

Materiales educativos del programa Medicare Minute – Septiembre de 2024 Periodo de inscripción abierta de Medicare

1. ¿Qué es la inscripción abierta de Medicare? ¿Qué cambios puedo hacer durante este periodo?

La inscripción abierta de Medicare, también conocida como periodo anual de elección o inscripción abierta de otoño, se lleva a cabo del 15 de octubre al 7 de diciembre cada año. Durante este periodo, usted puede hacer ciertos cambios a su cobertura de seguro de salud, incluyendo agregar, cancelar o cambiar su cobertura de Medicare Advantage o de la Parte D. Incluso si está conforme con su cobertura actual de salud y de medicamentos, la inscripción abierta es un buen momento para revisar lo que tiene, compararlo con otras opciones y asegurarse de que su cobertura actual siga cubriendo sus necesidades el próximo año.

Puede hacer todos los cambios que necesite a su cobertura de Medicare durante la inscripción abierta. Los cambios que puede hacer incluyen:

1. Inscribirse en un nuevo Plan Medicare Advantage
2. Inscribirse en un nuevo plan de medicamentos recetados de la Parte D
3. Cambiarse de Medicare original a un Plan Medicare Advantage
4. Cambiarse de un Plan Medicare Advantage a Medicare original (con o sin un plan de la Parte D)
 - a. Tome en cuenta que si se cambia a Medicare original y desea comprar una póliza de Medigap para suplementar su cobertura, sus opciones de Medigap pueden estar limitadas (consulte la pregunta 8).

Dependiendo del lugar donde viva, usted podría comprar una póliza de Medigap, la cual ayuda a pagar por los costos de Medicare original. Se aplican limitaciones con respecto a quién puede comprar una póliza de Medigap y cuándo. Llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés) o al [Departamento Estatal de Seguros](#) para preguntar sobre los derechos de Medigap específicos a su estado. La información de contacto de su SHIP local se encuentra en la última página de este documento.

El último cambio que haga entrará en vigor el 1.º de enero de 2025. La mejor opción suele ser llamar a 1-800-MEDICARE (633-4227) o visitar www.Medicare.gov cuando haga cualquier cambio a su cobertura de salud y/o de medicamentos.

2. ¿Cómo debo revisar mi cobertura actual de salud y de medicamentos de Medicare?

Sin importar cómo reciba su cobertura de Medicare, debe tomar en cuenta lo siguiente:

- Su acceso a los proveedores de atención de salud que desea ver
- Su acceso a las farmacias preferidas
- Su acceso a los beneficios y servicios que necesita
- Los costos totales de las primas, los deducibles y los costos compartidos del seguro
- La calidad del servicio al cliente que usted recibe

Si tiene Medicare original, visite Medicare.gov o lea el manual *Medicare y usted* de 2025 para obtener información sobre los beneficios de Medicare para el próximo año. Debe revisar si hay algún incremento en los costos de las primas, los deducibles y el coseguro de Medicare original. El manual *Medicare y usted* se envía por correo postal a todos los grupos familiares de Medicare cada septiembre. Si no recibe su manual *Medicare y usted*, puede llamar al 1-800-MEDICARE y pedir que le envíen una copia con la información para su área. Si

desea recibir el manual en formato electrónico, puede iniciar sesión en (o crear) su cuenta de Medicare y registrarse para recibir manuales electrónicos. También puede descargar una versión general del manual en Medicare.gov.

Si tiene un Plan Medicare Advantage o un plan de la Parte D independiente, lea el Aviso anual de cambios (ANOC, por sus siglas en inglés) y/o la Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) de su plan. Revise estos avisos para encontrar cualquier cambio en: a) los costos del plan, b) los beneficios y las reglas de cobertura del plan o c) la lista de medicamentos cubiertos del plan. Verifique que sus medicamentos sigan teniendo cobertura el próximo año y que sus proveedores y farmacias sigan siendo parte de la red del plan. Si no está satisfecho(a) con cualquiera de los cambios del plan o con el desempeño del plan, puede inscribirse en uno nuevo. Si desea que le ayuden a revisar sus opciones, comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés) para recibir asesoría imparcial. La información de contacto de su SHIP local se encuentra en la última página de este documento.

Incluso si está conforme con su cobertura actual de Medicare, considere otras opciones de planes de salud y de medicamentos de Medicare en su área. Por ejemplo, incluso si no tiene planeado cambiar su Plan Medicare Advantage o de la Parte D, investigue si hay otro plan en su área que pueda ofrecerle una mejor cobertura de salud y/o de medicamentos a un precio más asequible. Las investigaciones demuestran que las personas con cobertura de medicamentos recetados de Medicare podrían reducir sus costos al comparar los diferentes planes cada año; podría haber otro plan de la Parte D en su área que cubre los medicamentos que usted toma con menos restricciones y/o precios más bajos.

3. ¿Qué cosas debo tomar en cuenta al momento de elegir un plan de medicamentos recetados de la Parte D?

Pregúntese lo siguiente antes de elegir un plan de medicamentos de la Parte D:

- ¿Cubre el plan todos los medicamentos que tomo?
- ¿Tiene el plan restricciones para mis medicamentos (es decir, autorización previa, terapia en etapas o límites de cantidad)?
 - **Autorización previa** significa que usted debe obtener la aprobación de su plan de la Parte D antes de que el plan pague por el medicamento.
 - **Terapia en etapas** significa que su plan requiere que usted pruebe una versión más barata del medicamento antes de cubrir el medicamento más caro.
 - **Los límites de cantidad** restringen la cantidad de un medicamento que usted puede obtener cada vez que surte su receta, como por ejemplo, 30 pastillas del medicamento X al mes.
- ¿Cuánto pagaré por las primas mensuales y el deducible anual?
- ¿Cuánto pagaré en la farmacia (copago/coseguro) por cada medicamento que tomo?
- ¿Está incluida mi farmacia en la red preferida del plan? (Usted paga menos si utiliza farmacias preferidas de la red).
- ¿Puedo surtir mis recetas por correo?
- ¿Cuál es la clasificación por estrellas del plan?
- Si tengo cobertura para jubilados, ¿funcionará el plan de medicamentos de Medicare con esta cobertura?

Puede utilizar la herramienta de búsqueda de planes de Medicare (consulte el número 6) para ver una lista de Planes Medicare Advantage y planes de la Parte D, los medicamentos que cubren y sus costos estimados para el año. Puede acceder al buscador de planes en línea visitando www.medicare.gov/plan-compare o llamando a 1-800-MEDICARE.

Tome en cuenta que a partir de 2025, los costos anuales de su propio bolsillo de la Parte D tendrán un límite de \$2,000. Esto incluye lo que usted paga durante el periodo del deducible y los copagos/coseguros. Después de llegar al límite de su propio bolsillo, usted pagará \$0 por los medicamentos cubiertos por la Parte D durante el resto del año. Este cambio debe verse reflejado en la herramienta de búsqueda de planes mientras compara planes de la Parte D para 2025.

Asimismo, a partir de 2025, usted tendrá la opción de inscribirse en un plan de pagos para los costos de su propio bolsillo de la Parte D. Este programa se llama el Plan de Pagos para Medicamentos Recetados de Medicare, y también puede escuchar que se refieren a este como facilitación de pagos ("smoothing" costs). Le permite distribuir los costos de sus medicamentos a lo largo del año. Si se inscribe, su plan de la Parte D le enviará una factura mensual y usted pagará \$0 en la farmacia. El plan de pagos no reduce los costos de su propio bolsillo, pero puede ayudar a las personas con altos costos de medicamentos concentrados en los primeros meses del año a gestionar sus gastos mensuales. Para inscribirse en un plan de pagos, comuníquese con su Plan de la Parte D en 2025.

4. ¿Qué debo tomar en cuenta al momento de elegir un Plan Medicare Advantage?

Pregúntese lo siguiente antes de elegir un Plan Medicare Advantage:

- ¿De cuánto son las cantidades de las primas, los deducibles y del coseguro/copago?
- ¿Cuál es la cantidad anual máxima de los gastos de mi propio bolsillo para el plan? Esta cantidad puede ser elevada, pero puede ayudar a protegerlo(a) si tiene gastos costosos de atención de salud.
- ¿Qué área de servicio cubre el plan?
- ¿Mis médicos y hospitales forman parte de la red del plan?
- ¿Cuáles son las reglas que debo seguir para acceder a los servicios de atención de salud y a mis medicamentos?
- ¿Cubre el plan beneficios adicionales de atención de salud que Medicare original no cubre (consulte el número 7)?
- ¿Cuál es la clasificación por estrellas del plan?
- ¿Afectará este plan cualquier cobertura adicional que pueda tener?

Los Planes Medicare Advantage generalmente incluyen cobertura de medicamentos recetados. También debe tomar en cuenta las preguntas mencionadas en el número 3 cuando elija un Plan Medicare Advantage para asegurarse de que la cobertura de medicamentos recetados que el plan ofrece cubra sus necesidades.

Por último, recuerde que las personas con Planes Medicare Advantage no pueden tener un Medigap (consulte a pregunta 8). Si tiene Medicare original y un Medigap y está pensando en cambiarse a un Plan Medicare Advantage, tome en cuenta que también perderá su Medigap. Si decide regresar a Medicare original más adelante, puede enfrentarse a limitaciones cuando trate de inscribirse en Medigap, dependiendo del estado donde viva. Sin embargo, independientemente del estado donde viva, puede tener acceso a un periodo especial de inscripción para volver a inscribirse en una póliza de Medigap. Puede usar este SEP si canceló su Medigap

para inscribirse en un Plan Medicare Advantage por primera vez y regresar a Medicare original y un Medigap dentro de los 12 meses siguientes a su inscripción en el Plan Medicare Advantage. Para obtener información sobre las reglas de inscripción de Medigap en su estado, comuníquese con su SHIP. La información de contacto de su SHIP local se encuentra en la última página de este documento.

5. ¿Qué son las clasificaciones por estrellas?

Las clasificaciones por estrellas son clasificaciones de calidad que proporcionan una medida del desempeño de un plan. Medicare califica los Planes Medicare Advantage y de la Parte D en diferentes categorías, incluyendo la calidad de la atención y el servicio al cliente. Las clasificaciones van de una a cinco estrellas, donde cinco es la calificación más alta. Medicare les asigna a los planes una clasificación por estrellas general para resumir el desempeño del plan. Los planes también reciben clasificaciones por estrellas por separado en cada categoría individual revisada. La clasificación por estrellas general brinda una forma de comparar el desempeño entre varios planes. Para obtener más información sobre las diferencias entre los planes, revise las clasificaciones de los planes en cada categoría. Las clasificaciones de los planes cambian cada año. Medicare revisa el desempeño de los planes cada año y publica nuevas clasificaciones por estrellas cada octubre.

Tome en cuenta que la clasificación por estrellas de un plan es solo uno de los factores que debe revisar cuando compara los planes en su área. Incluso si un plan tiene una alta clasificación por estrellas, puede no ser adecuado para usted. Es importante que revise si el plan cubre los servicios de salud y los medicamentos que usted necesita y si trabaja con las farmacias que usted usa antes de considerar su clasificación por estrellas. También tome en cuenta que las clasificaciones por estrellas en el manual *Medicare y usted* no son necesariamente las más recientes. Para obtener las clasificaciones por estrellas más actualizadas y completas, debe llamar al 1-800-MEDICARE o usar la herramienta de búsqueda de planes en línea en www.medicare.gov/plan-compare.

6. ¿Qué es el buscador de planes de Medicare?

El buscador de planes de Medicare es una herramienta en línea que le ayuda a buscar y comparar planes en su área. Para acceder al buscador de planes de Medicare, visite www.medicare.gov/plan-compare. El buscador de planes le da la opción de buscar usando su cuenta o continuar una búsqueda sin iniciar sesión.

- La búsqueda personalizada requiere que usted inicie sesión en su cuenta de Medicare o que cree una cuenta si no tiene una. Una vez que inicie sesión, el buscador de planes guardará los resultados de su búsqueda y podrá consultarlos más adelante.
- La búsqueda básica requiere su código postal y el tipo de planes que desea comparar. Los resultados de su búsqueda no se guardarán ni estarán accesibles una vez que cierre la página.

Una vez que ingrese su información, podrá comparar una lista de planes disponibles en su área. Antes de usar el buscador de planes, cree una lista de los profesionales de atención de salud con los que asiste, los medicamentos que toma y las farmacias donde obtiene sus medicamentos. Esto le permitirá comparar sus opciones. Asimismo, cuando elija un plan, debe llamar al 1-800-MEDICARE o usar Medicare.gov para inscribirse en ese plan. Es útil para Medicare contar con el registro de inscripción oficial en caso de que ocurra algún problema. También puede llamar a su SHIP para que le ayuden a usar el buscador de planes. La información de contacto de su SHIP local se encuentra en la última página de este documento.

7. ¿Qué tipo de beneficios suplementarios ofrecen los Planes Medicare Advantage?

Un beneficio suplementario es un artículo o servicio que un Plan Medicare Advantage cubre, pero que Medicare original no cubre. Estos beneficios no necesitan proporcionarse a través de proveedores de Medicare o en centros certificados por Medicare. En cambio, para recibir estos artículos o servicios, usted necesita seguir las reglas de su plan. Algunos beneficios suplementarios que se ofrecen comúnmente incluyen atención dental, atención de la vista, aparatos auditivos y membresías a gimnasios. Estos beneficios pueden ser:

- Opcionales, es decir, que se ofrecen a todas las personas inscritas en un plan y usted puede elegir comprar los beneficios si así lo desea, u
- Obligatorios, es decir, que están cubiertos para todas las personas inscritas en un plan y usted no puede rechazar la cobertura (incluso si no desea usar el servicio).

Los Planes Medicare Advantage también pueden cubrir beneficios suplementarios que no estén relacionados principalmente con la salud para los beneficiarios que tienen enfermedades crónicas. Estos beneficios se llaman beneficios suplementarios para personas con enfermedades crónicas (SSBCI, por sus siglas en inglés) y pueden abordar los determinantes sociales de la salud. Un determinante social de la salud es parte de su vida que puede afectar su salud de alguna forma, como no tener acceso al transporte. Los planes ofrecen este tipo de beneficios que no están principalmente relacionados con la salud, por ejemplo, entrega de comidas, transporte para necesidades que no son médicas y limpiadores de aire para el hogar. Para poder ser elegible para estos beneficios, usted debe tener una enfermedad crónica.

Ya que los Planes Medicare Advantage pueden crear conjuntos de beneficios suplementarios para personas con enfermedades crónicas específicas, no todos los miembros de un Plan Medicare Advantage tendrán acceso al mismo conjunto de beneficios. Por ejemplo, un plan podría cubrir servicios como limpieza de aire o de alfombras en las viviendas para los miembros que tienen asma severa. Un miembro de ese plan con asma severa podrá obtener esos servicios cubiertos, mientras que un miembro que no tenga asma, o cuya asma sea leve, no podrá hacerlo.

Estos beneficios suplementarios significan que puede haber otros factores a considerar al momento de comparar las opciones de los Planes Medicare Advantage durante la inscripción abierta de Medicare. Revise cuidadosamente la Evidencia de cobertura de su Plan Medicare Advantage y cualquier otro material de su plan. Si está considerando un nuevo plan que ofrezca a sus miembros beneficios suplementarios adicionales, asegúrese de averiguar cuáles son los costos y las restricciones de cobertura asociados con estos beneficios. Si necesita ayuda para entender los beneficios de su plan o para revisar sus opciones de cobertura, llame a su SHIP para obtener ayuda. La información de contacto de su SHIP local se encuentra en la última página de este documento.

8. Si me cambio a Medicare original durante la inscripción abierta de Medicare, ¿puedo comprar una póliza de Medigap para ayudar a cubrir las brechas en los costos compartidos?

Las pólizas de seguro suplementario de Medicare, comúnmente conocidas como Medigap, son pólizas de seguro de salud que ofrecen beneficios estandarizados para trabajar con Medicare original (no con Medicare Advantage). Las compañías privadas de seguros venden estas pólizas. Si usted tiene un Medigap, este paga por una parte o por todas las "brechas" en los costos compartidos que quedan después de que Medicare original paga. Dependiendo de dónde viva y de cuándo se volvió elegible para Medicare, usted tiene hasta 10 diferentes pólizas de Medigap de las que puede elegir: A, B, C, D, F, G, K, L, M y N (las pólizas en Wisconsin, Massachusetts y Minnesota tienen nombres diferentes). Cada póliza ofrece diferentes conjuntos de beneficios

estandarizados que van de lo más básico hasta lo más integral. La estandarización quiere decir que las pólizas con el mismo nombre de letra ofrecen los mismos beneficios. Se aplican límites con respecto a quién puede comprar Medigap y cuándo puede hacerlo. Generalmente, usted tomará una decisión sobre si desea comprar un plan Medigap durante su periodo inicial de inscripción, no durante la inscripción abierta.

Dependiendo de donde viva, usted podría comprar una póliza de Medicare durante la inscripción abierta de Medicare, pero ciertas limitaciones aplican con respecto a quién puede comprar un Medigap y cuándo. Hay protecciones federales para las personas mayores de 65 años con respecto a la compra de Medigap en ciertas situaciones y algunos estados ofrecen protecciones adicionales para la inscripción.

Puede tener problemas si trata de comprar un Medigap fuera de su periodo protegido de inscripción de Medigap. Por ejemplo, las compañías pueden rehusarse a venderle uno o pueden imponer ciertos requisitos médicos. Si una compañía acepta venderle una póliza, usted puede tener que pagar una prima mensual más alta y tener que pasar por un periodo de espera de seis meses antes de que Medigap cubra las condiciones preexistentes. Asegúrese de contactar a las aseguradoras de Medigap en su estado para averiguar si pueden venderle una póliza de Medigap fuera de los periodos protegidos de inscripción.

También tome en cuenta que, en algunos estados, si usted tiene actualmente Medicare original y un Medigap, es posible que no pueda volver a comprar un Medigap en el futuro si deja Medicare original para inscribirse en un Plan Medicare Advantage. Sin embargo, independientemente de en qué estado viva, puede tener acceso a un periodo especial de inscripción (SEP, por sus sigla en inglés). Este SEP es para reinscribirse en una póliza de Medigap si canceló su Medigap para inscribirse en un Plan Medicare Advantage por primera vez y regresa a Medicare original y a un Medigap dentro de los 12 meses siguientes a haberse inscrito en el Plan Medicare Advantage.

Comuníquese con su SHIP para obtener información sobre los derechos de inscripción de Medigap de su estado. La información de contacto de su SHIP local se encuentra en la última página de este documento.

9. ¿Tendré oportunidades para cambiar mi cobertura en el próximo año?

Usted debe hacer cualquier cambio que necesite a su cobertura de Medicare a más tardar el 7 de diciembre de 2024 para que los cambios entren en vigor el 1.º de enero de 2025. Si necesita cambiar su cobertura de Medicare en 2025, puede tener la oportunidad de hacer cambios si:

- **Tiene un Plan Medicare Advantage.** Usted podrá hacer un cambio en su cobertura entre el 1.º de enero y el 31 de marzo. A este periodo de inscripción se le llama periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage. Durante este periodo, usted puede cambiarse de un Plan Medicare Advantage a otro o cambiarse de un Plan Medicare Advantage a Medicare original, con o sin un plan de medicamentos recetados de la Parte D. Este periodo de inscripción es únicamente para las personas que están inscritas en un Plan Medicare Advantage. Si está inscrito(a) en Medicare original, no podrá hacer cambios durante este periodo.
- **Tiene Ayuda Adicional.** Si tiene Ayuda Adicional, el programa federal que ayuda a pagar por parte o por la mayoría de los gastos de su propio bolsillo de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, usted tendrá un periodo especial de inscripción (SEP, por sus siglas en inglés) para inscribirse o cambiar de planes de la Parte D. A partir de enero de 2025, este será un SEP que ocurre una vez al mes

para elegir un plan independiente de la Parte D. (Antes, este SEP ocurría una vez por trimestre en los primeros tres trimestres del año).

Hay otras circunstancias en las que usted puede ser elegible para un periodo especial de inscripción y cambiar su cobertura de salud o de medicamentos de Medicare. Por ejemplo, si su Plan Medicare Advantage deja su área de servicio, o si desea cambiarse a un plan con una clasificación de cinco estrellas en su área de servicio, usted puede ser elegible para un SEP en el que podrá hacer cambios fuera de los periodos normales de inscripción.

10. ¿Cómo puedo protegerme en contra de posibles infracciones de comercialización y de la comercialización engañosa?

Durante la inscripción abierta de Medicare, las compañías de seguro de salud tratan de comunicarse con las personas de diferentes formas, por ejemplo, comerciales de televisión o de radio, eventos, correspondencia, llamadas telefónicas y mensajes de texto. Sin embargo, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) tienen reglas para la comercialización de los Planes Medicare Advantage y los planes de la Parte D. Estas reglas protegen a los beneficiarios de Medicare en contra de comercialización agresiva o engañosa. Los planes tienen permitido enviarle correspondencia. También pueden enviarle correos electrónicos o llamarle sobre otros planes y productos de salud, siempre y cuando usted ya sea un miembro del plan y no les haya pedido que no le llamen o envíen correos electrónicos y/o correspondencia directa, pero no tienen permitido llamarle o visitarle en persona para comercializar sus productos sin su permiso. Los planes que llaman o envían correos electrónicos deben proporcionar una opción de exclusión voluntaria para las personas que ya no desean recibirlos. Tenga cuidado con las personas que:

- Le presionen para inscribirse en su plan
- Le digan que representan a Medicare o que están llamando en nombre de Medicare
- Visiten su hogar sin su permiso
- Le ofrezcan consultas gratuitas solo a las personas con Medicare y le pidan su número de Medicare
- Le digan que usted perderá sus beneficios de Medicare a menos que se inscriba en un plan específico
- Requieran que usted proporcione su información personal o que intenten venderle un plan en un evento educativo (tome en cuenta que la información de contacto proporcionada para rifas o sorteos solo puede usarse para esos fines).

Antes de inscribirse en un plan, asegúrese de entender lo que el plan cubre, cómo afecta sus beneficios de Medicare y otros beneficios de salud (como Medicaid o su cobertura para jubilados o cobertura sindical) y si cubre los medicamentos que usted necesita. Comuníquese directamente con un plan para confirmar si cubrirá ciertos servicios para usted y asegúrese de obtener toda la información por escrito. También puede llamar a su SHIP local para obtener respuestas imparciales a las preguntas sobre la cobertura.

Recuerde que un agente o intermediario nunca debe presionarle o engañarle para que se inscriba en un plan específico. Si cree que es posible que un agente de seguros ha violado las reglas de comercialización de Medicare, usted debe guardar todos los documentos (por ejemplo, tarjeta de negocios del agente o materiales de comercialización) u otra información sospechosa, como mensajes grabados. Debe reportar las infracciones de comercialización a su Patrulla de Medicare para Adultos Mayores (SMP, por sus siglas en inglés, en www.smpresource.org o al 877-808-2468) o Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés, en www.shiphelp.org o al 877-839-2675) local. Su SMP o SHIP local pueden ayudarle a

revisar el incidente, reportarlo ante las autoridades correspondientes y seguir detectando infracciones de comercialización.

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

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés): contacte a su SHIP si tiene preguntas sobre cualquier aviso que reciba. Los asesores del SHIP también pueden ayudarle a usar el buscador de planes de Medicare para revisar sus opciones y elegir un plan que se adapte a sus necesidades. Los SHIP también se especializan en entender los derechos de Medigap en su estado o territorio. 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): contacte a su SMP si ha experimentado un posible fraude, abuso o error contra Medicare. Los representantes de la SMP pueden enseñarse a protegerse. La información de contacto de su SMP local se encuentra en la última página de este documento.

1-800-MEDICARE (800-633-4227): llame a Medicare si desea cambiar su cobertura durante la inscripción abierta. También puede llamar a Medicare para que le ayuden a encontrar planes en su área. Medicare le enviará un nuevo manual *Medicare y usted* por correo cada otoño que incluirá información específica para su región. Si no recibe su copia, comuníquese con Medicare para solicitar otra.

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

Estudio de caso práctico de SHIP

Greg cumplió 65 años y se inscribió en Medicare este verano. Actualmente, solo tiene las Partes A y B de Medicare original. Su esposo, Ricardo, ha estado inscrito en Medicare durante dos años y está muy contento con su Plan Medicare Advantage. A Gregorio también le gustaría inscribirse en ese plan.

¿Qué debe hacer Gregorio?

- Gregorio debe comunicarse con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés) para pedir ayuda.
 - Si no sabe cómo comunicarse con su SHIP, puede llamar al 877-839-2675 y decir "Medicare" cuando se lo pidan, o puede visitar www.shiphelp.org.
- El asesor del SHIP puede informarle a Gregorio que, aunque el plan de Ricardo puede funcionar bien para él, esto no quiere decir que sea la mejor opción para Gregorio. Por ejemplo, los médicos de Gregorio podrían no ser parte de la red del plan de Ricardo.
 - El asesor del SHIP también puede recomendarle a Gregorio que le recuerde a Ricardo que revise su Evidencia de Cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) y su Aviso anual de cambio (ANOC, por sus siglas en inglés) que recibió de su plan para asegurarse de que su plan siga cubriendo sus necesidades el próximo año.
- Para la cobertura de Gregorio, el asesor del SHIP puede darle a Gregorio más información sobre la diferencia entre Medicare original y Medicare Advantage, y puede hablar con él sobre la opción de tener un plan independiente de la Parte D y un Medigap con su cobertura de Medicare original.

- Como Gregorio acaba de cumplir 65 años y se inscribió en la Parte B este verano, es probable que se encuentre en su periodo de inscripción abierta de Medigap, el periodo durante el cual tiene permitido comprar un plan de Medigap. El asesor del SHIP puede ayudarle a considerar las opciones de planes de Medigap disponibles en su estado. Los asesores del SHIP tienen acceso a una herramienta ampliada de búsqueda de planes de **Medigap** para los SHIP a través del Centro Nacional de Soporte Técnico del SHIP (inicie sesión en <https://portal.shiptacenter.org/Login.aspx>).
- El asesor del SHIP puede averiguar si Gregorio tiene cobertura válida de medicamentos. De no ser así, puede ayudarle a usar la herramienta de búsqueda de planes de Medicare para encontrar un Plan Medicare Advantage o de la Parte D que cubra todos los medicamentos recetados que Gregorio toma.
 - Para usar la herramienta de búsqueda de planes de Medicare, Gregorio debe hacer una lista de los medicamentos recetados que toma, además de sus dosis y cantidades, y una lista de las farmacias a las que puede ir.
- Si a Gregorio le interesa inscribirse en un Plan Medicare Advantage, el asesor del SHIP puede aconsejarle que hable con sus proveedores para preguntarles a qué redes de planes pertenecen.
- Una vez que Gregorio tome una decisión sobre cómo desea recibir su cobertura de Medicare, puede llamar a 1-800-MEDICARE para inscribirse en un Plan Medicare Advantage o de la Parte D. Debe hacer esto entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre para que su cobertura entre en vigor el 1.º de enero de 2025.

Estudio de caso práctico de la SMP

Luis tiene Medicare original y un plan de medicamentos recetados de la Parte D. A finales de octubre, recibió una llamada de alguien que decía que provenía de un Plan Medicare Advantage no nombrado y que quería ayudarle a ahorrar dinero en su cobertura. La persona que llamó le pidió a Luis su número de Medicare y, en un principio, Luis se rehusó a dárselo. Sintió que la persona que llamó lo presionó, ya que le dijo que podía perder su cobertura de Medicare, así que Luis le dio su número de Medicare. Después de la llamada, Luis no estaba seguro de a qué se había inscrito, o si la persona que llamó era realmente un representante del plan.

¿Qué debe hacer Luis?

- Luis debe llamar a su Patrulla de Medicare para Adultos Mayores (SMP, por sus siglas en inglés) para reportar la llamada. Los representantes de los Planes Medicare Advantage no tienen permitido hacer llamadas telefónicas no solicitadas a los beneficiarios. Esta persona también podría haber estado pretendiendo ser parte de un plan solo para poder robar la identidad médica de Luis y facturarle a Medicare de forma falsa.
 - Si Luis no sabe cómo comunicarse con su SMP, puede llamar al 877-808-2468 o visitar www.smpresource.org.
- La SMP ayudará a Luis a llamar a 1-800-MEDICARE para reportar que su número de Medicare se ha visto comprometido. La SMP le recomendará a Luis que revise sus estados de cuenta de Medicare, por ejemplo, el Resumen de Medicare (MSN, por sus siglas en inglés) o una Explicación de beneficios (EOB, por sus siglas en inglés), para revisar si hay cargos desconocidos por servicios que no recibió.
- La SMP también puede hacer referencias adicionales, si corresponde.
- La SMP puede referir a Luis a su SHIP local para que le ayuden a revisar su cobertura para 2025 a través de 1-800-MEDICARE o el buscador de planes de Medicare. Si parece que le han inscrito en un nuevo plan para 2025 sin su conocimiento, el SHIP reportará la situación a los CMS y le ayudará a

entender cómo regresar de forma legítima a su plan actual de la Parte D para 2025 o seleccionar un nuevo plan de la Parte D para 2025 que podría cubrir sus necesidades de una mejor forma.

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