primas de seguros de atención prolongada**

La edad de la persona al momento de la solicitud es un factor que determina la prima de la póliza. Otros factores, como la protección contra inflación, el monto del beneficio diario o la duración del periodo de eliminación, también influyen sobre la prima. Cuando una persona contrata una póliza de seguro de atención prolongada, las primas permanecen iguales durante la vigencia de la póliza y no cambian según el estado de salud.

**Se pueden hacer deducciones impositivas por las primas de atención prolongada** para las pólizas enumeradas como aptas con fines impositivos.

La deducción impositiva federal por seguro de atención prolongada se declara como gasto médico que debe exceder el 7.5% de su ingreso bruto ajustado. Dado que estas primas pueden ser caras, especialmente para las personas mayores, esta deducción tiene la intención de ser un incentivo para la contratación de la cobertura. Los contribuyentes pueden deducir el costo de la prima de la póliza, hasta un máximo, por edad:

Edad del contribuyente: hasta 40 años	\$320
Edad del contribuyente: 41-50 años	\$600
Edad del contribuyente: 51-60 años	\$1,190
Edad del contribuyente: 61-70 años	\$3,180
Edad del contribuyente: 71 años o más	\$3,980

Puede declararse una deducción impositiva del estado de Nueva York por seguro de atención prolongada como un crédito impositivo ordinario igual al 20% de las primas con el formulario IT-249. El formulario impositivo IT-249 puede obtenerse en: [www.tax.state.ny.us/pdf/2008/fillin/inc/it249\\_2008\\_fill\\_in.pdf](http://www.tax.state.ny.us/pdf/2008/fillin/inc/it249_2008_fill_in.pdf). Las instrucciones para completar el formulario se encuentran en: [www.tax.state.ny.us/pdf/2005/inc/it249i\\_2005.pdf](http://www.tax.state.ny.us/pdf/2005/inc/it249i_2005.pdf).

## **Tipos de pólizas de seguro de atención prolongada**

En el estado de Nueva York, hay dos tipos de pólizas de seguro de atención prolongada: 1) los seguros privados tradicionales, no societarios; y 2) los seguros vendidos conforme a la Sociedad para la Atención Prolongada del Estado de Nueva York. Ambos tipos de póliza pueden contratarse a través de una compañía de seguros, de un agente certificado o de ciertos empleadores que ofrecen el seguro de atención prolongada como beneficio.

**Las pólizas de seguro privado tradicional no societario** ofrecen flexibilidad y la posibilidad de personalizar las opciones de los beneficios de atención prolongada con una amplia variedad de precios. Por lo general, las pólizas se contratan por una cantidad específica de años y son portables durante la vigencia del beneficio. No obstante, cuando finaliza el plazo de los beneficios, si aún necesita atención, la persona debe usar sus propios recursos para cubrir los gastos por la atención.

**El programa** de la Sociedad para la Atención Prolongada del Estado de Nueva York ha

sido diseñado para asistir a los residentes de Nueva York con la planificación del costo de la atención prolongada. Este programa en sociedad combina el seguro privado de atención prolongada con la cobertura prolongada de Medicaid para ofrecerles a los neoyorquinos beneficios de atención prolongada durante toda la vida. Para utilizar los beneficios de la cobertura prolongada de Medicaid, el beneficiario debe vivir en el estado de Nueva York.

Funciona de este modo: Cuando contrata una póliza de la sociedad y se activan los beneficios, usted empieza a usar la póliza de seguro privado, del mismo modo que el seguro tradicional de atención prolongada. No obstante, si agota la porción privada de los beneficios de la póliza, podrá usar los beneficios que se ofrecen a través de la cobertura prolongada de Medicaid sin tener que "consumir" los recursos para calificar para la cobertura de Medicaid. Esta disposición permite que el titular de una póliza de la Sociedad reciba el beneficio de cobertura de atención prolongada durante toda su vida sin tener que consumir todos sus recursos propios para reunir los requisitos de Medicaid; deben usarse los ingresos propios antes de que Medicaid pague los servicios.

Es posible obtener más información sobre las pólizas de la Sociedad del Estado de Nueva York llamando a la línea directa de atención al consumidor de **la Sociedad para la Atención Prolongada del Estado de Nueva York (NYS Partnership for Long-Term Care)** al **1-888-697-7582** o entrando al sitio de Internet [www.nyspltc.org](http://www.nyspltc.org).

Puede encontrar más información sobre el seguro de atención prolongada en [www.longtermcare.gov](http://www.longtermcare.gov) y [www.planaheadny.com](http://www.planaheadny.com).

# DIRECTIVAS ANTICIPADAS

## SU DERECHO DE TOMAR DECISIONES DE ATENCIÓN MÉDICA SEGÚN LAS LEYES DE NUEVA YORK

Usted tiene el derecho de tomar decisiones respecto de la atención médica, incluido el derecho a decidir qué tratamiento o cuidado médico aceptar, rechazar o discontinuar. Si no desea recibir ciertos tipos de tratamientos, debe hacer conocer sus deseos a su médico, hospital y otros proveedores de asistencia médica. Usted tiene el derecho de conocer la naturaleza completa de su enfermedad, incluidos los tratamientos propuestos, los tratamientos alternativos y los riesgos de estos procedimientos.

Debe hablar con su cónyuge, miembros de la familia, amigos cercanos y su médico para que lo ayuden a decidir si desea directivas anticipadas. Analice con ellos, *en forma anticipada*, cuáles serán las instrucciones personales para su cuidado.

Una directiva anticipada es un documento que especifica sus elecciones respecto del tratamiento médico. En Nueva York existen tres tipos de directivas anticipadas:

1. Un poder para atención de la salud le permite designar a otra persona para tomar las decisiones médicas por usted en caso de que se tornara incapaz de tomar dichas decisiones por sí mismo. El "apoderado" que usted selecciona debe saber claramente cuáles son sus deseos respecto del tratamiento, debe estar disponible en caso que sea necesario discutir elecciones imprevistas y debe aceptar la responsabilidad en caso de que surja la situación. Por lo general, su médico o el personal del hospital no pueden ser su "apoderado."
2. Un testamento en vida le permite explicar sus deseos en materia de atención de la salud, y puede ser utilizado para especificar sus deseos respecto de tratamientos o procedimientos de reanimación administrados si usted está en estado terminal o permanentemente inconsciente. Este documento debe estar firmado, fechado y suscrito por testigos (pero no por su médico o un pariente cercano).
3. Una orden de no reanimar (DNR, por sus siglas en inglés) le permite especificar que no quiere reanimación cardiopulmonar (CPR, por sus siglas en inglés) si su corazón deja de latir o si deja de respirar.

Las directivas anticipadas deben estar disponibles en caso de emergencia. No las guarde en la caja de seguridad. Entregue una copia a cada uno de sus médicos y al familiar que pudiera actuar como su "apoderado." Las copias son tan válidas como el original.

Puede encontrar más información sobre las directivas anticipadas y los formularios correspondientes, en [www.oag.state.ny.us/bureaus/health\\_care/pdfs/EOLGUIDE012605.pdf](http://www.oag.state.ny.us/bureaus/health_care/pdfs/EOLGUIDE012605.pdf), en los hospitales y los consultorios médicos y en organizaciones médicas del estado. Los formularios son gratuitos y no es necesario que intervenga un abogado para completarlos.

# FRAUDE Y ABUSO DE MEDICARE

El gobierno federal estima que miles de millones de dólares, aproximadamente el diez por ciento de los dólares gastados en Medicare, se han perdido a causa de fraude, derroche y abuso. Alentamos a los beneficiarios de Medicare a estar alerta e informar de cualquier facturación sospechosa.

## ¿Qué es fraude?

Fraude es el acto de obtener o intentar obtener servicios o pagos por medios fraudulentos, en forma intencional, voluntaria y con pleno conocimiento de sus acciones.

Ejemplos de fraude:

- Comisiones, sobornos o reembolsos.
- Usar la tarjeta de Medicare de otra persona para obtener servicios.
- Facturación por artículos o servicios no provistos en realidad.
- Facturación doble por el mismo servicio en la misma fecha o con fecha diferente.
- Facturación por servicios de atención odontológica, servicios de podología de rutina, servicios de audiología, exámenes de rutina de la vista, etc. no cubiertos, y hacerlos pasar como servicios cubiertos.
- O facturar tanto a Medicare como a otro asegurador o a Medicare y al paciente, en un intento deliberado de recibir el pago dos veces.

## ¿Qué es abuso?

Abuso son los incidentes o prácticas que pueden no ser fraudulentas pero que pueden ocasionar pérdidas al programa Medicare. Ejemplos de abuso:

- Utilización excesiva de servicios médicos o de salud.
- Prácticas inapropiadas de facturación.
- Aumento de honorarios para beneficiarios de Medicare pero no para otros pacientes.
- Falta de ajuste de cuentas cuando se descubren errores.
- Dispensa en forma rutinaria del 20% de coseguros y deducibles.

## Los sí y los no de Medicare

- **No proporcione nunca** su número de Medicare a personas que no conoce.
- **Tenga cuidado** con planes de salud, médicos y proveedores privados que utilizan llamadas telefónicas y la venta puerta a puerta para venderle bienes y servicios.
- **Sospeche** de personas que llaman y se identifican como pertenecientes a Medicare. Medicare **no** llama por teléfono a sus beneficiarios y **no** hace visitas domiciliarias.
- **Esté alerta** ante empresas que ofrecen equipos médicos gratis a cambio de su número de Medicare.
- **Manténgase** alerta respecto de proveedores de salud domiciliaria que ofrecen servicios de transporte no médico o trabajos domésticos como si fueran servicios aprobados de Medicare.
- **Desconfíe** de aquellas personas que dicen conocer formas de hacer que Medicare pague por un servicio no cubierto.

- **Lleve un registro** de sus visitas al médico y el procesamiento de sus facturas, comparando la notificación resumida de Medicare (MSN) y otras coberturas con el servicio que recibió.

**Preste atención a:**

- Pagos duplicados por el mismo servicio.
- Servicios que no recuerda haber recibido.
- Servicios facturados diferentes de los servicios recibidos.
- Pago de Medicare por un servicio que usted ya pagó al proveedor.

**Cómo informar el fraude a Medicare**

Si cree que se ha cometido fraude o abuso, llame al 1-877-678-4697. Brinde la siguiente información lo más detalladamente posible:

- Nombre del proveedor y cualquier número de identificación al lado del nombre.
- Su nombre, dirección y número de teléfono.
- Fecha del servicio.
- Tipo de servicio o artículo reclamado.
- Monto aprobado y pagado por Medicare.
- Fecha de la notificación resumida de Medicare (MSN).
- Una declaración breve detallando el problema. Trate de ser lo más específico posible. Cuando los beneficiarios de Medicare ayudan a Medicare a detectar prácticas fraudulentas o abusivas están ahorrando dinero al gobierno y a sí mismos.

**Para denunciar fraude o abuso de Medicare,**

**llame a la SMP (antes conocida como Senior Medicare Patrol) al  
1-877-678-4697.**

**Para denunciar fraude o abuso de los planes de Parte D de Medicare,**

**Llame a Medic, al 1-877SafeRx**

¡El fraude y el abuso son un problema de todos y todos podemos ayudar!

**ROBO DE IDENTIDAD**

**La Comisión Federal de Comercio** (Federal Trade Commission) ofrece información acerca de cómo proteger su identidad. Por favor comuníquese con la FTC para mayor información o para registrar su queja, llamando al

**1-877-438-4338 o visitando [www.consumer.gov/idtheft](http://www.consumer.gov/idtheft)**

Por favor proteja sus números de Medicare y de Seguridad Social, como así también su fecha de nacimiento y otros datos personales tales como información sobre sus cuentas bancarias o tarjetas de crédito. Sea escrupuloso e interrogue a las personas que le soliciten dicha información, y no dude en cuestionar la legitimidad de la necesidad de tal información. Sea un consumidor informado y proactivo.

# MEDICARE 2009

## MONTOS DE LOS DEDUCIBLES, COSEGUROS Y PRIMAS DE MEDICARE ORIGINAL

### **Parte A – Seguro hospitalario**

Deducible	—	\$1,068 (por periodo de beneficios)
Copago	—	\$267 por día del día 61 al 90 de cada periodo de beneficios — \$534 por día por cada “día de reserva de por vida”
Copago para instituciones de enfermería especializada	—	\$133.50 por día del día 21 al 100 de cada periodo de beneficios

### **Parte B – Seguro médico**

Prima mensual	—	\$96.40
Deducible anual	—	\$135
Coseguro	—	20% para la mayoría de los servicios; 50% para servicios de salud mental

**Nota:** Algunas personas de 65 años o más no cumplen con los requisitos de SSA para el **Seguro hospitalario libre de prima (Parte A)**. Si se encuentra dentro de esta categoría, puede obtener Parte A pagando una prima mensual. Esto se llama “seguro hospitalario con prima.” Si tiene menos de 30 trimestres de cobertura del Seguro Social, su prima de Parte A será de \$443 por mes. Si tiene entre 30 y 39 trimestres de cobertura del Seguro Social, su prima de Parte A será de \$244 por mes. Estos son los montos de prima de Parte A al 31 de diciembre de 2009.

A partir de enero de 2007, las personas con ingresos más altos pagan primas más altas de Parte B, basadas en sus ingresos. En 2009, las personas con ingresos por encima de \$85,000 y las parejas casadas con ingresos por encima de \$170,000 pagarán primas de Parte B más elevadas.

### **Programas de ahorros de Medicare para**

## beneficiarios de Medicare con bajos ingresos

	Límite de ingresos mensuales (después de las deducciones/exclusiones)	
	Individual	Pareja
<b>QMB - Niveles de beneficiarios de Medicare calificados</b> El estado de NY paga primas deducibles y coseguros para quienes son automáticamente elegibles para Parte A.	\$903*	\$1,214
<b>SLIMB - Niveles de beneficiarios de Medicare con bajos ingresos especificados</b> El estado solo paga la prima de Parte B de Medicare.	\$1,083	\$1,457
<b>QI-1 - Personas calificadas</b> El estado solo paga la prima de Parte B de Medicare.	\$1,218	\$1,639

\*\*Puede también solicitar QMB en caso de que gane menos de los rangos antes descritos pero no esté interesado en solicitar Medicaid.

# MEDICAID 2009

HIICAP/NYC/DFTA

## Medicaid estándar

Niveles máximos de ingresos y bienes\* para personas ciegas, discapacitadas o mayores de 65 años:

	<u>Ingresos mensuales</u>	<u>Bienes</u>
Individual	\$767	\$13,800
Pareja	\$1,117	\$20,100

*\*Los primeros \$20 de ingresos están exentos. Las cifras antes mencionadas son previas a los \$20 no considerados. Tiene permitido un estipendio de \$1,500 por persona en un fondo destinado al entierro.*

## Medicaid en residencias para ancianos

**INGRESOS:** Cuando un residente de una residencia para ancianos califica para recibir la manutención de Medicaid, todos sus ingresos van a la institución, excepto \$50 mensuales de pago para las necesidades personales del residente.

**BIENES:** Todos los bienes personales deben ser utilizados en su totalidad en primer lugar para hacer frente a los gastos (excluida la residencia principal, el automóvil y los bienes personales).

**PAREJAS CASADAS:** Cuando uno de los cónyuges reúne los requisitos para la internación en una residencia para ancianos, el cónyuge en la comunidad (el que se queda en el hogar) tiene derecho a retener ciertos ingresos y recursos que pertenecen a la pareja mientras que Medicaid paga por la atención residencia del cónyuge.

*El cónyuge en la comunidad recibe:*

**Recursos:** \$74,820 mínimo; \$109,560 máximo. **Ingresos:** \$2,739 mensuales.

En la ciudad de Nueva York la tarifa de pago de Medicaid es de \$9,636 por mes para el cuidado en una residencia para ancianos.

## Programas de ahorros de Medicare para beneficiarios de Medicare con bajos ingresos

	Límite de ingresos mensuales (después de las deducciones/exclusiones)	
	Individual	Pareja
<b>QMB - Niveles de beneficiarios de Medicare calificados</b> El estado de NY paga primas deducibles y coseguros para quienes son automáticamente elegibles para Parte A.	\$903*	\$1,214
<b>SLIMB - Niveles de beneficiarios de Medicare con bajos ingresos especificados</b> El estado solo paga la prima de Parte B de Medicare.	\$1,083	\$1,457
<b>QI-1 - Personas calificadas</b> El estado solo paga la prima de Parte B de Medicare.	\$1,218	\$1,639

*\*Puede también solicitar QMB en caso de que gane menos de los rangos antes descritos pero no esté interesado en solicitar Medicaid.*

## RECURSOS

Línea de atención de NYC HIICAP .....	311
<a href="http://www.nyc.gov/html/dfta/html/senior/hiicap.shtml">www.nyc.gov/html/dfta/html/senior/hiicap.shtml</a>	
Departamento para Personas Mayores.....	311
<a href="http://www.nyc.gov/html/dfta/html/home/home.shtml">www.nyc.gov/html/dfta/html/home/home.shtml</a>	
AARP .....	1-212-758-1411
<a href="http://www.aarp.org">www.aarp.org</a>	
Access-A-Ride.....	1-877-337-2017
<a href="http://www.mta.info/mta/ada/paratransit.htm">www.mta.info/mta/ada/paratransit.htm</a>	
Proyecto de servicios de defensa de derechos, asesoramiento y derecho a prestaciones (ACES) .....	1-212-614-5552
Procuraduría de Fraude y Protección a los Consumidores .....	1-800-771-7755
<a href="http://www.oag.state.ny.us">www.oag.state.ny.us</a>	
Beneficencias Católicas de NY .....	1-212-371-1000
<a href="http://www.catholiccharitiesny.org">www.catholiccharitiesny.org</a>	
Centros para la Autonomía de los Discapacitados en Nueva York .....	1-212-674-2300
<a href="http://www.cidny.org">www.cidny.org</a>	
Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) .....	1-800-MEDICARE
<a href="http://www.cms.gov">www.cms.gov</a>	
Child Health Plus .....	1-800-698-4543
<a href="http://www.health.state.ny.us/nysdoh/chplus/index.htm">http://www.health.state.ny.us/nysdoh/chplus/index.htm</a>	
Sociedad de Servicios Comunitarios de NY .....	1-212-254-8900
<a href="http://www.cssny.org">www.cssny.org</a>	
Localizador de cuidados para personas mayores.....	1-800-677-1116
<a href="http://www.eldercare.gov">www.eldercare.gov</a>	
Cobertura de Seguro Farmacéutico para Personas Mayores (EPIC).....	1-800-332-3742
<a href="http://www.health.state.ny.us/health_care/epic/index.htm">www.health.state.ny.us/health_care/epic/index.htm</a>	
Family Health Plus .....	1-877-934-7587
<a href="http://www.health.state.ny.us/nysdoh/fhplus/what_is_fhp.htm">www.health.state.ny.us/nysdoh/fhplus/what_is_fhp.htm</a>	
Federación de Entidades Protestantes de Beneficencia .....	1-212-777-4800
<a href="http://www.fpwa.org">www.fpwa.org</a>	
Health Pass .....	1-888-313-7277
<a href="http://www.healthpass.com">www.healthpass.com</a>	
Healthy NY.....	1-866-HEALTHY NY
<a href="http://www.healthyny.com">www.healthyny.com</a>	
HEAR NOW (entrega audífonos a personas con recursos limitados).....	1-800-648-4327
<a href="http://www.sotheworldmayhear.org/hearnow/">www.sotheworldmayhear.org/hearnow/</a>	
Health and Hospitals Corporation (HHC Options) .....	311
<a href="http://www.nyc.gov/html/hhc/html/access/hhc_options.shtml">http://www.nyc.gov/html/hhc/html/access/hhc_options.shtml</a>	
Línea de información de HRA —para todos los programas de HRA, incluidas las estampillas para alimentos, asistencia pública y Medicaid.	1-877-472-8411
Fundación de Residencias para Enfermos Terminales de los EE UU. ....	1-800-854-3402
<a href="http://www.hospicefoundation.org">www.hospicefoundation.org</a>	
Instituto para Personas Mayores de Origen Puertorriqueño o Hispano..	1-212-677-4181
<a href="http://www.iprhe.org">www.iprhe.org</a>	
IPRO (quejas sobre la calidad de la atención hospitalaria) .....	1-800-331-7767

IPRO (para apelar el alta hospitalaria) .....	1-800-446-2447
<a href="http://www.ipro.org">www.ipro.org</a>	
LawHelp.org (para obtener servicios legales, incluidos servicios gratuitos de abogados)	
<a href="http://www.lsnys.org">www.lsnys.org</a>	
Centro de recursos de seguros para atención prolongada.....	1-212-676-0629
Apelaciones de las altas hospitalarias de Medicaid (IPRO) .....	1-800-648-4776
Derivaciones de Medicaid a proveedores que acepten el programa .....	1-800-541-2831
Coordinación de beneficios de Medicare.....	1-800-999-1118
Línea de denuncia de fraudes de Medicare (Oficina del Inspector General, DHHS) .....	1-800-447-8477
Línea de atención de Medicare.....	1-800-MEDICARE
Centro de derechos de Medicare .....	1-800-333-4114
<a href="http://www.medicarerights.org">www.medicarerights.org</a>	
Consejo Nacional sobre las Personas Mayores	
<a href="http://www.ncoa.org">www.ncoa.org</a>	
Centro Nacional de Información de Salud .....	1-800-336-4797
<a href="http://www.health.gov/nhic">www.health.gov/nhic</a>	
Departamento de Salud del Estado de Nueva York .....	311
<a href="http://www.nyc.gov/html/doh/htm">www.nyc.gov/html/doh/htm</a>	
Programa del Ombudsman para la Atención Prolongada.....	1-212-962-2720
<a href="http://www.nyfsc.org/services/ombuds.html">www.nyfsc.org/services/ombuds.html</a>	
Departamento de Salud del Estado de Nueva York - Quejas sobre HMO.....	1-800-206-8125
Departamento de Seguros del Estado de Nueva York.....	1-800-342-3736
<a href="http://www.ins.state.ny.us">www.ins.state.ny.us</a>	
Departamento de Seguros del Estado de Nueva York (en la ciudad de Nueva York) .....	1-212-480-6400
Línea de atención de Medicaid en el estado de Nueva York .....	1-800-541-2831
<a href="http://www.nyhealth.gov/health_care/medicaid">www.nyhealth.gov/health_care/medicaid</a>	
Línea de atención a personas mayores de la Oficina del Estado de Nueva York para Personas Mayores.....	1-800-342-9871
<a href="http://www.aging.ny.gov">www.aging.ny.gov</a>	
Oficina de Conducta Profesional Médica del Estado de Nueva York (quejas sobre el control de calidad de los médicos) .....	1-800-663-6114
Clínica odontológica de NYU .....	1-800-998-9800
<a href="http://www.nyu.edu/dental">www.nyu.edu/dental</a>	
Información sobre el Retiro del ferrocarril .....	1-800-833-4455
<a href="http://www.rrb.gov">www.rrb.gov</a>	
SMP (antes conocida como Senior Medicare Patrol) en el estado de Nueva York .....	1-877-678-4697
Administración del Seguro Social.....	1-800-772-1213
<a href="http://www.socialsecurity.gov">www.socialsecurity.gov</a>	TTY 1-800-325-0778
Comunidades Judías Unidas.....	1-212-284-6500
<a href="http://www.ujc.org">www.ujc.org</a>	
Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos .....	1-800-827-1000
<a href="http://www.va.gov">www.va.gov</a>	

## Recursos para obtener medicamentos recetados gratis o a bajo costo

**RX Hope:** solicite medicamentos con descuento y gratuitos directamente a través del sitio web.

[www.rxhope.com](http://www.rxhope.com) o 1-877-979-4673

**Partnership for Prescription Assistance:** Ayuda a las personas a acceder a medicamentos recetados gratis o a bajo costo. También ofrece programas que ayudan a hacer el copago.

[www.pparx.org](http://www.pparx.org) o 1-888-4PPA-NOW

**Benefits Check Up:** Ayuda a las personas a encontrar los beneficios y servicios a su disposición.

[www.benefitscheckup.org](http://www.benefitscheckup.org)

**NeedyMeds.com:** Ofrece información sobre medicamentos y programas para los pacientes y explica cómo solicitarlos.

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

**Asociación Nacional de las Juntas de Farmacias (NABP):** Le permite buscar farmacias en Internet que están certificadas como distribuidores garantizados.

[www.nabp.net](http://www.nabp.net)

**Together Rx Access:** Tarjeta de descuentos en medicamentos recetados disponible para las personas cuyos ingresos cumplen las líneas directivas y no son beneficiarios de Medicare ni tienen cobertura para medicamentos recetados.

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

**Organización Nacional de Enfermedades Poco Usuales (NORD):** Ayuda a personas no aseguradas o con seguros insuficientes que tienen ciertas enfermedades a acceder a los medicamentos que necesiten. [www.rarediseases.org/programs/medication](http://www.rarediseases.org/programs/medication)

### Otros recursos en Internet

Departamento de Trabajo: Información sobre COBRA, la antracosis, etc.- [www.DOL.gov](http://www.DOL.gov)

Comparación de planes odontológicos: [www.dentalplans.com](http://www.dentalplans.com)

Administración de Salud y Servicios Humanos: [www.hhs.gov](http://www.hhs.gov)

HealthFinder.gov: Acceso a información específica sobre las distintas enfermedades

Families USA: Información sobre pólizas de atención de la salud -[www.familiesusa.org](http://www.familiesusa.org)

Kaiser Family Network: Información sobre pólizas de atención de la salud -  
[www.kaisernetwork.org](http://www.kaisernetwork.org)

Foro Nacional de Políticas de Salud - [www.nhpf.org](http://www.nhpf.org)

Un portal específico para personas mayores dirigido especialmente a las personas mayores - [www.seniors.gov](http://www.seniors.gov)

## Sedes de Medicaid en la ciudad de Nueva York

Los solicitantes de Medicaid pueden llamar a la Línea de atención de Medicaid (888) 692-6116 para encontrar la sede de Medicaid más próxima, averiguar el horario de atención y cómo llegar. Los residentes de la ciudad de Nueva York pueden solicitarla en cualquiera de las sedes de los cinco condados.

### **Sede de Medicaid para toda la ciudad:**

Central Medicaid Office, 340A West 34<sup>th</sup> Street. New York, NY 10001

### **Manhattan**

Harlem Hospital: 530 Lenox Avenue (Ron Brown Building), primer piso, oficina 1061 (use la entrada de la calle 137). (212) 939-8504.

Bellevue Hospital: 462 First Avenue & 27<sup>th</sup> Street, Admin. Edificio "G" Link, 1<sup>er</sup> piso. (212) 679-7424.

Metropolitan Hospital: 1901 First Avenue, 1<sup>er</sup> piso, Oficina 1D-27 (entrada por la calle 97 y la 2<sup>da</sup> Avenida ). (212) 423-7006.

Columbia-Presbyterian Hospital: 622 West 168<sup>th</sup> Street, 1<sup>er</sup> piso, PH 040. (212) 342-5102/5103.

Gouverneur Hospital: 227 Madison Street, 7<sup>mo</sup> piso. (212) 238-7790.

### **Bronx**

Lincoln Hospital: 234 East 149<sup>th</sup> Street, Sótano, Oficina B-75. (718) 585-7872/7920.

North Central Bronx Hospital: 3424 Kossuth Avenue, 1<sup>er</sup> piso, oficina 1A05. (718) 920-1070.

Morrisania Diagnostic & Treatment Center: 1225 Gerard Avenue, Sótano. (718) 960-2752/2799.

Bronx Lebanon Hospital: 1316 Fulton Avenue, 1<sup>er</sup> piso. (718) 860-4634/4635.

### **Brooklyn**

Sede de Medicaid en Boreum Hill: 35 Fourth Avenue. (718) 623-7427/7428.

Sede de Medicaid en Coney Island: 30-50 West 21<sup>st</sup> Street. (718) 333-3000/3001.

Woodhull Hospital: 760 Broadway, Planta baja. (718) 630-3397/3398.

East New York Diagnostic and Treatment Center: 2094 Pitkin Avenue, Sótano. (718) 922-8292/8293.

Kings County Hospital: 441 Clarkson Avenue, Edificio "T", Residencia de enfermería, 1<sup>er</sup> piso. (718) 221-2300/2301.

### **Queens**

Sede de Medicaid en Jamaica: 165-08 88<sup>th</sup> Avenue, 6<sup>to</sup> piso. (718) 523-5699

Sede de Medicaid en Far Rockaway: 219 Beach 59<sup>th</sup> Street, 2<sup>do</sup> piso. (718) 634-6910

Sede de Medicaid en Elmhurst Hospital: 79-01 Broadway, Oficina D4-17. (718) 476-5904

### **Staten Island**

Sede de Medicaid en Staten Island: 215 Bay Street. (718) 420-4660/4732

# NOTAS