

Materiales educativos del programa Medicare Minute – Agosto de 2024

Avisos comunes durante la inscripción abierta

1. ¿Qué es la inscripción abierta de Medicare?

La inscripción abierta de Medicare ocurre cada año entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Durante la inscripción abierta, usted puede hacer cambios a su cobertura de Medicare. En la mayoría de los casos, este periodo es el único en el que puede elegir un nuevo Plan Medicare Advantage o de la Parte D. Incluso si está satisfecho(a) con su cobertura actual de salud y de medicamentos, la inscripción abierta es el momento para revisar lo que usted tiene y compararlo con otras opciones en su área con el fin de garantizar que su cobertura actual sea la mejor para usted el próximo año. En septiembre, empezará a recibir avisos con información acerca de cualquier cambio en su plan actual para el próximo año. Es importante que lea estos avisos para que pueda decidir si su cobertura seguirá cubriendo sus necesidades o si necesita cambiarla. Es una buena idea revisar las opciones disponibles en su área para ver si hay una cobertura alternativa de salud y/o de medicamentos que cubra sus necesidades a un precio más asequible.

Si decide cambiar de cobertura, puede llamar a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para hacerlo. Su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés) también puede ayudarle. La información de contacto de SHIP se encuentra en la última página de este documento. Cualquier cambio que haga entrará en vigor el 1.º de enero del próximo año.

2. ¿Qué es el manual *Medicare & You* (Medicare y usted)?

El manual *Medicare y usted* se envía a todos los grupos familiares de Medicare cada septiembre. El manual incluye información sobre los beneficios de Medicare, preguntas frecuentes sobre Medicare y cualquier cambio en la cobertura de Medicare. También incluye una lista de Planes Medicare Advantage y planes independientes de medicamentos recetados de la Parte D que están disponibles en su área. Estos planes deben cubrir los mismos beneficios que Medicare original, pero sus costos y reglas de cobertura serán diferentes. Si no recibe su manual *Medicare y usted*, puede llamar al 1-800-MEDICARE y pedir que le envíen una copia con la información para su área. Si desea recibir el manual de forma electrónica, puede iniciar sesión en (o crear) [su cuenta de Medicare](#) para registrarse y recibir manuales electrónicos. También puede descargar una versión general del manual en [Medicare.gov](#).

3. ¿Por qué son importantes mi ANOC y mi EOC?

El Aviso anual de cambios (ANOC, por sus siglas en inglés) es el aviso que usted recibe de su Plan Medicare Advantage o de la Parte D a finales de septiembre. Este aviso brinda un resumen de cualquier cambio en el costo y la cobertura del plan que entrará en vigor a partir del 1.º de enero del siguiente año. El ANOC se envía generalmente con la Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) del plan, el cual es un folleto que describe los costos y los beneficios del plan para el siguiente año. Si usted tiene un Plan Medicare Advantage o un plan de la Parte D y no recibió estos avisos, debe contactar a su plan. Revise estos avisos para averiguar si su plan continuará cubriendo sus necesidades de atención de salud el próximo año. Si no está satisfecho(a) con cualquiera de los próximos cambios, puede hacer cambios a su cobertura durante la inscripción abierta de Medicare. Estos son los tres tipos de cambios que debe buscar:

- **Averigüe cuánto deberá pagar por los servicios en 2025.** Los costos, como los deducibles y los copagos, pueden cambiar cada año. Por ejemplo, su plan puede no haber tenido un deducible en 2024,

pero podría tener uno en 2025. Un deducible es la cantidad de dinero que usted debe pagar de su propio bolsillo antes de que su plan empiece a cubrir su atención. Otro ejemplo es que su plan puede incrementar los copagos que usted debe pagar por las consultas con su proveedor de atención primaria o con los especialistas.

- **Averigüe si sus médicos, hospitales y otros proveedores de atención de salud y farmacias serán parte de la red en 2025.** Las redes del plan pueden cambiar cada año, lo cual quiere decir que su médico puede no ser parte de la red de su plan para 2025. Usted tiene los gastos más bajos de su propio bolsillo si va con los proveedores y las farmacias que son parte de la red de su plan. Si va con un proveedor fuera de la red, su plan puede no cubrir el costo de su atención y usted podría tener que pagar el costo de su propio bolsillo.
- **Revise la lista de medicamentos de su plan.** La lista de medicamentos es la lista de medicamentos que el plan cubre. Si no le enviaron la lista de medicamentos por correo, pueden habérsela enviado de forma electrónica. También puede visitar el sitio web de su plan para revisar la lista de medicamentos cubiertos o llamar a su plan directamente. Los cambios en la lista de medicamentos cubiertos pueden ocurrir cada año, lo cual quiere decir que su medicamento puede no estar cubierto en 2025, incluso si estaba cubierto en 2024. Asegúrese de que sus medicamentos vayan a estar cubiertos el próximo año. Si no lo estarán, puede seleccionar un plan de medicamentos diferente que cubra todos sus medicamentos. Si la lista de medicamentos está incompleta, o si no encuentra su(s) medicamento(s) en la lista, comuníquese directamente con su plan para obtener más información.

4. ¿Cómo sé si estoy inscrito(a) en un plan con una baja calificación?

A finales de octubre, usted recibirá un Aviso de bajo desempeño continuo ("Consistent Poor Performance Notice") si está inscrito(a) en un plan que ha recibido una calificación baja durante tres años consecutivos o más. Una calificación baja es tres estrellas de cinco o menos. Los planes se califican con base en la calidad y el desempeño, como por ejemplo, la forma en que se hacen cargo de las apelaciones. Este aviso le recomienda que busque otras opciones de planes en su área. Si desea cambiar de plan, puede hacerlo durante la inscripción abierta de Medicare. Si está inscrito(a) en un plan con una baja calificación, también puede cambiar de plan en cualquier momento durante el año.

5. ¿Cómo puedo saber si ofrecerán mi plan el próximo año?

En octubre, los planes que saldrán del programa de Medicare el próximo año envían un Aviso de no renovación del plan ("Plan Non-Renewal Notice") a las personas inscritas en el plan. Si recibe este aviso, debe tomar medidas para asegurarse de tener cobertura en 2025. Puede elegir inscribirse en un nuevo Plan Medicare Advantage o plan de medicamentos recetados de la Parte D durante la inscripción abierta de Medicare. Después de la inscripción abierta, usted puede inscribirse en un nuevo plan hasta el último día de febrero del siguiente año.

Si no elige un nuevo Plan Medicare Advantage a más tardar el 1.º de enero, su inscripción al Plan Medicare Advantage se cancelará y se le inscribirá en Medicare original sin cobertura de medicamentos. Tendrá hasta finales de febrero para inscribirse en un nuevo Plan Medicare Advantage o plan de la Parte D.

Si no elige un nuevo plan independiente de la Parte D a más tardar el 1.º de enero, su inscripción al plan se cancelará y no tendrá cobertura de medicamentos. Tendrá hasta finales de febrero para inscribirse en un nuevo plan de la Parte D o Plan Medicare Advantage.

6. ¿Qué avisos recibiré si estoy inscrito(a) en Ayuda Adicional?

Ayuda Adicional es un programa federal que ayuda a pagar los costos de sus medicamentos recetados si usted tiene ingresos y bienes limitados. Hay muchos avisos que las personas con Ayuda Adicional pueden recibir a partir de septiembre, dependiendo de la situación.

En septiembre, puede recibir un aviso gris llamado Aviso de pérdida de clasificación ("Loss of Deemed Status") si ya no recibirá Ayuda Adicional a partir del 1.º de enero de 2025. Si cree que esto es un error (por ejemplo, si sus ingresos no han cambiado), puede volver a solicitar Ayuda Adicional a través de la Administración del Seguro Social (800-772-1213). Su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés) también puede ayudarle a entender la Ayuda Adicional y cómo solicitarla o volver a solicitarla. La información de contacto de su SHIP se encuentra en la última página de este documento.

Usted puede recibir un aviso naranja llamado Aviso de cambio en los copagos de Ayuda Adicional ("Change in Extra Help Copayments Notice"). Este aviso le dice si los copagos de su Ayuda Adicional que usted paga por los medicamentos recetados cambiarán a partir del 1.º de enero de 2025. Debe recibir este aviso en octubre. Los copagos de Ayuda Adicional generalmente cambian ligeramente cada año.

Puede recibir un Aviso de reasignación color azul en octubre si su Plan Medicare Advantage o su plan independiente de la Parte D va a salir del programa de Medicare. Este aviso le informa que se le asignarán un plan nuevo. Si desea inscribirse en un plan de su elección, debe elegir activamente un plan nuevo a más tardar el 31 de diciembre de 2024. Si no toma una acción, le asignarán un plan, el cual puede o no cubrir sus necesidades.

Puede recibir un Aviso de reasignación ("Reassignment Notice") color azul diferente en octubre si la prima para la cobertura de su plan de medicamentos va a aumentar y superar la cantidad que Ayuda Adicional cubre. A esto se le llama cantidad de referencia. Si la prima de la cobertura de medicamentos de su plan va a superar la cantidad de referencia en 2025, se le asignará otro plan a menos que se inscriba activamente en el plan a más tardar el 31 de diciembre de 2024.

Si eligió activamente su plan de medicamentos actual y está inscrito(a) en Ayuda Adicional, puede recibir un Aviso de Selectores del Subsidio para Personas de Bajos Ingresos ("Low-Income Subsidy Choosers Notice") en noviembre. Este aviso color canela le informa que la prima de su plan va a superar la cantidad de referencia de Ayuda Adicional (el monto máximo de la prima que Ayuda Adicional cubre). Si no cambia activamente a un plan con una prima más baja, usted tendrá que pagar una parte de la prima en 2025.

7. ¿Qué es un aviso de cobertura válida?

Si está inscrito(a) en un plan de medicamentos recetados a través de su empleador actual o anterior o el de su cónyuge, debe recibir un aviso de su empleador o plan en septiembre de cada año que le informará si su cobertura de medicamentos es válida. "Válida" quiere decir que su cobertura es igual de buena o mejor que el beneficio estándar de medicamentos recetados de Medicare. Este aviso es importante porque mantener la inscripción de una cobertura válida de medicamentos quiere decir que usted no tendrá una sanción por inscripción tardía (LEP, por sus siglas en inglés) por retrasar la inscripción en la Parte D. Asimismo, tener cobertura válida quiere decir que si usted averigua que va a perder dicha cobertura y desea tener cobertura de la Parte D, tendrá un periodo especial de inscripción (SEP, por sus siglas en inglés) para inscribirse en un plan de la Parte D. Guarde estos avisos de cobertura válida cada año. Si decide inscribirse en un plan de la Parte D en el

futuro, podría necesitar estos avisos como comprobante de que tuvo cobertura válida y de que no debería tener una multa por inscripción tardía.

8. ¿Recibiré materiales por correo de los Planes Medicare Advantage o de la Parte D en los que no estoy inscrito(a)?

Sí. Cuando inicie la inscripción abierta de Medicare, usted recibirá llamadas y correspondencia de diferentes compañías de seguros acerca de los planes que ofrecen. Puede usar esta información de comercialización para comparar sus opciones. Si tiene preguntas sobre cualquiera de los beneficios que un plan ofrece, lo mejor es comunicarse directamente con el plan. Si está pensando en cambiar de plan, no tiene que tomar la decisión de inmediato. Puede tomarse un tiempo para revisar sus opciones y tomar una decisión informada. También puede consultar a un representante de su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés) para recibir asesoría personalizada sobre estas decisiones. La información de contacto de su SHIP local se encuentra en la última página de este documento. También puede llamar a 1-800-MEDICARE para comparar los Planes Medicare Advantage o de la Parte D que se ofrecen en su área.

Tome en cuenta que los planes deben seguir ciertas reglas cuando comercializan sus planes. Estos lineamientos existen para proteger a los beneficiarios en contra de tácticas manipuladoras de ventas e inscripción. Por ejemplo, un plan no puede:

- Usar lenguaje que sugiera que Medicare prefiere su plan.
- Llamarle o enviarle un correo electrónico que usted no haya solicitado.
- Dejar información (como volantes, folletos, colgantes de puertas, etc.) en su coche o casa si provienen de una compañía que no tenía una cita con usted.

Si cree que ha experimentado infracciones de comercialización, debe reportarlo. Mantenga cualquier comprobante documentado, por ejemplo, la tarjeta de presentación de un agente, materiales de comercialización, correos electrónicos o registros de llamadas telefónicas. Puede reportar las infracciones de comercialización a 1-800-MEDICARE o a su Patrulla de Medicare para Adultos Mayores (SMP, por sus siglas en inglés) o Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés) local. Su SHIP o SMP local puede explicar las reglas de comercialización del gobierno, ayudarle a revisar el incidente y reportarlo ante las autoridades correspondientes, de ser necesario. La información de contacto de su SHIP y de su SMP se encuentra en la última página de este documento.

9. ¿Por qué es importante revisar mis estados de cuenta de Medicare?

Sí, es muy importante leer sus estados de cuenta de Medicare, especialmente durante la inscripción abierta, ya que es posible que usted cambie de planes. Si tiene Medicare original, debe recibir Resúmenes de Medicare (MSN, por sus siglas en inglés; tome en cuenta que también puede ver sus MSN en su cuenta de Medicare.gov en línea). Si tiene un Plan Medicare Advantage o plan de la Parte D, usted debe recibir una Explicación de Beneficios (EOB, por sus siglas en inglés). Sus estados de cuenta de Medicare proporcionan un resumen de los servicios y artículos que usted ha recibido y cuánto puede tener que pagar por ellos. Recuerde que los MSN y las EOB no son facturas.

Leer sus MSN y EOB es una estrategia importante para poder detectar posibles fraudes, errores o abusos contra Medicare. Tenga presente los siguientes consejos:

- Revise sus estados de cuenta de Medicare o los de sus seres queridos en cuanto lleguen.

- Confirme que todo lo que aparece en el estado de cuenta es correcto; en otras palabras, que realmente recibió todos los servicios o artículos mencionados.
- Tome notas de sus citas médicas y compárelas con sus estados de cuenta para asegurarse de que su MSN o EOB sea correcto.
- Contacte a su proveedor de atención de salud o plan si tiene preguntas o nota cualquier error en sus MSN o EOB. Su proveedor de atención de salud debe poder corregir cualquier error de facturación que haya cometido.
- Contacte a su SMP para obtener un ["Mi Rastreador de Atención de Salud"](#) (el cual le ayuda a dar seguimiento a sus citas) o para que le ayuden a leer sus estados de cuenta de Medicare.

Si encuentra algún error en sus estados de cuenta y su proveedor no quiere arreglarlo, debe llamar a su SMP. Las SMP ayudan a los beneficiarios de Medicare, a sus familias y a los cuidadores a prevenir, detectar y reportar posibles fraudes, errores y abusos contra Medicare.

10. ¿A quién puedo llamar si tengo alguna pregunta?

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés): comuníquese con su SHIP si tiene preguntas sobre cualquier aviso que reciba. Los asesores del SHIP pueden ayudarle a entender los avisos que recibe antes del periodo de inscripción abierta de otoño. Cuando contacte a su SHIP local, un asesor certificado de Medicare le dará orientación personalizada basada en su situación y necesidades particulares. La información de contacto de su SHIP local se encuentra en la última página de este documento.

Patrulla de Medicare para Adultos Mayores (SMP, por sus siglas en inglés): comuníquese con su SMP si nota cualquier cargo sospechoso en sus avisos o estados de cuenta de Medicare. Los representantes de la SMP pueden enseñarle a detectar y a protegerse en contra de un posible fraude, error o abuso contra Medicare. La información de contacto de su SMP local se encuentra en la última página de este documento.

1-800-MEDICARE: comuníquese con Medicare si no recibió su manual *Medicare y usted* y le gustaría solicitar una copia. También puede comunicarse con Medicare para que le ayuden a encontrar planes en su área o si desea cambiar su cobertura durante la inscripción abierta de Medicare.

Plan Medicare Advantage o plan de la Parte D: comuníquese directamente con un plan si tiene preguntas sobre sus beneficios, cobertura o costos. Si no recibe su ANOC o EOC, comuníquese con su plan actual para solicitar una copia.

Estudio de caso práctico de SHIP

José sabe que se acerca la inscripción abierta y quiere reevaluar su cobertura para ver si debe hacer algún cambio. Actualmente, está inscrito(a) en Medicare original y un plan de la Parte D y no sabe si debe cambiar de plan el próximo año. José ha escuchado que su Aviso anual de cambios (ANOC, por sus siglas en inglés) será útil, pero no sabe qué es.

¿Qué debe hacer José?

- José debe comunicarse con su SHIP para obtener ayuda.
 - Si no sabe cómo encontrar su SHIP, puede visitar www.shiphelp.org o llamar al 877-839-2675 para recibir ayuda.
- El asesor del SHIP le explicará que el ANOC es un resumen de los cambios del plan de José para 2025. Si ya pasó el 30 de septiembre y José no ha recibido su ANOC, debe comunicarse con su plan y solicitar una copia.
- Una vez que José tenga su ANOC, puede revisarlo y poner atención a cualquier cambio. El asesor del SHIP puede aconsejarle a José que busque algunos cambios específicos:
 - José debe revisar si su deducible ha cambiado. José tiene que pagar de su propio bolsillo por sus medicamentos hasta que haya gastado la cantidad de su deducible. Una vez que esto ocurra, la compañía de seguros empezará a cubrir sus medicamentos recetados.
 - José debe revisar si hay algún cambio en sus copagos. El copago es la cantidad establecida que paga por cierto tipo de medicamentos recetados, una vez que cumpla con su deducible.
 - José debe revisar si la lista de medicamentos cubiertos del plan ha cambiado y si han eliminado alguno de sus medicamentos.
 - José debe revisar si la red de farmacias preferidas del plan ha cambiado y si su farmacia sigue estando incluida.
- El asesor del SHIP puede ayudar a José a comparar su plan de la Parte D con otros planes o, incluso, comparar Medicare original con los Planes Medicare Advantage. Puede hablar con José sobre herramientas útiles como el Buscador de Planes de Medicare, para ver si otros planes de la Parte D ofrecen la misma cobertura que su plan actual a un costo más bajo.

Estudio de caso práctico de la SMP

Rosa recibió una Explicación de Beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) que muestra que un médico presentó varios reclamos a Medicare por servicios que Rosa recibió el mes anterior. Está confundida porque solo fue con el proveedor una vez, pero su EOB muestra tres fechas diferentes de servicios. Le preocupa que esto pueda ser información incorrecta o un error y que pueda afectar los servicios que pudiera necesitar que su plan cubra en el futuro.

¿Qué debe hacer Rosa?

- Primero, Rosa puede llamar al consultorio de su médico para informarles sobre este posible error y pedir más información.
 - Si el consultorio médico cometió un error, debe poder volver a enviar el reclamo correcto al plan de Rosa.
 - Si el consultorio de su médico no cree que haya un error, Rosa puede pedirles que expliquen las múltiples fechas del servicio y que le den la mayor cantidad de información posible.
 - Si el proveedor de Rosa no coopera o no está dispuesto a corregir los errores, Rosa puede reportar esto como un posible fraude o abuso contra Medicare y recibir apoyo adicional para corregir su Medicare.
- La SMP puede recordarle a Rosa que siga dando seguimiento a sus citas de atención de salud y revisando sus estados de cuenta de Medicare. Puede usar esta información con su "Mi rastreador de atención de salud" para asegurarse de que sus citas y servicios se estén facturando a Medicare de manera correcta. Si Rosa sospecha que hubo un fraude, error o abuso, puede volver a llamar a la SMP.

Información de contacto del SHIP local	Información de contacto de la SMP local
<p>Línea gratuita de SHIP: 800-247-4422 Correo electrónico del SHIP: idahoshiba@doi.idaho.gov Sitio web del SHIP: shiba.idaho.gov</p> <p>Para encontrar un SHIP en otro estado: Llame al 877-839-2675 y diga “Medicare” cuando se lo pidan o visite www.shiphelp.org.</p>	<p>Línea gratuita de la SMP: 800-247-4422 Correo electrónico de la SMP: idahoshiba@doi.idaho.gov Sitio web de la SMP: https://aging.idaho.gov/stay-safe/senior-medicare-patrol-fraud-prevention</p> <p>Para encontrar una SMP en otro estado: Llame al 877-808-2468 o visite www.smpresource.org.</p>
<p><i>Este documento recibió apoyo parcial de los números de subvención 90SATC0002 y 90MPRC0002, de parte de la Administración de Vida Comunitaria (ACL, por sus siglas en inglés) del Departamento de Salud y Servicios Humanos, Washington, D.C. 20201. Se insta a los beneficiarios que llevan a cabo proyectos con el patrocinio gubernamental a expresar libremente sus hallazgos y conclusiones. Los puntos de vista y las opiniones no representan necesariamente la política oficial de la Administración de Vida Comunitaria.</i></p> <p>Centro de Soporte Técnico de SHIP: 877-839-2675 www.shiphelp.org info@shiptacenter.org Centro de Recursos de la SMP: 877-808-2468 www.smpresource.org info@smpresource.org © 2024 Medicare Rights Center www.medicareinteractive.org</p> <p><i>El Centro de Derechos de Medicare (Medicare Rights Center) es autor de ciertas secciones del contenido en estos materiales, pero no es responsable por ningún contenido que el Centro de Derechos de Medicare no haya creado.</i></p>	