

## **Materiales educativos del programa Medicare Minute – Julio de 2024**

### **Programas de ahorro en los costos**

#### **1. ¿Qué son los Programas de Ahorros de Medicare (MSP, por sus siglas en inglés)?**

Los Programas de Ahorros de Medicare, también conocidos como programas "Buy-In" de Medicare o Programas de Pago de Primas de Medicare, le ayudan a pagar sus costos de Medicare si usted tiene ingresos y ahorros limitados. Hay tres programas principales, cada uno con diferentes beneficios y requisitos de elegibilidad. Si usted es elegible para uno de los tres MSP principales, su prima mensual de Medicare Parte B ya no se deducirá de su cheque del Seguro Social. Asimismo, le inscribirán automáticamente en Ayuda Adicional, el programa federal que ayuda con los costos de los medicamentos recetados de la Parte D (consulte la pregunta 9). Cada MSP también ofrece beneficios por separado (consulte la pregunta 2). No puede elegir presentar una solicitud para un MSP específico; se le inscribirá en el MSP que corresponda a sus ingresos, bienes (si aplica en su estado) y otros detalles de la solicitud.

#### **2. ¿Cuáles son las diferencias entre los tres MSP principales?**

Antes que nada, tome en cuenta que no todos los estados tienen tres MSP principales (algunos tienen más o menos) y los MSP pueden tener nombres diferentes. Sin embargo, los tres MSP principales son los siguientes:

**Beneficiario calificado (QI, por sus siglas en inglés):** si está inscrito(a) en el programa de QI, usted puede recibir hasta tres meses de reembolso retroactivo para las primas de la Parte B deducidas de su cheque del Seguro Social. Tome en cuenta que solo se le pueden reembolsar las primas pagadas hasta tres meses antes de la fecha de entrada en vigor de su MSP y dentro del mismo año de la fecha de entrada en vigor. Por ejemplo, si entregó una solicitud para el MSP a finales de 2024 y le aprueban para febrero de 2025, usted solo puede recibir un reembolso de primas para enero de 2025 porque no se le pueden reembolsar las primas pagadas en el año anterior. Si la fecha de entrada en vigor de su QI es abril de 2025, usted recibiría reembolsos de primas para enero, febrero y marzo. No puede tener QI y Medicaid al mismo tiempo.

**Beneficiario Especificado de Bajos Ingresos de Medicare (SLMB, por sus siglas en inglés):** si está inscrito(a) en el programa SLMB, usted puede recibir hasta tres meses de reembolso retroactivo para las primas de la Parte B. A diferencia del QI, le pueden reembolsar las primas del año calendario anterior. Por ejemplo, si entregó una solicitud del MSP a finales de 2024 y le aprueban para febrero de 2025, le pueden reembolsar las primas pagadas en noviembre y diciembre de 2024, así como en enero de 2025. Usted puede tener SLMB y Medicaid.

**Beneficiario Calificado de Medicare (QMB, por sus siglas en inglés):** a diferencia del QI y del SLMB, el QMB no ofrece reembolso retroactivo de primas y solo cubre los costos de las primas para los meses posteriores a su solicitud del beneficio. Sin embargo, el QMB ofrece cobertura para los costos compartidos de Medicare y la ley federal les prohíbe a los proveedores de Medicare que le cobren a usted las cantidades de los costos compartidos si está inscrito(a) en el QMB. Esto quiere decir que los proveedores de Medicare no deben enviarle facturas por ningún servicio cubierto por Medicare que usted reciba. Asimismo, si tiene que pagar primas de la Parte A debido a que no cuenta con 10 años de historial laboral documentado en los Estados Unidos, el QMB pagará la prima de la parte A por usted. Puede tener QMB y Medicaid.

Nota: El Programa de Individuos Trabajadores Discapacitados Calificados (QDWI, por sus siglas en inglés) es el cuarto MSP y paga únicamente la prima de Medicare Parte A. Para ser elegible para el QDWI, usted debe:

- Tener menos de 65 años de edad
- Estar trabajando, pero seguir teniendo un impedimento discapacitante
- Tener ingresos y bienes limitados
- Y aún no ser elegible para Medicaid.

### **3. ¿Cuáles son los límites de ingresos y bienes del Programa de Ahorros de Medicare?**

Para ser elegible para un MSP, usted debe cumplir con los límites de ingresos y bienes de su estado. A continuación se encuentran los límites federales de referencia de ingresos y bienes de cada MSP para 2024. La mayoría de los estados utiliza estos límites, pero algunos estados tienen diferentes lineamientos. Por ejemplo, algunos estados tienen límites de ingresos más altos, incluidos Alaska, Connecticut, el Distrito de Columbia (D.C.), Hawái y Maine. Los siguientes estados no aplican límites de bienes: Alabama, Arizona, Connecticut, Delaware, D.C., Luisiana, Mississippi, Nueva York, Oregon y Vermont.

#### **Beneficiario calificado (QI, por sus siglas en inglés)**

Límites de ingresos mensuales brutos: 135 % de la Línea Federal de Pobreza (FPL, por sus siglas en inglés) + \$20\*

- En la mayoría de los estados: \$1,715 por individuo (\$2,320 por pareja)
- Límite de bienes: \$9,430 por individuo (\$14,130 por pareja)

#### **Beneficiario Especificado de Bajos Ingresos de Medicare (SLMB, por sus siglas en inglés)**

Límites de ingresos mensuales brutos: 120 % FPL + \$20

- En la mayoría de los estados: \$1,526 por individuo (\$2,064 por pareja)
- Límite de bienes: \$9,430 por individuo (\$14,130 por pareja)

#### **Beneficiario Calificado de Medicare (QMB, por sus siglas en inglés)**

Límites de ingresos mensuales brutos: 100 % de la Línea Federal de Pobreza (FPL, por sus siglas en inglés) + \$20

- En la mayoría de los estados: \$1,275 por individuo (\$1,724 por pareja)
- Límite de bienes: \$9,430 por individuo (\$14,130 por pareja)

\*Las cantidades mencionadas incluyen una exclusión estándar de ingresos de \$20. Su estado también puede excluir otros ingresos. Comuníquese con su oficina local de Medicaid o con el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés) para obtener información y los lineamientos estatales específicos. La información de contacto de su SHIP se encuentra en la última página de este documento.

### **4. Si parece que mis ingresos superan un poco los lineamientos de ingresos y bienes del Programa de Ahorros de Medicare de mi estado, ¿debería presentar una solicitud de todos modos?**

Sí. Esto se debe a que usted podría ser elegible para un MSP debido a que ciertos ingresos y bienes podrían no tomarse en cuenta al momento de determinar su elegibilidad. En todos los estados, los siguientes ingresos no se toman en cuenta:

- Los primeros 20 dólares de sus ingresos mensuales
- Los primeros 65 dólares de su salario mensual
- La mitad de su salario mensual (después de deducir los 65 dólares)

- Estampillas para alimentos (apoyo del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria [SNAP, por sus siglas en inglés])

Algunos estados excluyen una mayor cantidad de sus ingresos mensuales que los ejemplos antes mencionados.

En todos los estados, los siguientes bienes no se toman en cuenta:

- Su vivienda principal
- Un vehículo
- Artículos domésticos y anillos de matrimonio/compromiso
- Lotes para sepulcro
- Fondos para sepelios de hasta \$1,500 por persona
- Seguro de vida con un valor en efectivo de menos de \$1,500

Recuerde que la forma en que se toman en cuenta sus ingresos y bienes para determinar la elegibilidad depende del estado. Llame a su oficina local de Medicaid o SHIP para averiguar si es elegible para un MSP en su estado. La información de contacto de su SHIP se encuentra en la última página de este documento.

## 5. ¿Cómo puedo presentar una solicitud para un MSP?

Las solicitudes y los documentos requeridos varían según el estado. Antes de presentar una solicitud para un MSP, debe llamar a su oficina local de Medicaid para obtener los pasos de la solicitud, información sobre la entrega (en línea, por correo postal, por cita o a través de centros comunitarios de salud y otras organizaciones) y otros lineamientos específicos del estado. También puede llamar a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés) para averiguar si es elegible para un MSP en su estado o para obtener ayuda con su solicitud. Antes de enviar su solicitud, asegúrese de sacar y guardar una copia. Si está en una oficina de Medicaid, pídale que le entreguen una copia.

Le enviarán un Aviso de acción dentro de los 45 días siguientes a haber presentado una solicitud. Este aviso le informará sobre el estatus de su solicitud. Si recibe una denegación y le dicen que no es elegible para un MSP, usted tiene el derecho de solicitar una audiencia justa para impugnar la decisión. Si recibe una aprobación:

- Y le dicen que es elegible para SLMB o QI, el estado pagará su prima de la Parte B a partir del mes indicado en su Aviso de acción. Sin embargo, pueden pasar varios meses antes de que la prima de la Parte B (\$174.70 en 2024) vuelva a agregarse a su cheque mensual del Seguro Social. No se preocupe, le reembolsarán con un cheque con el pago total por cada mes en que su prima debe pagarse.
- Y si es elegible para QMB, sus beneficios iniciarán el mes siguiente.

Si no recibe un Aviso de acción en un plazo de 45 días, comuníquese con la oficina de Medicaid donde presentó la solicitud.

Nota: Algunos Planes Medicare Advantage ofrecen ayuda a los beneficiarios con la solicitud del MSP. Los planes pueden tener contratos con compañías que trabajan con los beneficiarios para recolectar información y ayudar a presentar una solicitud del MSP. Sin embargo, recuerde que los MSP están disponibles para todas las personas con Medicare, no solo para las que están inscritas en ciertos Planes Medicare Advantage. Todas las personas con Medicare pueden solicitar un MSP y pueden contactar a su SHIP local si necesitan ayuda para presentar la solicitud.

## **6. ¿Qué pasa si tengo Medicare Parte A, pero no la Parte B? ¿De todos modos puedo presentar una solicitud para un MSP?**

Sí. El MSP le permitirá inscribirse en Medicare Parte B fuera de los periodos normales de inscripción y eliminará su multa por inscripción tardía a la Parte B, si tiene una. A esto se le llama el "buy-in" (participación) de la Parte B. Después de inscribirse en cualquiera de los tres programas principales, debe recibir una Parte B sin primas. La fecha de entrada en vigor de su Parte B sin primas es la misma fecha de entrada en vigor de su MSP. Si lo(a) aprueban, la entrada en vigor de sus beneficios puede tardar entre tres y cuatro meses, pero usted debe recibir retroactivamente el MSP y la Parte B sin primas a la fecha de entrada en vigor de su aviso de decisión.

Nota: Para usar el MSP para inscribirse en la Parte B, usted ya debe tener la Parte A, a menos que sea elegible para el QMB. Si no cuenta con la Parte A actualmente, debe inscribirse antes de solicitar un MSP. Si no es elegible para la Parte A libre de primas, contacte a su SHIP u oficina local de Medicaid para averiguar si puede usar el QMB para inscribirse en la Parte A fuera de los periodos normales de inscripción.

## **7. ¿Cómo puedo mantener mi MSP año tras año?**

Si lo(a) aprueban, necesitará renovar (recertificar) su MSP cada año. Si no recibe un aviso por correo postal sobre la recertificación, comuníquese con su oficina local de Medicaid y pregunte qué necesita hacer para asegurarse de recibir sus beneficios del MSP el próximo año.

## **8. ¿Qué es la facturación incorrecta del QMB?**

En Medicare, el término "facturación incorrecta" se refiere a un proveedor que le factura incorrectamente a un beneficiario por los costos compartidos de Medicare. Los costos compartidos pueden incluir deducibles, coseguros y copagos. La ley federal les prohíbe a los proveedores enviar facturas a las personas inscritas en el programa QMB por cualquier costo compartido de Medicare. Esto quiere decir que si usted tiene QMB, los proveedores de Medicare no deben enviarle facturas por ningún servicio cubierto por Medicare que usted reciba. De forma más específica, si tiene QMB y está inscrito(a) en Medicare original, usted no debe recibir facturas cuando reciba servicios cubiertos por Medicare de parte de:

- Un proveedor participante: un proveedor que acepta siempre tomar una asignación, lo cual quiere decir que acepta la cantidad aprobada por Medicare para los servicios de atención de salud como pago total.
- Un proveedor no participante: un proveedor que acepta el pago de Medicare, pero que no ha aceptado tomar asignaciones en todos los casos.

Si tiene el QMB y está inscrito(a) en un Plan Medicare Advantage, no debe recibir facturas cuando reciba un servicio cubierto por el plan de parte de los proveedores dentro de la red, siempre y cuando usted cumpla con las reglas de cobertura de su plan, como obtener autorización previa para ver a ciertos especialistas.

Protéjase contra la facturación indebida al tener presente lo siguiente:

- Usted sigue teniendo protecciones contra la facturación incorrecta cuando va con proveedores de Medicare original y de Medicare Advantage que no acepten Medicaid.
- Usted conserva sus protecciones contra la facturación incorrecta incluso cuando recibe atención de proveedores de Medicare en otros estados.
- Pueden enviarle facturas si está inscrito(a) en un Plan Medicare Advantage y va con un proveedor fuera de la red, o si tiene Medicare original y va con un proveedor que no acepte asignaciones.

- No puede elegir exentar estas protecciones y pagar por los costos compartidos de Medicare y un proveedor no puede pedirle que haga esto.
- Es importante que lea sus estados de cuenta de Medicare y Medicaid para asegurarse de que la facturación sea correcta.

Recuerde que si tiene el QMB, los proveedores de Medicare con los que va deben aceptar pagos de Medicare y cualquier pago del QMB como el pago total por cualquier servicio cubierto por Medicare que usted recibió. Los proveedores que violen las protecciones de facturación incorrecta pueden estar sujetos a multas. Si está teniendo problemas con un proveedor que continuamente intenta enviarle facturas, o si tiene facturas de costos compartidos no pagadas que se han enviado a agencias de cobranza debido a una facturación incorrecta que podría deberse a un posible fraude, error o abuso, llame a su Patrulla de Medicare para Adultos Mayores (SMP, por sus siglas en inglés) local y a 1-800-MEDICARE (o contacte a su Plan Medicare Advantage). La información de contacto de su SMP se encuentra en la última página de este documento.

Nota: Algunos estados pueden imponer copagos de Medicaid para ciertos servicios cubiertos por Medicare. Si ese es el caso en su estado, Medicare y Medicaid deben pagar por la mayor parte del costo y dejarle a usted un copago nominal, o pequeño. Contacte a su oficina local de Medicaid para obtener más información sobre los copagos de Medicaid en su estado.

## 9. ¿Qué es Ayuda Adicional?

Ayuda Adicional es un programa federal que ayuda a pagar por algunos o, incluso, por la mayoría de los gastos de su propio bolsillo para la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. También se le conoce como Subsidio para Personas de Bajos Ingresos (LIS, por sus siglas en inglés) de la Parte D. El programa de Ayuda Adicional ofrece los siguientes beneficios:

- Paga por la prima de su Parte D hasta una cantidad de referencia específica al estado.
- Baja el costo de sus medicamentos recetados.
- Le da un periodo especial de inscripción (SEP, por sus siglas en inglés) una vez por trimestre calendario durante los primeros nueve meses del año para inscribirse en un plan de la Parte D o para cambiar de planes. (No puede usar el SEP de Ayuda Adicional durante el cuarto trimestre calendario del año, es decir, de octubre a diciembre. Debe usar la inscripción abierta de otoño durante este periodo para hacer cambios a la cobertura de los medicamentos recetados).
- Elimina cualquier multa por inscripción tardía a la Parte D que puede haber incurrido si no se inscribió a tiempo en la Parte D.

Para recibir dicha asistencia, sus medicamentos deben ser parte de la lista de medicamentos cubiertos de su plan y usted debe usar farmacias dentro de la red de su plan. Recuerde que el programa de Ayuda Adicional no reemplaza a la Parte D ni a un plan por sí mismo: Usted debe tener un plan de la Parte D para recibir cobertura de medicamentos recetados de Medicare y la asistencia de Ayuda Adicional. Si no elige un plan, en la mayoría de los casos, lo(a) inscribirán automáticamente en uno.

## 10. ¿Quién es elegible para Ayuda Adicional?

Hay dos formas de ser elegible para Ayuda Adicional:

1. Si sus ingresos mensuales son de \$1,903 en 2024 (\$2,575 para parejas) y sus bienes son menores a \$17,220 en 2024 (\$34,360 para parejas), usted puede ser elegible para Ayuda Adicional. Estos límites incluyen una exclusión de ingresos de \$20 que la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas

en inglés) resta automáticamente de sus ingresos mensuales no salariales (por ejemplo, ingresos de jubilación). Incluso si sus ingresos o bienes son superiores a los límites de elegibilidad, usted podría ser elegible para Ayuda Adicional debido a que ciertos tipos de ingresos y bienes pueden no tomarse en cuenta, además de los \$20 mencionados arriba.

2. Si está inscrito(a) en Medicaid, la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés) o un Programa de Ahorros de Medicare (MSP, por sus siglas en inglés), usted es automáticamente elegible para Ayuda Adicional, sin importar si reúne los requisitos de elegibilidad de Ayuda Adicional. Usted recibirá un aviso color púrpura de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) que le informará que no necesita solicitar Ayuda Adicional.

### **11. Soy elegible para Ayuda Adicional, pero tengo un formulario de cobertura de medicamentos recetados que no es la Parte D. ¿Qué debo hacer?**

Si es elegible para Ayuda Adicional y ya tiene otra cobertura válida de medicamentos, debe evaluar sus costos y su cobertura para decidir si debe inscribirse en la Parte D y en Ayuda Adicional o continuar con su cobertura actual de medicamentos, o con ambas. Asegúrese de preguntarle a su antiguo empleador o sindicato si puede tener un plan de la Parte D y/o rechazar la parte de la cobertura de medicamentos recetados de sus beneficios para jubilados sin perder los que desea mantener, incluyendo cualquier beneficio para sus dependientes. Si no puede tener la Parte D y sus beneficios para jubilados, o si mantener ambos no le conviene, piense cuidadosamente si debe obtener un plan de la Parte D, especialmente si su plan para jubilados también cubre a su cónyuge o dependientes. Puede inscribirse en la Parte D en cualquier momento si usted es elegible para Ayuda Adicional.

Por último, aunque a las personas con Medicaid generalmente se les inscribe automáticamente en Ayuda Adicional y la Parte D, las que tienen Medicaid y ciertos tipos de cobertura de medicamentos a través de un empleador, sindicato o para jubilados pueden, en algunos casos, rechazar Ayuda Adicional. Comuníquese con su oficina local de Medicaid para averiguar cómo puede hacer esto sin afectar su Medicaid. Si desea obtener la Parte D más adelante, puede inscribirse en cualquier momento sin una multa si sigue inscrito(a) en Medicaid o si es elegible para Ayuda Adicional.

### **12. ¿Cómo puedo solicitar Ayuda Adicional?**

Si no tiene Medicaid, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés) o un Programa de Ahorros de Medicare (MSP, por sus siglas en inglés), puede presentar una solicitud para el programa de Ayuda Adicional a través de la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) con la solicitud impresa o en línea de la agencia. (Si tiene Medicaid, SSI o un MSP, se le debe inscribir automáticamente en Ayuda Adicional). Para presentar su solicitud en línea, visite [www.ssa.gov](http://www.ssa.gov). Dependiendo de los procesos en su estado, esta solicitud también puede servir para evaluarlo(a) para un Programa de Ahorros de Medicare, el cual ayuda a pagar sus costos de Medicare. Asegúrese de llenar toda la solicitud y proporcionar información precisa para que pueda obtener todos los beneficios para los cuales es elegible. Para obtener ayuda con la solicitud, puede llamar a su SHIP. La información de contacto de su SHIP se encuentra en la última página de este documento. Recuerde que la Ayuda Adicional reduce los costos de sus medicamentos recetados únicamente para los medicamentos cubiertos por su plan de la Parte D. Si no tiene un plan de la Parte D, pero es elegible para Ayuda Adicional, puede usar el periodo especial de inscripción (SEP, por sus siglas en inglés) para inscribirse en la cobertura de medicamentos de la Parte D.

Si deniegan su solicitud para Ayuda Adicional, usted puede apelar ante la SSA. Usted tendrá la oportunidad de enviar información sobre por qué es elegible cuando presente su apelación.

### **13. ¿Cómo mantengo mi Ayuda Adicional año tras año?**

Para mantener sus beneficios de Ayuda Adicional año tras año, usted debe seguir reuniendo los requisitos de elegibilidad. Dependiendo de su estado y de la forma en que calificó inicialmente para Ayuda Adicional, este proceso puede ser automático o requerir que usted envíe información para confirmar su elegibilidad continua.

Si es elegible para Ayuda Adicional automáticamente porque tiene Medicaid, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés) o un Programa de Ahorros de Medicare (MSP, por sus siglas en inglés) y:

- Aún tiene Medicaid, SSI o un MSP en el otoño, no tiene que hacer nada. Su estado debe informarle a Medicare que usted sigue inscrito(a) en uno de estos programas y seguirá recibiendo Ayuda Adicional. Usted no debería recibir ningún aviso a menos que sus copagos vayan a cambiar el próximo año. Si sus ingresos cambian lo suficiente como para afectar sus copagos, usted debe recibir un aviso que le indique esto a principios de octubre.
- Ya no tiene Medicaid, SSI o un MSP en el otoño, debe presentar una solicitud para Ayuda Adicional. Si no presenta una solicitud, su Ayuda Adicional termina el 31 de diciembre. Usted debe recibir una carta en el otoño que explique que perderá su Ayuda Adicional, junto con una solicitud y un sobre con franqueo pagado. También puede elegir presentar una solicitud en línea para Ayuda Adicional.

Si solicitó Ayuda Adicional:

- La Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) puede enviarle una carta en agosto o septiembre llamada "Revisión de la Administración del Seguro Social de su elegibilidad para Ayuda Adicional". La carta describe la información económica y personal que usted proporcionó cuando presentó la solicitud y pregunta si algo ha cambiado. Tome en cuenta que si usted y su cónyuge presentaron una solicitud para Ayuda Adicional juntos, solo recibirán una carta. Si recibe la carta, debe completar el formulario adjunto de Revisión de elegibilidad y devolverla a la SSA en un plazo de 30 días. La SSA usará sus respuestas para decidir si usted sigue siendo elegible para Ayuda Adicional, dependiendo de cómo hayan cambiado sus ingresos y bienes. Si no llena y devuelve el formulario de Revisión de su elegibilidad, su asistencia de Ayuda Adicional terminará el 31 de diciembre. Si necesita más tiempo para llenar el formulario, llame a la oficina local del Seguro Social y pida una extensión de 30 días. Cualquier cambio en su asistencia de Ayuda Adicional entrará en vigor el 1.º de enero.

Una vez que la SSA haya revisado todos los formularios que ha enviado, usted recibirá un aviso que explicará si usted continuará con su beneficio de Ayuda Adicional. Recuerde que puede presentar una apelación o volver a presentar una solicitud si pierde la Ayuda Adicional.

### **14. ¿Ofrece mi estado otros programas para ayudar con los costos de los medicamentos recetados?**

Muchos estados ofrecen Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP, por sus siglas en inglés) para ayudar a los residentes a pagar por los medicamentos recetados. Cada programa funciona de forma diferente. Los estados pueden coordinar sus programas de asistencia para medicamentos con el beneficio de medicamentos recetados de Medicare (Parte D). Algunos SPAP requieren que usted se registre en la Parte D para poder ser elegible para la asistencia. En estos casos, si su SPAP y su plan de la Parte D cubren el medicamento, la cantidad que usted paga por sus medicamentos y la cantidad que SPAP paga contarán para el

máximo de gastos de su propio bolsillo que usted tiene que pagar antes de alcanzar la cobertura contra catástrofes. Los SPAP pueden ayudar a pagar las primas, los deducibles y/o los copagos de su plan de la Parte D. Algunos estados tienen SPAP calificados. Los SPAP calificados ofrecen un periodo especial de inscripción (SEP, por sus siglas en inglés) para permitirle inscribirse o hacer cambios en su cobertura de la Parte D o Medicare Advantage.

Puede comunicarse con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés) para obtener información sobre los posibles SPAP en su estado. La información de contacto de su SHIP se encuentra en la última página de este documento.

### **15. ¿Existen centros que ofrezcan servicios de salud a costo reducido?**

Si usted necesita recibir servicios de salud a costo reducido, hay dos tipos de centros que pueden ayudarle.

1. Hay cientos de centros de salud financiados por el gobierno alrededor del país que proporcionan atención médica sin importar si usted puede o no pagar. Estas clínicas generalmente reciben financiación y supervisión de la Administración de Servicios y Recursos Humanos (HRSA, por sus siglas en inglés). Tal vez escuche que les llaman Centros de Salud HRSA. También pueden llamarse:
  - Centros de Salud Federalmente Calificados (FQHC, por sus siglas en inglés)
  - Centros semejantes a los FQHC
  - Centros de Salud para los Migrantes
  - Centros del Programa de Atención de Salud para Personas Sin Hogar
  - Centros de Atención Primaria para la Vivienda Pública
  - O, Programas de Salud Ambulatoria Administrados por Organizaciones Tribales

Las personas con Medicare son elegibles para recibir servicios de estos centros de salud financiados por el gobierno. Los centros de salud proporcionan servicios médicos cubiertos por Medicare, así como algunos servicios preventivos que Medicare no cubre. Una ventaja única de los centros de salud financiados por el gobierno es que pueden exentar el deducible de la Parte B. Asimismo, estas clínicas pueden exentar o reducir el coseguro del 20 % por los servicios cubiertos por Medicare si sus ingresos anuales son iguales o menores al nivel federal de pobreza (\$15,060 para una persona, \$20,440 para una pareja en 2024). Algunos centros de salud financiados por el gobierno también pueden proporcionar servicios dentales. Para obtener más información, comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés).

2. El Programa Hill-Burton ofrece atención gratuita o a costo reducido en las instalaciones de Hill-Burton. Algunos estados cuentan con el programa Hill-Burton. Cada centro elige qué servicios proporcionará y a qué costo (si es que hay uno). Los servicios que otros tipos de seguros (por ejemplo, Medicare o Medicaid) cubren totalmente no son elegibles para la cobertura de Hill-Burton. El programa Hill-Burton no cubrirá los costos compartidos de Medicare. Sin embargo, cubrirá los copagos de Medicaid, a excepción de la atención en los centros de atención a largo plazo, así como las cantidades de reducción de gastos de Medicaid. Tome en cuenta que existe un número limitado de centros de Hill-Burton en el país (la mayoría son centros ambulatorios), así que el acceso a un centro en su área puede ser limitado. La elegibilidad para el programa Hill-Burton se basa en sus ingresos y el tamaño de su grupo familiar. Puede solicitar asistencia de Hill-Burton antes o después de recibir atención, o después de que se haya

enviado una factura a una agencia de cobro de deudas. Para presentar una solicitud, llame a la oficina de Cuentas de Admisiones, Negocios o Pacientes en un centro de Hill-Burton.

## **16. ¿Qué es Medicaid?**

Medicaid es un programa federal y estatal que proporciona cobertura de salud a ciertas personas con ingresos y bienes limitados. Cada estado dirige diferentes programas financiados por Medicaid para diferentes grupos de personas, incluyendo adultos mayores, personas con discapacidades, niños, personas embarazadas y padres y/o cuidadores de niños. Todos los estados tienen programas de Medicaid para personas con ingresos y bienes limitados que necesitan atención en un asilo de ancianos, servicios de atención a largo plazo y servicios de asistencia médica a domicilio. Algunos estados también tienen programas para adultos que no entran en ninguna de estas categorías. Cada estado utiliza lineamientos de elegibilidad económica para determinar si usted es elegible para la cobertura de Medicaid. Generalmente, sus ingresos y bienes deben estar por debajo de cierta cantidad para ser elegibles, pero esta cantidad varía según el estado y el programa. Usted es elegible para Medicaid si entra dentro de un grupo elegible y cumple con los requisitos de elegibilidad económica de ese grupo.

## **17. ¿Cómo puedo tener Medicare y Medicaid?**

Sí. Si usted es elegible para Medicare y Medicaid (doble elegibilidad), puede inscribirse en ambos. Medicaid puede cubrir servicios que Medicare no cubre, como el cuidado a largo plazo. También puede cubrir los costos de su propio bolsillo de Medicare (deducibles, coseguros y copagos). En otras palabras, Medicaid puede trabajar *con* Medicare como cobertura secundaria. Asegúrese de llamar al 1-800-MEDICARE o comuníquese con su oficina local de Medicaid para obtener más información sobre los costos y la cobertura de Medicare y Medicaid, especialmente si usted tiene doble elegibilidad.

## **18. ¿Cómo puedo presentar una solicitud para Medicaid?**

A continuación, se encuentra una guía general del proceso de solicitud de Medicaid. Comuníquese con su oficina local de Medicaid para obtener las reglas específicas del estado. Su oficina de Medicaid puede llamarse Departamento de Salud, Departamento de Servicios Sociales, Departamento de Seguro o tener otro nombre.

- Comuníquese con su oficina local de Medicaid para preguntar cómo necesita presentar su solicitud.
- Averigüe qué documentos y formas de identificación necesita para poder presentar su solicitud. Su oficina de Medicaid puede pedirle comprobantes de información, como fecha de nacimiento, ciudadanía o residencia legal de EE. UU, todos los tipos de ingresos o residencia.

Nota: Si usted está embarazada o necesita tratamiento para una condición médica de emergencia, la cobertura de Medicaid está disponible, sin importar su estatus de ciudadanía. Un médico debe certificar que usted está embarazada o que tuvo una emergencia y usted debe cumplir con el resto de los requisitos de elegibilidad.

Si tiene algún problema para presentar la solicitud en una oficina de Medicaid, pida hablar con un supervisor. Si no recibe una decisión oportuna sobre su solicitud de Medicaid o no lo(a) aprueban para Medicaid, puede presentar una apelación al solicitar una audiencia estatal justa (no una local o municipal). Hable con su oficina de Medicaid para obtener más información sobre cómo solicitar una audiencia justa.

## 19. ¿Con quién puedo comunicarme para obtener más información?

**Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés):** comuníquese con su SHIP local para averiguar si es elegible para los programas de asistencia con los costos en su estado (como el MSP, Ayuda Adicional y los SPAP) y para que le ayuden con su solicitud. La información de contacto de su SHIP se encuentra en la última página de este documento.

**Patrulla de Medicare para Adultos Mayores (SMP, por sus siglas en inglés):** las SMP habilitan y 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. Su SMP puede ayudarle a abordar la posible facturación incorrecta del QMB. La información de contacto de su SMP se encuentra en la última página de este documento.

**Su oficina local de Medicaid:** contacte a su oficina local de Medicaid para obtener más información sobre el MSP y las pautas de elegibilidad de Medicaid en su estado o para pedir una solicitud.

**Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés):** solicite Ayuda Adicional a través de la SSA en Internet, en persona o por correo postal.

**Medicare:** si tiene el QMB, contacte a Medicare al 1-800-MEDICARE (o a su Plan Medicare Advantage si tiene uno) si un proveedor trata de enviarle facturas continuamente o si usted tiene facturas por costos compartidos no pagadas que se enviaron a una agencia de cobranzas.

### Estudio de caso práctico de SHIP

Adriana tiene cobertura a través de un plan de medicamentos recetados de la Parte D, pero los copagos de sus medicamentos son demasiado elevados y no puede pagarlos. Es soltera y tiene ingresos brutos de \$1,230 al mes, pero tiene que gastar aproximadamente \$200 al mes en copagos solo en uno de sus medicamentos, además de la prima de la Parte D. Tiene ahorrados un par de miles de dólares y no tiene otros bienes.

### ¿Qué debe hacer Adriana?

- Adriana debe llamar a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés) para pedir ayuda con la disminución de los costos de sus medicamentos.
  - Si Adriana no sabe cómo encontrar su SHIP, puede llamar al 877-839-2675 y decir "Medicare" cuando se lo pidan o puede visitar [www.shiphelp.org](http://www.shiphelp.org).
- El asesor hablará con Adriana sobre los programas para los cuales puede ser elegible y que reducirán los costos de sus medicamentos y de otra atención de salud.
  - Los ingresos y bienes de Adriana están por debajo de los límites de Ayuda Adicional y del Programa de Ahorros de Medicare. Si Adriana se inscribe en un MSP, la inscribirán automáticamente en Ayuda Adicional. El asesor puede ayudarle a Adriana a presentar una solicitud para un MSP en su estado. Una vez que esté inscrita en el MSP, Adriana no tendrá que pagar la prima de la Parte B. Con Ayuda Adicional, Adriana no tendrá que pagar su prima de la Parte D hasta la cantidad de referencia de su estado y tendrá copagos más bajos en la farmacia.
  - Nota: Si los bienes de Adriana hubieran estado por encima de los límites de Ayuda Adicional, es posible que de todos modos hubiera podido inscribirse en Ayuda Adicional, dependiendo de su estado. Algunos estados no tienen límites de bienes para el Programa de Ahorros de Medicare. Si Adriana vive en uno de esos estados y es elegible para el MSP con base en sus ingresos, su

inscripción al MSP también la inscribiría automáticamente en Ayuda Adicional, sin importar sus bienes.

- Un asesor del SHIP también le informará a Adriana si su estado tiene un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica y si Adriana es elegible para este. De ser así, el asesor le dirá cómo presentar una solicitud.
- El asesor también se asegurará de que Adriana sepa cómo funcionan su plan y sus costos de medicamentos.
  - El asesor puede asegurarse de que todos los medicamentos de Adriana estén incluidos en la lista de medicamentos cubiertos de su plan y que esté obteniendo sus medicamentos en una farmacia de la red. También puede hablar con Adriana sobre los diferentes niveles de cobertura de medicamentos en un plan de la Parte D.
    - Si los medicamentos de Adriana no están cubiertos, o si están cubiertos con altos costos compartidos, el asesor puede aconsejarle que hable con su médico acerca de encontrar medicamentos cubiertos o pedirle al plan una exención del recetario o de niveles.

### **Estudio de caso práctico de la SMP**

Luis se inscribió hace poco en un MSP con la ayuda de su SHIP local. Ahora es un beneficiario de QMB y entiende que ya no debe pagar por ningún costo compartido de Medicare cuando vaya con proveedores de Medicare. Sin embargo, en su siguiente consulta con su proveedor de atención primaria, le cobraron el copago usual. Luis tiene una buena relación con su médico y hablar sobre el tema de la facturación incorrecta es algo que lo pone nervioso. Está considerando simplemente pagar el coseguro.

### **¿Qué debe hacer Luis?**

- Luis debe contactar a su Patrulla de Medicare para Adultos Mayores (SMP, por sus siglas en inglés), la cual ayuda a los beneficiarios de Medicare (así como a los familiares y cuidadores de las personas con Medicare) a detectar y prevenir los errores, el fraude y el abuso relacionado con Medicare.
  - Si Luis no sabe cómo comunicarse con su SMP local, puede visitar [www.smpresource.org](http://www.smpresource.org) o llamar al 877-808-2468.
- La SMP puede habilitar a Luis para hablar sobre este tema con su proveedor. No todos los proveedores están familiarizados con las protecciones del QMB, así que la facturación incorrecta podría ser un error honesto de parte del proveedor de Luis.
  - La SMP puede referir a Luis a los recursos de los CMS, por ejemplo, [MLN SE1128](#), que puede mostrarse a los proveedores para recordarles sobre las protecciones de facturación del QMB.
  - El SMP también puede sugerir que Luis averigüe si su estado impone copagos de Medicaid para ciertos servicios cubiertos por Medicare. Si ese es el caso en su estado, Medicare y Medicaid deben pagar por la mayor parte del costo, pero puede haber un copago nominal, o pequeño.
  - La SMP también puede ayudarle a Luis a mostrarle a su proveedor cómo puede confirmar su estatus de QMB, por ejemplo, mediante un Resumen de Medicare (MSN, por sus siglas en inglés) o los recibos de pago de un proveedor (Remittance Advices o RA).
    - Nota: Los recibos de pago de un proveedor (Remittance Advices o RA) son formularios que los proveedores de atención de salud reciben de su contratista de procesamiento de reclamos de Medicare y que les informan si sus reclamos se pagaron en su totalidad, de manera parcial o fueron denegados. Los proveedores pueden recibir sus RA de manera electrónica o en formato impreso. Pueden usar una RA para confirmar el estatus de QMB de un beneficiario.

- Si el proveedor continúa enviándole facturas, la SMP puede ayudar a Luis a denunciarlo como un abuso potencial a 1-800-MEDICARE y ante las autoridades correspondientes, si corresponde.
  - Los representantes de Medicare pueden referir los casos de facturación incorrecta a los Contratistas Administrativos de Medicare, los cuales envían avisos al proveedor y al beneficiario.

Información de contacto del SHIP local	Información de contacto de la SMP local
<p><b>Línea gratuita de SHIP:</b> 800-247-4422</p> <p><b>Correo electrónico del SHIP:</b> idahoshiba@doi.idaho.gov</p> <p><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</p> <p><b>Correo electrónico de la SMP:</b> idahoshiba@doi.idaho.gov</p> <p><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>

*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.*

Centro de Soporte Técnico de SHIP: 877-839-2675 | [www.shiphelp.org](http://www.shiphelp.org) | [info@shiptacenter.org](mailto:info@shiptacenter.org)  
 Centro de Recursos de la SMP: 877-808-2468 | [www.smpresource.org](http://www.smpresource.org) | [info@smpresource.org](mailto:info@smpresource.org)  
 © 2024 Medicare Rights Center | [www.medicareinteractive.org](http://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.*