

## Recomendaciones sobre la consejería – Enero de 2025

### Novedades en 2025

#### 1. ¿Han cambiado los costos de Medicare Parte A (seguro de hospital) en 2025?

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, cierta asistencia médica a domicilio y los hospicios. Revise su manual *Medicare y usted* de 2025 (consulte la pregunta 9) 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: 2024 vs. 2025		
	2024	2025
<b>Prima de la Parte A</b>	<b>\$0 al mes</b> si ha trabajado más de 10 años	<b>\$0 al mes</b> si ha trabajado más de 10 años
	<b>\$278 al mes</b> si ha trabajado entre 7.5 y 10 años	<b>\$285 al mes</b> si ha trabajado entre 7.5 y 10 años
	<b>\$505 al mes</b> si ha trabajado menos de 30 trimestres (7 años y medio)	<b>\$518 al mes</b> si ha trabajado durante menos de 30 trimestres (7 años y medio)
<b>Deducible de hospital</b>	<b>\$1,632</b> en cada periodo de beneficios	<b>\$1,676</b> en cada periodo de beneficios
<b>Coseguro de hospital</b>	<b>\$0 al día</b> para los días 1 a 60 una vez que haya cubierto su deducible	<b>\$0 al día</b> para los días 1 a 60 una vez que haya cubierto su deducible
	<b>\$408 al día</b> para los días 61 a 90 de cada periodo de beneficios	<b>\$419 al día</b> para los días 61 a 90 de cada periodo de beneficios
	<b>\$816 al día</b> para los días 91 a 150 (días de reserva de por vida no renovables)	<b>\$838 al día</b> para los días 91 a 150 (días de reserva de por vida no renovables)
<b>Coseguro de centros de enfermería especializada</b>	<b>\$0 al día</b> 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)	<b>\$0 al día</b> 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)
	<b>\$204 al día</b> para los días 21 a 100 en cada periodo de beneficios	<b>\$209.50 al día</b> 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 2025 que tenía en 2024, 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 2025.

## 2. ¿Han cambiado los costos de Medicare Parte B (seguro médico) en 2025?

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.

Costos de la Parte B de Medicare original: 2024 vs. 2025		
	2024	2025
<b>Prima de la Parte B*</b>	\$174.70 al mes	\$185 al mes
<b>Deducible de la Parte B</b>	\$240 al año	\$257 al año
<b>Coseguro de la Parte B</b>	20 % para la mayoría de los servicios	20 % para la mayoría de los servicios

\*Si sus ingresos anuales son superiores a \$106,000 para una sola persona (\$212,000 para una pareja), usted pagará una prima de la Parte B más alta. Visite [www.medicare.gov](http://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 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 2025 que tenía en 2024, 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 2025.

## 3. ¿Han cambiado los costos de Medicare Parte D (cobertura de medicamentos recetados) en 2025?

Sí. Cada año, los planes de la Parte D hacen cambios a sus primas, deducibles y copagos. Durante el año, usted avanza por las etapas de cobertura. En cada etapa de cobertura, sus costos serán diferentes. En 2025, puede esperar los cambios anuales normales en los costos de su plan y un cambio importante en la forma en que funcionan las etapas de cobertura (consulte la pregunta 4). Recuerde que hay dos formas de obtener la cobertura de la Parte D: a través de un plan independiente de la Parte D o como parte de un Plan Medicare Advantage. Esta información sobre los costos de la Parte D aplica a ambos tipos de cobertura de la Parte D.

Si tiene cobertura de medicamentos recetados de Medicare, su plan debió haberle avisado sobre cualquier cambio en los costos de dicho plan en 2025. Los planes de la Parte D pueden cambiar los medicamentos que cubren, sus redes de farmacias y sus costos (por ejemplo, primas, copagos y deducibles) cada año. Su plan de la

Parte D debe haberle enviarle un ANOC o EOC para informarle sobre los beneficios, costos y medicamentos cubiertos de su plan para 2025. 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 2025.

Si usted tiene la Parte D, es muy probable que haya cambios significativos para 2025, debido a que los cambios en la ley que establece las reglas para el beneficio de la Parte D hicieron que la cobertura sea más generosa: ahora hay un límite de \$2,000 en los costos del propio bolsillo para los medicamentos cubiertos. Medicare está tomando pasos para estabilizar las primas de la Parte D durante esta transición hacia una cobertura más generosa para los costos del propio bolsillo. Medicare está limitando el aumento de la prima base a no más del 6 % por encima de la cantidad del año anterior. La prima base es el costo promedio de los beneficios básicos en todos los planes de la Parte D. Mientras que las primas de los planes individuales de la Parte D pueden aumentar más del 6 %, la prima básica promedio de todos los planes no puede hacer esto. Esto resulta en un incremento en la prima promedio de \$2 al mes para los beneficiarios de la Parte D. Las primas de los planes individuales, particularmente las de los planes con beneficios mejorados, pueden cambiar de manera más significativa.

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 de su plan.

<b>Costos de Medicare Parte D: 2024 vs. 2025</b>		
	<b>2024</b>	<b>2025</b>
<b>Prima base de la Parte D</b>	<b>\$34.70</b>	<b>\$36.78</b>
<b>Deducible máximo para la Parte D</b>	<b>Hasta \$545 al año</b>	<b>Hasta \$590 al año</b>
<b>Límite del periodo sin cobertura de la Parte D</b>	<b>\$5,030</b>	<b>Ninguno</b>
<b>Límite de la cobertura contra catástrofes de la Parte D</b> Usted paga \$0 por los medicamentos cubiertos después de que sus costos compartidos para los medicamentos cubiertos alcancen esta cantidad.	<b>\$8,000</b>	<b>\$2,000</b>

#### **4. ¿Cómo cambiarán las etapas de cobertura de la Parte D en 2025?**

A partir de 2025, los costos anuales de su propio bolsillo de la Parte D tienen un límite de \$2,000. Después de alcanzar esta cantidad de costos del propio bolsillo, usted no pagará nada por los medicamentos cubiertos durante el resto del año. Este nuevo límite cambia las etapas de cobertura de la Parte D.

Anteriormente, había cuatro etapas de cobertura de la Parte D: la etapa del deducible, el periodo de cobertura inicial, el periodo sin cobertura (también conocido como interrupción de la cobertura) y la cobertura contra catástrofes. A partir de 2025, solo habrá tres etapas de cobertura:

**Periodo de deducible:** hasta que cubra su deducible de la Parte D, usted pagará el precio negociado total por la mayoría de 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 \$590 en 2025, y algunos planes no tienen un deducible. Algunos planes disminuyen los costos de medicamentos específicos en el deducible y algunos medicamentos, como la insulina, cuyos costos tienen un límite de \$35, y las vacunas con cobertura del 100 % no están sujetas al deducible en ningún plan.

**Periodo de cobertura inicial:** después de cubrir su deducible, los costos de sus medicamentos recetados cubiertos se dividen entre usted y su plan. Su plan pagará parte del costo y usted pagará un copago o coseguro.

**Cobertura contra catástrofes:** después de llegar al límite de \$2,000, usted paga \$0 por los medicamentos recetados cubiertos.

Los costos que cuentan para el límite del deducible y el límite de \$2,000 son sus costos verdaderos del propio bolsillo (TrOOP, por sus siglas en inglés). Estos son los costos que usted gasta en medicamentos cubiertos de la Parte D o que ciertas terceras partes gastan en su nombre en medicamentos cubiertos.

Incluyen pagos de:

- Apoyo para los costos compartidos de Ayuda Adicional
- Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP, por sus siglas en inglés)
- Servicio de Salud Indígena y otras organizaciones específicas de indígenas estadounidenses
- Programa de Asistencia con los Medicamentos para el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés)
- Amigos o familiares que pagan por sus medicamentos recetados

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 está incluida en sus estados de cuenta mensuales. Recuerde que solo los costos asociados con los medicamentos cubiertos le ayudan a avanzar por las etapas de cobertura. Si usted gasta dinero en medicamentos no cubiertos, dichos costos **no** le ayudarán a cubrir su deducible o a alcanzar el límite anual.

## **5. ¿Qué es el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare (MPPP, por sus siglas en inglés)?**

A partir de 2025, usted tiene la opción de inscribirse en un plan de pago para los costos de su propio bolsillo de la Parte D. El MPPP le permite distribuir los costos de sus medicamentos durante el año, con el objetivo de ayudarle a administrar sus gastos mensuales. Por ejemplo, si cree que alcanzará el límite anual de la Parte D rápidamente debido a medicamentos costosos, puede distribuir estos costos a lo largo del año, en lugar de pagar mucho en los primeros meses del año y nada en los meses posteriores del año. Tome en cuenta que el MPPP no cambia ni reduce los costos de sus medicamentos.

Los planes de la Parte D deben incluir información sobre el MPPP en sus materiales de comunicación, por ejemplo, avisos del plan o en su sitio web. No cuesta nada participar en el programa. Aunque puede participar en el programa en cualquier momento, es probable que no vea un beneficio significativo si participa en los últimos meses del año. Si cambia de planes de la Parte D a mediados de año, su participación en el MPPP terminará y debe participar con su nuevo plan.

Cuando usted se inscribe en el MPPP, su plan le informará a la farmacia sobre su elección. Usted debe pagar \$0 en la farmacia por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Su plan pagará el costo compartido al momento de la compra y le enviará facturas mensuales a usted por los costos compartidos. Usted no paga ninguna tarifa o interés, incluso si se retrasa en el pago.

## 6. ¿Cómo va a cambiar la cobertura de telesalud en 2025?

Antes de la emergencia de salud pública (PHE, por sus siglas en inglés) del COVID-19, la cobertura de telesalud de Medicare estaba muy limitada. Por ejemplo, antes de la PHE, los servicios de telesalud:

- Generalmente, solo estaban cubiertos en las áreas rurales y usted de todos modos tenía que ir a un "sitio de origen" específico (a menudo un consultorio médico o clínica diferente) para recibir telesalud.
- Generalmente, solo estaban cubiertos si se proporcionaban a través de tecnología interactiva de audio y video bidireccional
- Estaban limitados a ciertos proveedores, como médicos y personal de enfermería practicante

Durante la PHE, la cobertura de telesalud se expandió temporalmente para incluir más flexibilidades y permitir que más personas recibieran atención desde sus hogares. Por ejemplo, durante la PHE y hasta el 31 de diciembre de 2024, los servicios de telesalud:

- Estaban cubiertos para todos los beneficiarios en cualquier área geográfica, en su hogar, además de entornos de atención de salud
- A veces, se proporcionaban usando audio únicamente
- Los proporcionaba cualquier profesional de atención de salud elegible para facturar a Medicare

Después del 31 de diciembre de 2024, la mayoría de los servicios de telesalud volverán a estar más limitados: Solo algunas de las flexibilidades de la PHE se han vuelto permanentes. Por ejemplo, a partir de 2025, los servicios de telesalud:

- Seguirán estando disponibles independientemente del área geográfica para ciertos tipos de atención
  - Por ejemplo: atención de salud mental/del comportamiento, visitas mensuales relacionadas con la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés) para diálisis a domicilio, capacitación de autocontrol de la diabetes y terapia de nutrición de Medicare
- Se podrán realizar usando plataformas de comunicación solo de audio para la atención de salud mental/del comportamiento
- Estarán sujetos a restricciones previas a la PHE para otros tipos de atención

## 7. ¿Cambiarán los periodos especiales de inscripción (SEP, por sus siglas en inglés) en 2025?

Sí. Hay dos nuevos SEP disponibles para las personas con doble elegibilidad y/o para las personas elegibles para Ayuda Adicional (también conocida como Subsidio para Personas de Bajos Ingresos o LIS, por sus siglas en inglés).

- **SEP para personas con doble elegibilidad/LIS:** usted es elegible para este SEP si, además de Medicare, tiene Medicaid, un Programa de Ahorros de Medicare (MSP, por sus siglas en inglés) o Ayuda Adicional. Puede hacer un cambio una vez al mes, ya sea de un Plan Medicare Advantage a Medicare original con un plan independiente de la Parte D, o de un plan independiente de la Parte D a

otro plan independiente de la Parte D. No puede usar este SEP para inscribirse en un nuevo Plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados.

- **Nota:** Este SEP reemplaza el SEP anterior para las personas con Medicaid, un MSP o Ayuda Adicional que les permitía cambiar de cobertura de medicamentos recetados una vez por trimestre dentro de los tres primeros trimestres del año.
- **SEP para la atención integrada:** usted es elegible para este SEP si tiene Medicare y Medicaid. Puede hacer un cambio una vez al mes a ciertos Planes de Necesidades Especiales que cumplen con los requisitos federales para la integración y que ofrecen un plan de Medicaid en su estado. Este SEP solo puede usarse para inscribirse en ambas partes de Medicare y Medicaid de un plan, en otras palabras, para alinear la inscripción con un Plan de Necesidades Especiales de doble elegibilidad (D-SNP, por sus siglas en inglés) o un Plan Integrado Aplicable (AIP, por sus siglas en inglés) y una Organización de Atención Administrada (MCO, por sus siglas en inglés) de Medicaid.

## 8. ¿De qué forma ha cambiado la cobertura de Medicare para las personas bajo la custodia de las autoridades penales?

Medicare no cubrirá un servicio si los beneficiarios no son económicamente responsables por la atención o si otra entidad gubernamental está obligada a proporcionar o pagar el artículo o servicio. Por ejemplo, Medicare no cubrirá la atención médica cuando alguien está en prisión, ya que la ley federal y estatal requiere que la institución proporcione y pague la atención médica necesaria. Durante años, Medicare utilizó una definición extremadamente amplia de la custodia con respecto a las personas bajo la custodia de las autoridades penales. Además de las personas detenidas físicamente en cárceles y prisiones, las reglas creaban un obstáculo para el pago de la atención de las personas en libertad bajo fianza, libertad bajo palabra, libertad condicional, arresto domiciliario y casas de reinserción social. Esto significaba que a las personas que vivían en la comunidad y que necesitan y recibían atención de proveedores sin conexión con la autoridad penal se les denegaba la cobertura de Medicare.

Los CMS han actualizado esta regla para alinear a Medicare con las realidades funcionales de las prácticas modernas de justicia penal al eliminar la prohibición del pago para las personas que están en libertad bajo fianza, libertad bajo palabra, libertad condicional y arresto domiciliario o que deben vivir en casas de reinserción social.

Como parte de este cambio, los CMS también están actualizando la definición de custodia para los fines del periodo especial de inscripción para las personas que estuvieron en la cárcel recientemente. Esto permitirá que las personas a las que se ha liberado de la detención física y que están en libertad bajo fianza, libertad bajo palabra, libertad condicional o arresto domiciliario, y las personas que deben vivir en casas de reinserción social, se inscriban o reinscriban en Medicare Parte B sin tener que esperar a que dicho estatus termine para restablecer la cobertura de Medicare. Este cambio incrementará el acceso a la atención durante una transición complicada. Esto también incrementará la simplicidad administrativa, ya que se alinea más de cerca con los criterios de la Administración del Seguro Social para determinar el estatus de encarcelamiento.

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

*Medicare y usted* 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 y usted* 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](http://www.medicare.gov).

## 10. ¿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 sus reglas de 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 sus reglas 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.

### **11. ¿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 de la inscripción abierta de otoño, usted solo puede hacer un cambio único durante el MA OEP.

### **12. ¿Tendré otras oportunidades de cambiar mi cobertura en 2025?**

Muchas personas tienen que esperar hasta la inscripción abierta de otoño para cambiar su cobertura si no están satisfechas con dicha cobertura. Sin embargo, usted puede tener la oportunidad de cambiar su cobertura antes en 2025, dependiendo de sus circunstancias.

Si usted tiene Medicaid, un MSP o Ayuda Adicional: si tiene Medicaid, un MSP o Ayuda Adicional, tiene un periodo especial de inscripción (SEP, por sus siglas en inglés) para inscribirse en un plan independiente de la Parte D o para cambiar entre planes independientes de la Parte D. Este SEP está disponible una vez al mes y no puede usarse para inscribirse en un Plan Medicare Advantage (consulte la pregunta 7).

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 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 mantuvieron en su plan anterior, o si lo 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 a 1-800-MEDICARE (633-4227) 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 local se encuentra en la última página de este documento.

### **13. ¿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.

#### **14. ¿A quién debo contactar si tengo preguntas sobre mi cobertura de Medicare para 2025?**

**1-800-MEDICARE (800-633-4227):** llame a 1-800-MEDICARE (633-4227) para solicitar otra copia de su manual *Medicare y usted* o para obtener más información sobre su cobertura de 2025.

**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 2025, 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 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 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.

**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 2025.

#### **Estudio de caso práctico de SHIP**

Leonardo tiene Medicare original y un plan independiente de la Parte D. En enero de 2025, 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.shiptacenter.org](http://www.shiptacenter.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 Medicaid, un MSP o Ayuda Adicional, puede ser elegible para un SEP para cambiar de planes de medicamentos una vez al mes.
  - También puede reunir los requisitos para un periodo especial de inscripción si, por ejemplo, se inscribe en un Programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP) 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**

Lola tiene 66 años de edad y tiene Medicare original. Hace poco, recibió una llamada de Medicare en la que le dijeron que iba a recibir una nueva tarjeta este año. La persona que llamó tenía su dirección, pero solo necesitaba confirmar con ella su número del Seguro Social para verificar su número de Medicare para su nueva tarjeta. Lola estaba confundida porque tenía una tarjeta y estaba a punto de entrar al consultorio de su médico, así que dijo que llamaría más tarde ese mismo día. Lola quería volver a llamar al número más tarde porque su esposo le dijo que a él le enviaron una tarjeta nueva hace algunos años, así que esto podría ser algo que hacen periódicamente. También le preocupa que si no recibe esta tarjeta nueva, deje de tener acceso a sus beneficios de Medicare.

### **¿Qué debe hacer Lola?**

- Lola debe llamar a su SMP local.
  - Si no sabe cómo comunicarse con su SMP local, puede visitar [www.smpresource.org](http://www.smpresource.org) o llamar al 877-808-2468.
- Un integrante del equipo de la SMP puede decirle a Lola 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. Lola no debe devolverle la llamada a esa persona.
- El integrante del equipo de la SMP recomendará que, en el futuro, Lola les cuelgue inmediatamente a las personas que dicen llamar de parte de Medicare.
- El integrante del equipo de la SMP puede invitar a Lola 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
<p><b>Línea gratuita de SHIP:</b> 800-247-4422  <b>Correo electrónico del SHIP:</b> idahoshiba@doi.idaho.gov  <b>Sitio web del SHIP:</b> shiba.idaho.gov</p> <p><b>Para encontrar un SHIP en otro estado:</b>  Llame al 877-839-2675 y diga “Medicare” cuando se lo pidan o visite <a href="http://www.shiphelp.org">www.shiphelp.org</a>.</p>	<p><b>Línea gratuita de la SMP:</b> 800-247-4422  <b>Correo electrónico de la SMP:</b> idahoshiba@doi.idaho.gov  <b>Sitio web de la SMP:</b> <a href="https://aging.idaho.gov/stay-safe/senior-medicare-patrol-fraud-prevention/">https://aging.idaho.gov/stay-safe/senior-medicare-patrol-fraud-prevention/</a></p> <p><b>Para encontrar una SMP en otro estado:</b>  Llame al 877-808-2468 o visite <a href="http://www.smpresource.org">www.smpresource.org</a>.</p>
<p><i>Este documento está respaldado por la Administración de Vida Comunitaria (ACL, por sus siglas en inglés) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (HHS, por sus siglas en inglés), como parte de una concesión de ayuda económica con un total de \$2,534,081, de los cuales el 100 por ciento está financiado por ACL/HHS. El contenido pertenece al autor o autores y no representa necesariamente los puntos de vista oficiales, ni el respaldo, de ACL/HHS ni del gobierno estadounidense.</i></p> <p>Centro de Soporte Técnico de SHIP: 877-839-2675   <a href="http://www.shiphelp.org">www.shiphelp.org</a>   <a href="mailto:info@shiptacenter.org">info@shiptacenter.org</a>  Centro de Recursos de la SMP: 877-808-2468   <a href="http://www.smpresource.org">www.smpresource.org</a>   <a href="mailto:info@smpresource.org">info@smpresource.org</a>  © 2024 Medicare Rights Center   <a href="http://www.medicareinteractive.org">www.medicareinteractive.org</a></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>	