

Materiales educativos del programa Medicare Minute – Enero de 2024

Novedades en 2024

1. ¿Han cambiado los costos de Medicare Parte A (seguro de hospital) en 2024?

Sí, los costos relacionados con la Parte A son diferentes este año. Recuerde que Medicare Parte A cubre los servicios hospitalarios para pacientes internados, los servicios en un centro de enfermería especializada, la asistencia médica a domicilio (en ciertas circunstancias después de que usted ha estado en un hospital o centro de enfermería especializada) y los hospicios. Revise su manual *Medicare & You* (*Medicare y usted*) de 2024 (consulte la pregunta 6) para entender los servicios que cubre la Parte A. La siguiente tabla muestra una comparación entre los costos del año pasado y los de este año.

Costos de la Parte A de Medicare original: 2023 vs. 2024		
	2023	2024
Prima de la Parte A	\$0 al mes si ha trabajado más de 10 años	\$0 al mes si ha trabajado más de 10 años
	\$278 al mes si ha trabajado entre 7.5 y 10 años	\$278 al mes si ha trabajado entre 7.5 y 10 años
	\$506 al mes si ha trabajado menos de 30 trimestres (7 años y medio)	\$505 dólares al mes si ha trabajado menos de 30 trimestres (7 años y medio)
Deducible de hospital	\$1,600 en cada periodo de beneficios	\$1,632 en cada periodo de beneficios
Coseguro de hospital	\$0 al día para los días 1 a 60 una vez que haya cubierto su deducible	\$0 al día para los días 1 a 60 una vez que haya cubierto su deducible
	\$400 al día para los días 61 a 90 de cada periodo de beneficios	\$408 al día para los días 61 a 90 de cada periodo de beneficios
	\$800 al día para los días 91 a 150 (días de reserva de por vida no renovables)	\$816 al día para los días 91 a 150 (días de reserva de por vida no renovables)
Coseguro de centros de enfermería especializada	\$0 al día para los días 1 a 20 en cada periodo de beneficios (después de una estancia de un mínimo de 3 días en un hospital como paciente internado)	\$0 al día para los días 1 a 20 en cada periodo de beneficios (después de una estancia de un mínimo de 3 días en un hospital como paciente internado)
	\$200 al día para los días 21 a 100 en cada periodo de beneficios	\$204 al día para los días 21 a 100 en cada periodo de beneficios

Si usted tiene un Plan Medicare Advantage, su plan le proporciona la cobertura de la Parte A. Si usted tiene el mismo Plan Medicare Advantage en 2024 que tenía en 2023, su plan debería haberle enviado un Aviso Anual de Cambio (ANOC, por sus siglas en inglés) o un aviso de Evidencia de Cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) que explique cualquier cambio para el próximo año. Revise este aviso para entender los costos, los servicios cubiertos y las reglas de su plan. Comuníquese con su plan si no recibió estos documentos en el otoño o si desea otra copia. Si elige un nuevo Plan Medicare Advantage, revise los costos relacionados con el plan para 2024.

2. ¿Han cambiado los costos de Medicare Parte B (seguro médico) en 2024?

Sí, los costos relacionados con la Parte B son diferentes este año. Recuerde que Medicare Parte B cubre los servicios médicos ambulatorios, por ejemplo, los servicios de un profesional de la salud con licencia, los servicios preventivos, la terapia ambulatoria y los servicios de asistencia médica a domicilio (si usted está confinado[a] en casa y necesita atención especializada).

Costos de la Parte B de Medicare original: 2023 vs. 2024		
	2023	2024
Prima de la Parte B*	\$164.90 al mes	\$174.70
Deducible de la Parte B	\$226 al año	\$240
Coseguro de la Parte B	20 % para la mayoría de los servicios	20 % para la mayoría de los servicios
* Si sus ingresos anuales son superiores a \$103,000 para una persona soltera (\$206,000 para una pareja), usted pagará una prima de la Parte B más alta. Visite www.medicare.gov para ver los costos de la Parte B por ingreso anual.		

Costos del Plan Medicare Advantage: si usted tiene un Plan Medicare Advantage, su plan administra su cobertura de la Parte A y de la Parte B. Recuerde que la mayoría de las personas que tienen Medicare, ya sea Medicare original o un Plan Medicare Advantage, paga la prima mensual de la Parte B. Algunas personas con un Plan Medicare Advantage también pueden pagar una prima mensual adicional por estar inscritas en ese plan. La cantidad que usted paga por los deducibles, los copagos y/o los coseguros del Plan Medicare Advantage varía según el plan.

Si usted tiene el mismo Plan Medicare Advantage en 2024 que tenía en 2023, su plan debería haberle enviado un Aviso Anual de Cambio (ANOC, por sus siglas en inglés) o un aviso de Evidencia de Cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) que explique cualquier cambio para el próximo año. Revise este aviso para entender los costos, los servicios cubiertos y las reglas de su plan. Comuníquese con su plan si no recibió estos documentos en el otoño o si desea otra copia. Si eligió un Plan Medicare Advantage nuevo, debe recibir una EOC para el nuevo plan. Revise ese documento para entender los costos relacionados con el plan para 2024.

3. ¿Han cambiado los costos de Medicare Parte D (cobertura de medicamentos recetados) en 2024?

Si tiene cobertura de medicamentos recetados de Medicare, a menudo conocida como Parte D, su plan debió haberle avisado sobre cualquier cambio en los costos para 2024. Los planes de la Parte D pueden cambiar los medicamentos que cubren, las redes de farmacias y los costos (por ejemplo, los copagos, los cargos de coseguro y los deducibles) cada año. Recuerde que hay dos formas principales en que usted puede obtener cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

- Un Plan Medicare Advantage que cubre tanto la cobertura de salud como la de medicamentos, o
- Un plan de la Parte D independiente que trabaja con Medicare original.

Su plan de la Parte D debe haberle enviado un ANOC o aviso de EOC para informarle sobre los beneficios, costos y medicamentos cubiertos de su plan para 2024. Si tiene un Plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados, debería haber recibido una EOC que describa su cobertura de salud y de medicamentos recetados para 2024.

Los planes de la Parte D deben incluir la cobertura mínima establecida por ley, pero cada plan puede ofrecer diferentes tipos de cobertura. Por ejemplo, en 2024, los planes de la Parte D pueden establecer un deducible máximo (cantidad que usted paga de su propio bolsillo antes de que el seguro empiece a pagar) de \$545 dólares. Sin embargo, algunos planes pueden no requerir que usted pague un deducible. La siguiente tabla muestra una comparación entre los costos del año pasado y los de este año. Asegúrese de revisar los materiales de su plan para ver los cambios específicos en los costos.

Costos de Medicare Parte D: 2023 vs. 2024		
	2023	2024
Deducible máximo para la Parte D	Hasta \$505 al año	Hasta \$545 al año
Límite del periodo sin cobertura de la Parte D Usted alcanza el periodo sin cobertura, o interrupción de la cobertura, cuando usted y su plan, en conjunto, han gastado esta cantidad en medicamentos cubiertos desde el inicio del año.	\$4,660	\$5,030
Límite de la cobertura contra catástrofes de la Parte D Usted sale de la interrupción de la cobertura y entra a la cobertura contra catástrofes cuando gasta esta cantidad de su propio bolsillo* desde el inicio del año.	\$7,400	\$8,000

*Tome en cuenta que los gastos de su propio bolsillo que le ayudan a salir de la interrupción de la cobertura incluyen: lo que ha gastado en medicamentos cubiertos desde el inicio del año (deducible, copagos); la mayoría de los descuentos por medicamentos de marca mientras usted está en la interrupción de la cobertura; y cualquier otro gasto de medicamentos que paguen familiares, la mayoría de las organizaciones de beneficencia, los Programas estatales de asistencia farmacéutica (SPAP, por sus siglas en inglés), los Programas de asistencia para medicamentos para el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés) y/o el Servicio de Salud Indígena.

4. ¿Cómo cambiarán las etapas de cobertura de la Parte D en 2024?

Las etapas de cobertura seguirán siendo las mismas el próximo año. Sin embargo, sus costos durante la etapa de cobertura contra catástrofes cambiarán. En el pasado, usted debía pagar el 5 % del costo de los medicamentos recetados una vez que entraba a la etapa de cobertura contra catástrofes. En 2024, usted no deberá pagar nada por sus medicamentos cubiertos por la Parte D una vez que esté en la etapa de cobertura contra catástrofes. Obtenga más información sobre las cuatro etapas de cobertura a continuación:

Periodo de deducible: hasta que cubra su deducible de la Parte D, usted pagará el precio negociado total por sus medicamentos recetados cubiertos. Una vez que cubra su deducible, el plan empezará a cubrir el costo de sus medicamentos. Aunque los deducibles pueden variar según el plan, ninguno de los deducibles de los planes puede ser superior a \$545 en 2024, y algunos planes no tienen un deducible.

Periodo inicial de cobertura: después de que usted cubra su deducible, su plan ayudará a pagar por sus medicamentos recetados cubiertos. Su plan pagará parte del costo y usted pagará un copago o coseguro. La duración del periodo inicial de cobertura depende de los costos de sus medicamentos y de la estructura de beneficios de su plan. Para la mayoría de los planes en 2024, el periodo inicial de cobertura termina después de que usted ha acumulado un total de \$5,030 en costos de medicamentos. Tome en cuenta que el total de costos de medicamentos incluye la cantidad que usted y su plan han pagado por sus medicamentos cubiertos.

Periodo sin cobertura: después de que el total de costos de sus medicamentos llega a cierta cantidad (\$5,030 para la mayoría de los planes), usted entra al periodo sin cobertura, también conocido como interrupción de la cobertura. Cuando usted entra al periodo sin cobertura, será responsable del 25 % del costo de sus medicamentos. Por ejemplo, si el costo total de un medicamento es \$100 y usted paga el copago de \$20 de su plan durante el periodo inicial de cobertura, puede ser responsable de pagar \$25 (25 % de \$100) durante el periodo sin cobertura.

Cobertura contra catástrofes: en todos los planes de la Parte D, usted ingresa a la cobertura contra catástrofes después de que llega a \$8,000 en costos de su propio bolsillo por los medicamentos recetados. La cantidad se basa en lo que usted paga por los medicamentos cubiertos y algunos costos que otros pagan. En el pasado, usted debía pagar el 5 % del costo de sus medicamentos recetados una vez que entraba a esta etapa de cobertura. En 2024, este requisito de coseguro del 5 % se ha eliminado, lo que quiere decir que usted no será responsable por ningún costo de los medicamentos cubiertos por su Parte D una vez que llegue a la etapa de cobertura contra catástrofes. Esto significa que los gastos de su propio bolsillo para la Parte D tendrán un límite de \$8,000.* Los costos de su propio bolsillo que le ayudan a llegar al límite de \$8,000 de la cobertura contra catástrofes incluyen:

- Su deducible
- Lo que usted pagó durante el periodo inicial de cobertura
- Casi el costo total de los medicamentos de marca (incluyendo el descuento del fabricante) comprados durante el periodo sin cobertura
- Cantidades pagadas por otras personas, incluidos familiares, la mayoría de las organizaciones de beneficencia y otras personas en su nombre
- Cantidades pagadas por los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP, por sus siglas en inglés), Programas de Asistencia con Medicamentos para el SIDA y el Servicio de Salud Indígena

Los costos que no le ayudan a llegar a la cobertura contra catástrofes incluyen las primas mensuales, lo que su plan paga por los costos de los medicamentos, el costo de los medicamentos no cubiertos, el costo de los medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red de su plan y el descuento del 75 % por medicamentos genéricos.

Su plan de la Parte D debe dar seguimiento a cuánto dinero ha gastado usted de su propio bolsillo por los medicamentos cubiertos y su progreso a través de los periodos de cobertura. Además, esta información debe aparecer en sus estados de cuenta mensuales.

Nota: Si tiene Ayuda Adicional, (consulte la pregunta 5), usted no tiene un periodo sin cobertura. Pagará costos diferentes de medicamentos durante el año. Los costos de sus medicamentos también pueden ser diferentes si está inscrito(a) en un SPAP.

*En 2025, los costos de los medicamentos de su propio bolsillo tendrán un límite de \$2,000.

5. ¿Qué cambios tendrá el programa de Ayuda Adicional en 2024?

Ayuda Adicional es un programa federal que ayuda a pagar por la mayoría de los gastos de su propio bolsillo para la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. También se le llama a veces Subsidio para Personas de Bajos Ingresos (LIS, por sus siglas en inglés) de la Parte D. Usted es elegible para el programa si sus ingresos y bienes están por debajo de los límites establecidos a nivel federal. También se le podría inscribir automáticamente en el programa si tiene Medicaid, un Programa de Ahorros de Medicare (MSP, por sus siglas en inglés) o Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés).

Hasta 2024, usted podía ser elegible para Ayuda Adicional total o parcial dependiendo de sus ingresos y bienes. En 2024, el programa de Ayuda Adicional se está ampliando para que todos los beneficiarios con ingresos por debajo del 150 % del nivel federal de pobreza (FPL, por sus siglas en inglés) sean elegibles para la Ayuda Adicional completa. Se eliminará la Ayuda Adicional parcial. Los límites de ingresos de 2024 aún no se publican. Hasta que se publiquen, usted puede ser elegible con base en sus ingresos de 2023 si también tiene bienes limitados. El límite de ingresos mensual en 2023 era de \$1,843 para personas solteras y \$2,485 para parejas.

Para presentar una solicitud u obtener más información sobre la elegibilidad, contacte a su sucursal de la Administración del Seguro Social. [Encuentre su sucursal local](#) o llame a la línea nacional al 800-772-1213.

6. ¿Qué es el manual *Medicare & You* (Medicare y usted)? ¿Cómo puedo obtener uno?

Medicare & You es un manual que Medicare publica cada año. El manual explica los servicios cubiertos por Medicare y los costos relacionados con Medicare original para el año que viene. Se le envía una copia de *Medicare & You* por correo postal a principios de otoño a cada beneficiario de Medicare sin importar si tiene Medicare original o un Plan Medicare Advantage. Si no recibió uno el año pasado, llame al 1-800-MEDICARE para pedir una copia. También puede descargar una versión general del manual en www.medicare.gov.

7. ¿Qué es una reposición de transición?

Una reposición de transición es generalmente un suministro único para 30 días de un medicamento que usted estaba tomando:

- Antes de cambiarse a un plan de la Parte D diferente (ya sea independiente o a través de un Plan Medicare Advantage)
- O, antes de que su plan actual cambiara su cobertura a principios del nuevo año natural.

Las reposiciones de transición le permiten obtener cobertura temporal para los medicamentos que no están incluidos en el recetario de su plan o que tienen ciertas restricciones de cobertura (por ejemplo, autorización previa o terapia en etapas).

Las reposiciones de transición no son para los medicamentos nuevos. Solo puede obtener reposiciones de transición para los medicamentos que ya estaba tomando antes de cambiar de planes o antes de que su plan actual cambiara de cobertura.

Las siguientes situaciones describen cuándo puede usted obtener una reposición de transición si no vive en un asilo de ancianos (existen reglas diferentes para las reposiciones de transición para las personas que viven en asilos):

1. Su plan actual está cambiando la forma en que cubre un medicamento cubierto por Medicare que usted estaba tomando.

- Si su plan va a eliminar su medicamento del recetario o va a agregar restricciones de cobertura para el siguiente año natural por motivos no relacionados con la seguridad, el plan debe tomar una de las siguientes acciones:
 - Debe ayudarle a cambiar a un medicamento similar que esté incluido en el recetario de su plan antes del 1.º de enero.
 - O, debe ayudarle a presentar una solicitud de excepción antes del 1.º de enero.
 - O, debe darle una reposición de transición de 30 días dentro de los primeros 90 días del nuevo año natural, junto con un aviso sobre la nueva política de cobertura.

2. Su nuevo plan no cubre un medicamento cubierto por Medicare que usted ha estado tomando.

- Si un medicamento que usted ha estado tomando no está en el recetario de su nuevo plan, este plan debe darle una reposición de transición de 30 días dentro de los primeros 90 días a partir de la fecha en que se inscribió. También debe entregarle un aviso que explique que su reposición de transición es temporal y que le informe sobre sus [derechos de apelación](#).
- Si un medicamento que ha estado tomando está incluido en el recetario de su nuevo plan, pero tiene una restricción de cobertura, este plan debe darle una reposición de transición de 30 días sin restricciones dentro de los primeros 90 días a partir de la fecha en que se inscribió. También debe entregarle un aviso que explique que su reposición de transición es temporal y que le informe sobre sus derechos de apelación.
- En ambos casos, si un medicamento que ha estado tomando no está incluido en la lista de medicamentos cubiertos de su nuevo plan, asegúrese de averiguar si su plan cubre un medicamento similar (pregunte a su médico sobre las posibles alternativas) y, de no ser así, presente una solicitud de excepción. (Si se deniega su solicitud, usted tiene derecho a presentar una apelación).

Nota: Si presenta una solicitud de excepción y su plan no la procesa a más tardar al final del periodo de 90 días de su reposición de transición, su plan debe proporcionarle reposiciones temporales hasta que se complete la excepción.

Recuerde: Todos los planes independientes de la Parte D y los Planes Medicare Advantage que ofrecen cobertura de medicamentos deben proporcionar reposiciones de transición en los casos anteriores. Cuando usted usa su reposición de transición, su plan debe enviarle un aviso por escrito en un plazo de tres días hábiles. El aviso le informará que el suministro es temporal y que usted debe cambiarse a un medicamento cubierto o presentar una solicitud de excepción con el plan.

8. ¿Qué es el periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage?

Durante el periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA OEP, por sus siglas en inglés), usted puede cambiar su Plan Medicare Advantage (excluidas las Cuentas de ahorro para la salud, los planes de costos y los Programas de cuidado todo incluido para ancianos [PACE]) por otro Plan Medicare Advantage o por Medicare original, con o sin un plan independiente de medicamentos recetados. El MA OEP ocurre cada año entre el 1.º de enero y el 31 de marzo. Recuerde que solo puede usar este periodo de inscripción si tiene un Plan Medicare Advantage. Los cambios realizados durante este periodo entran en vigor el primer día del siguiente mes. Por ejemplo, si cambia a un Plan Medicare Advantage nuevo en febrero, su cobertura nueva inicia el 1.º de marzo. A diferencia del periodo de inscripción abierta de Medicare, solo puede hacer un solo cambio durante el MA OEP.

9. ¿Tendré otras oportunidades de cambiar mi cobertura en 2024?

Muchas personas tienen que esperar hasta el periodo de inscripción abierta de Medicare para cambiar su cobertura si no está satisfechas con la misma. Sin embargo, usted puede tener la oportunidad de cambiar su cobertura antes en 2024, dependiendo de sus circunstancias.

Si tiene Ayuda Adicional: si tiene Ayuda Adicional en 2024, usted cuenta con un periodo especial de inscripción (SEP, por sus siglas en inglés) para inscribirse a un plan de la Parte D o para cambiar de planes. Este SEP está disponible una vez cada trimestre natural durante los tres primeros trimestres del año (de enero a marzo, de abril a junio y de julio a septiembre). Si usted usa el SEP de Ayuda Adicional para cambiar su cobertura, el cambio entrará en vigor el primer día del mes siguiente al mes en el cual usted realizó el cambio. Por ejemplo, si usted usó el SEP de Ayuda Adicional para elegir un nuevo plan de medicamentos recetados de la Parte D en marzo, este plan entrará en vigor el 1.º de abril. Si usó su SEP de Ayuda Adicional en un trimestre, tendrá que esperar al siguiente trimestre para hacer otro cambio, a menos que tenga un SEP diferente.

Si se inscribió en un plan por equivocación o debido a información errónea: si se inscribió en un Plan Medicare Advantage o en un plan de la Parte D por error o después de haber recibido información errónea, puede cancelar su inscripción y cambiar de planes. Generalmente, usted tiene derecho a cambiar de planes si:

- Se inscribió de forma accidental: puede haberse inscrito creyendo que se estaba registrando en un plan Medigap para complementar Medicare original o tenía la intención de inscribirse en un plan independiente de la Parte D, pero se inscribió sin querer en un Plan Medicare Advantage.
- Se inscribió con base en información incorrecta o errónea: es posible que lo(a) hayan engañado, por ejemplo, si un representante del plan le dijo que sus médicos son parte de la red del plan, pero en realidad no lo son, o si le prometieron beneficios que el plan no cubre realmente.
- Por un motivo ajeno a usted, se quedó o lo/a mantuvieron en un plan que usted no quería: usted puede hacer un cambio si trató de cambiar de planes durante un periodo de inscripción, pero lo(a) mantuvieron en su plan anterior, o si lo(a) inscribieron en un plan debido a un error administrativo o computacional.

Los pasos que debe tomar para cancelar su inscripción dependen de si ya utilizó los servicios y si el plan pagó por dichos servicios.

- Si usted utilizó cualquier servicio después de inscribirse en el plan (por ejemplo, vio a un médico o surtió una receta) y recibió una denegación de cobertura, debe solicitar una cancelación retroactiva de la inscripción, es decir, una cancelación de la inscripción a partir de la fecha en que se inscribió en el plan. Dependiendo de su situación, podría seleccionar Medicare original (con o sin un plan de la Parte D) o un

Plan Medicare Advantage diferente. Si se le concede una cancelación retroactiva de la inscripción, asegúrese de pedirles a sus proveedores que vuelvan a presentar sus reclamos con su nuevo plan.

- Si usted no ha usado ningún servicio desde que se inscribió en el plan, puede solicitar un periodo especial de inscripción (SEP, por sus siglas en inglés) para cancelar su inscripción al plan. Esta opción puede procesarse más rápidamente que una cancelación retroactiva de la inscripción. Si se concede su solicitud, se cancelará su inscripción al plan a finales del mes en el cual usted hizo la solicitud. Para prevenir interrupciones en la cobertura, regístrese en una nueva cobertura inmediatamente después de cancelar la inscripción al plan que usted no quería.

Para solicitar una cancelación retroactiva o un SEP, llame al 1-800-MEDICARE y explíquelo al representante de Atención al Cliente exactamente cómo se inscribió en el plan por equivocación.

Si reúne los requisitos para otro periodo especial de inscripción (SEP): Existen diferentes circunstancias en las cuales usted puede hacer cambios a su cobertura de salud/medicamentos de Medicare. Por ejemplo, usted tiene un SEP si se muda fuera del área de servicio de su plan, si su Plan Medicare Advantage eliminó una cantidad significativa de proveedores de su red o si usted se inscribió en algunos Programas estatales de asistencia farmacéutica (SPAP, por sus siglas en inglés).

Si necesita hacer cambios a su cobertura, pero no sabe si reúne los requisitos para un SEP, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés) para obtener más información. La información de contacto de su SHIP se encuentra en la última página de este documento.

9. ¿Qué son los Beneficios de Salud del Servicio Postal?

El programa de Beneficios de Salud del Servicio Postal (PSHB, por sus siglas en inglés) es un nuevo programa que ofrece seguro de salud a los empleados elegibles del Servicio Postal, a los pensionistas (jubilados) del Servicio Postal y a sus familiares elegibles. El PSHB reemplazará la cobertura de Beneficios de Salud para Empleados Federales (FEHB, por sus siglas en inglés) para estos grupos elegibles a partir de 2025. Algunos pensionistas del Servicio Postal elegibles para el PSHB pueden desear inscribirse en Medicare Parte B mientras hacen la transición del FEHB al PSHB. Pueden hacer esto usando un periodo especial de inscripción que durará del 1.º de abril de 2024 al 30 de septiembre de 2024.

Las cartas de elegibilidad se enviarán a los pensionistas y familiares elegibles a principios de 2024. El Servicio Postal de los Estados Unidos (USPS, por sus siglas en inglés) ha creado dos hojas informativas sobre este nuevo programa: una para los [empleados postales actuales](#) y otra para los [pensionistas postales](#). Puede leer más acerca de los próximos cambios en estas hojas informativas. Estas hojas informativas y más se encuentran en la sección de beneficios de www.liteblue.usps.gov. También proporcionaremos más información sobre el PSHB y qué significa para algunos beneficiarios de Medicare en los materiales de Medicare Minute de abril sobre la cobertura del FEHB.

10. ¿Recibiré una tarjeta nueva de Medicare?

No, usted no recibirá una tarjeta nueva de Medicare. A partir de abril de 2018, los CMS enviaron nuevas tarjetas de Medicare a todos los beneficiarios. A finales de enero de 2019, todos los beneficiarios habían recibido sus tarjetas nuevas de Medicare, las cuales estaban diseñadas para brindar una mejor protección en contra del robo de identidad al eliminar el número del Seguro Social. Aunque se ha completado la entrega de estas tarjetas actualizadas, las estafas relacionadas con las tarjetas nuevas continúan.

Por ejemplo, los estafadores pueden decirle falsamente que Medicare está emitiendo una tarjeta nueva o actualizada, tal vez una tarjeta de plástico, de metal o con un chip. Los estafadores pueden decirle que para poder enviarle su nueva tarjeta de Medicare, usted necesitará verificar su identidad. Lo que están tratando de hacer es obtener su información personal o financiera.

Estas son algunas señales de advertencia que debe tomar en cuenta:

- Llamadas no solicitadas de alguien que dice ser parte de Medicare.
- Cualquier persona que necesite su información para poder enviarle una tarjeta actualizada de Medicare.
- Cualquier persona que diga que su tarjeta va a vencer y que le cobrarán una multa si no obtiene una nueva.
- Cualquier persona que diga que Medicare está emitiendo tarjetas nuevas y que usted necesita verificar su número.

Si cree que ha experimentado un posible fraude, comuníquese con su Patrulla de Medicare para Adultos Mayores (SMP, por sus siglas en inglés). La información de contacto de su SMP local se encuentra en la última página de este documento.

11. ¿A quién debo contactar si tengo preguntas sobre mi cobertura de Medicare para 2024?

1-800-MEDICARE (800-633-4227): llame al 1-800-MEDICARE para solicitar otra copia del manual *Medicare & You* (*Medicare y usted*) o para obtener más información sobre su cobertura de 2024.

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés): comuníquese con su SHIP si tiene preguntas acerca de los cambios en los costos y la cobertura de su Medicare en 2024, para que le ayuden a entender los SEP o para obtener información sobre los programas que pueden ayudarle con los costos de Medicare. Los asesores del SHIP brindan asesoría y asistencia imparcial sobre Medicare. La información de contacto de su SHIP se encuentra en la última página de este documento.

Plan Medicare Advantage o plan de la Parte D: si usted tiene un Plan Medicare Advantage o plan de la Parte D, comuníquese con su plan para preguntar sobre los cambios en sus costos o cobertura para 2024.

Patrulla de Medicare para Adultos Mayores (SMP, por sus siglas en inglés): comuníquese con su SMP si cree que ha experimentado 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.

Estudio de caso práctico de SHIP

Leonardo tiene Medicare original y un plan independiente de la Parte D. En enero de 2024, le diagnosticaron una condición que requiere que tome un nuevo medicamento recetado. Leonardo llama a su plan de la Parte D y le dicen que el medicamento no está incluido en la lista de medicamentos cubiertos del plan.

¿Qué debe hacer Leonardo?

- Leonardo puede llamar a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés) para obtener ayuda.

- Si no sabe cómo comunicarse con su SHIP, puede llamar al 877-839-2675 o visitar www.shiphelp.org.
- El asesor del SHIP puede hablar con Leonardo sobre las excepciones a la lista de medicamentos cubiertos.
 - El asesor del SHIP puede ayudar a Leonardo a solicitar una excepción a la lista de medicamentos cubiertos y puede explicarle cómo pedirle a su médico que escriba una carta que respalde que, en su caso, el medicamento es necesario por razones médicas.
- El asesor del SHIP también puede informarle a Leonardo sobre las oportunidades que tiene para cambiar de cobertura el año que viene.
 - Si Leonardo tiene Ayuda Adicional, puede ser elegible para un periodo especial de inscripción para cambiar de planes de medicamentos una vez por trimestre natural en los primeros tres trimestres del año.
 - También puede reunir los requisitos para un periodo especial de inscripción si, por ejemplo, se inscribe en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP, por sus siglas en inglés) o se muda fuera del área de servicio de su plan actual. El asesor del SHIP puede hablar con Leonardo sobre todos los posibles periodos especiales de inscripción para averiguar si reúne los requisitos.

Estudio de caso práctico de la SMP

María tiene 66 años de edad y tiene Medicare original. Le sorprendió recibir una llamada de Medicare para decirle que recibirá una nueva tarjeta este año. La persona que llamó solo necesitaba que María compartiera su número de Seguro Social y su dirección para verificar su número de Medicare. María estaba a punto de entrar al consultorio de su médico, así que dijo que le devolvería la llamada más tarde al número que la persona que llamó le proporcionó. María sintió que algo estaba mal, pero su esposo le dijo que a él le enviaron una tarjeta nueva hace algunos años, así que podría ser algo que hacen periódicamente.

¿Qué debe hacer María?

- María debe llamar a su SMP local.
 - Si no sabe cómo comunicarse con su SMP local, puede visitar www.smpresource.org o llamar al 877-808-2468.
- Un integrante del equipo de la SMP puede decirle a María que los beneficiarios de Medicare no están recibiendo tarjetas nuevas y que es probable que la llamada sea una estafa. Medicare no le llamará sin avisar para pedirle información personal por teléfono. Si llegara a emitirse una tarjeta nueva de Medicare, le avisarían por correo postal. María no debe devolverle la llamada a esa persona.
- El integrante del equipo de la SMP le recomendará que, en el futuro, María les cuelgue de inmediato a las personas que dicen provenir de Medicare, a menos que haya hecho una solicitud reciente de devolución de llamada a la línea de Atención al Cliente de Medicare.
- El integrante del equipo de la SMP puede invitar a María a que siga protegiendo su información personal cuando reciba llamadas telefónicas de personas desconocidas.

Información de contacto del SHIP local	Información de contacto de la SMP local
Línea gratuita de SHIP: 800-247-4422 Correo electrónico del SHIP: idahoshiba@doi.idaho.gov Sitio web del SHIP: shiba.idaho.gov Para encontrar un SHIP en otro estado: Llame al 877-839-2675 y diga “Medicare” cuando se lo pidan o visite www.shiphelp.org .	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 Para encontrar una SMP en otro estado: Llame al 877-808-2468 o visite www.smpresource.org .
<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> Centro de Soporte Técnico de SHIP: 877-839-2675 www.shiptacenter.org info@shiptacenter.org Centro de Recursos de la SMP: 877-808-2468 www.smpresource.org info@smpresource.org © 2023 Medicare Rights Center www.medicareinteractive.org 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.	