

Recomendaciones sobre la consejería – Septiembre de 2025

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 su capacidad para adquirir un Medigap para suplementar Medicare original y/o sus opciones de Medigap pueden estar limitadas (consulte la pregunta 9).

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 2026. 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 2026 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 independiente de la Parte D, 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 satisfecho(a) 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?
- ¿Cuánto pagaré en la farmacia antes de que mi plan empiece a pagar una parte (deducible anual) y cuánto tendré que pagar después de eso (copago/coseguro) por cada medicamento que tome?
- ¿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.

Recuerde que usted tiene la opción de inscribirse en un plan de pago 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 puede escuchar que se refieren a este como facilitación de pagos ("smoothing" costs, en inglés). 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.

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

Pregúntese lo siguiente antes de elegir un Plan Medicare Advantage:

- ¿A cuánto ascienden las primas mensuales, los deducibles anuales y el 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 Medigap (consulte la pregunta 9). 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, sin importar el estado donde viva, usted puede tener acceso a un periodo especial de inscripción 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 Medigap dentro de los 12 meses siguientes a haberse inscrito 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 (en la parte izquierda de la pantalla) requiere que usted inicie sesión con 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 (en la parte derecha de la pantalla) 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 de Medicare Advantage es un artículo o servicio que Medicare original no cubre. Estos beneficios no necesitan proporcionarse a través de proveedores de Medicare o en centros certificados por Medicare. Para recibirlos, solo tiene que seguir las reglas del plan. Existen diferentes tipos de beneficios suplementarios de Medicare Advantage que usted puede recibir, por ejemplo:

- Entre los beneficios principalmente relacionados con la salud que se ofrecen más comúnmente, se encuentran la atención dental, la atención de la vista, los aparatos auditivos y las membresías al gimnasio. Estos beneficios suplementarios de Medicare Advantage pueden estar disponibles sin una prima adicional. Sin embargo, algunos beneficios suplementarios de Medicare Advantage son opcionales y requieren pagar una prima adicional. Este suele ser el caso para los beneficios dentales y de la vista.
- Los ofrecidos con menos frecuencia son los beneficios suplementarios de Medicare Advantage que no están relacionados principalmente con la salud para los beneficiarios con enfermedades crónicas. Estos beneficios abordan los factores ambientales que pueden afectar su salud, funcionamiento, calidad de vida y niveles de riesgo. Ejemplos de estos beneficios son entrega de comidas, transporte para necesidades no médicas y limpiadores de aire para el hogar. Se considera que usted tiene una enfermedad crónica si:

- Tiene al menos una condición crónica médicamente compleja que amenaza su vida o que limita significativamente su salud o función,
- Tiene un alto riesgo de hospitalización u otros resultados negativos de salud, y
- Requiere coordinación de atención intensiva.

Si cumple estos criterios, un Plan Medicare Advantage puede ofrecerle uno de estos beneficios si hay una expectativa razonable de mejorar o mantener su salud o función. Los Planes Medicare Advantage pueden crear grupos de beneficios suplementarios de Medicare Advantage para satisfacer sus necesidades. Su grupo de beneficios suplementarios de Medicare Advantage puede ser diferente al de otra persona en el mismo Plan Medicare Advantage. Por ejemplo, un plan podría cubrir servicios como limpieza de aire o de alfombras en las viviendas si usted tiene asma severa. Mientras que usted puede obtener cobertura para este servicio, una persona con asma leve no la recibiría.

En algunos casos, es posible que no haya un Plan Medicare Advantage en su área que cubra los beneficios suplementarios de Medicare Advantage que usted necesita.

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. 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. ¿Cómo puedo protegerme en contra de infracciones de comercialización y actividades fraudulentas?

Durante la inscripción abierta, existe un riesgo más alto de lo normal de que ocurran actividades fraudulentas. Medicare tiene reglas sobre la forma en que los planes pueden y no pueden comunicarse con usted durante la inscripción abierta para comercializar sus productos de seguro. Saber cómo protegerse, detectar y reportar las infracciones de comercialización y el fraude en la inscripción les ayudará a usted y a Medicare a ahorrar dinero. Los planes tienen permitido enviarle 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 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
- Lo(a) llamen o visiten en su casa sin su permiso para ofrecerle servicios o equipo
- Le ofrezcan consultas gratuitas solo a las personas con Medicare y le pidan su número de Medicare
- Digan que usted no está aprovechando los beneficios del plan a los que tiene derecho
- Le digan que usted perderá sus beneficios de Medicare a menos que se inscriba en un plan específico
- Requerir que usted proporcione su información de contacto en un evento para un plan (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. Un agente o intermediario nunca debe presionarlo(a) o engañarlo(a) para que se inscriba en un plan. Si cree que un agente de seguros ha

violado las reglas de comercialización de Medicare, usted debe guardar todos los documentos (por ejemplo, tarjeta de presentación del agente o materiales de comercialización) u otra información sospechosa, como mensajes grabados, y contactar a su Patrulla de Medicare para Adultos Mayores (SMP, por sus siglas en inglés) local. Su SMP puede ayudarle a prevenir, identificar y reportar infracciones de comercialización, además de otras formas de fraude y abuso contra Medicare. Para comunicarse con su SMP, visite www.smpresource.org o llame al 877-808-2468.

9. Si me cambio a Medicare original durante la inscripción abierta, ¿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 dónde viva, usted podría comprar una póliza de Medigap durante la inscripción abierta, 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, sin importar el estado donde viva, usted tendría un periodo especial de inscripción 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 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.

10. ¿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 2025 para que los cambios entren en vigor el 1.º de enero de 2026. Si necesita cambiar su cobertura de Medicare en 2026, 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 los costos de su propio bolsillo por los medicamentos que la Parte D cubre, usted tendrá un periodo especial de inscripción (SEP, por sus siglas en inglés) para inscribirse o cambiar de planes de la Parte D. Este es un SEP mensual para elegir un plan independiente de la Parte D (no un Plan Medicare Advantage).

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 usted 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.

11. ¿Cómo puedo protegerme en contra de las posibles infracciones de comercialización?

Medicare tiene reglas sobre la forma en que los Planes Medicare Advantage y de la Parte D pueden comunicarse con usted y comercializar sus servicios. Hay reglas especiales para el periodo de inscripción abierta de Medicare, el cual se lleva a cabo del 15 de octubre al 7 de diciembre cada año. Los planes pueden empezar con su comercialización a partir del 1.º de octubre cada año. Conocer algunas de estas reglas puede protegerle en contra de agentes o intermediarios agresivos o engañosos. Estas son algunas de las reglas importantes que debe tener en cuenta durante la inscripción abierta:

- Los planes tienen permitido enviarle correspondencia. Sin embargo, si usted no está inscrito(a) actualmente en el plan de la compañía, los planes no pueden llamarle, enviarle correos electrónicos, visitar su hogar o acercarse a usted en público para comercializar su plan sin su permiso. (Si usted está inscrito[a] actualmente en un plan, el plan debe darle la opción de dejar de recibir llamadas sobre los productos de Medicare). Incluso si llenó una tarjeta de respuesta comercial (BRC, por sus siglas en inglés) en un evento educativo o de comercialización, esto no le da permiso a un representante del plan de visitar su casa.
- Los planes deben seguir ciertas reglas en los materiales de comercialización y anuncios. Por ejemplo, los planes nunca tienen permitido sugerir que representan a Medicare o que están respaldados por Medicare o ninguna otra agencia gubernamental. No pueden usar el nombre ni el logo de Medicare en sus materiales de comercialización.
- Los representantes de los Planes Medicare Advantage y de la Parte D solo tienen permitido comunicarse con usted en ciertos lugares. No tienen permitido acercarse a usted en áreas públicas, como un estacionamiento o centro comercial. En entornos de atención de salud, solo tienen permitido proporcionar información de ventas en áreas comunes, por ejemplo, la cafetería, salas de conferencias o salas comunitarias; la información específica del plan no puede colocarse o promoverse en áreas de espera o de tratamiento. Si programa una cita con un agente o intermediario, esta persona puede ir a su

casa para hablar con usted. El agente o intermediario no puede ir de puerta en puerta o visitar su casa sin una cita.

- Medicare tiene reglas sobre lo que las compañías de seguros pueden hacer en eventos educativos. Por ejemplo, en un evento educativo, las compañías de seguros no pueden entregar materiales de comercialización o solicitudes de inscripción, proporcionar información sobre los costos del plan, adjuntar información de contacto del representante de un plan a materiales educativos (a menos que usted la solicite), programar una cita con usted o completar un formulario de alcance de la cita (SOA, por sus siglas en inglés).
- Si le interesa inscribirse en un plan, un agente debe darle un formulario de alcance de la cita (SOA, por sus siglas en inglés) para acordar sobre qué tipos de productos hablarán durante la cita. El objetivo de esto es protegerle de que le vendan productos que usted no pidió o que no le interesan. Su cita con el agente también debe ocurrir al menos 48 horas después de haber acordado el SOA, a menos que usted llegue para una cita o que se esté acercando al final de un periodo de inscripción.
- Antes de inscribirle en un plan, el representante del plan debe explicarle el efecto que el plan tendrá sobre su cobertura actual. Por ejemplo, si usted tiene un Medigap y se va a inscribir en un Plan Medicare Advantage, el representante debe informarle que usted perderá su Medigap cuando se inscriba en este nuevo plan. Esto es parte de una lista de verificación previa a la inscripción más larga que el representante debe revisar con usted antes de inscribirle en un plan. Los agentes e intermediarios también deben hablar sobre ciertos temas y hacer preguntas sobre estos temas antes de la inscripción. Por ejemplo, deben hablar sobre sus proveedores para asegurarse de que estén en la red, su preferencia de costos y primas, los beneficios específicos del plan y sus medicamentos actuales. Esto es para garantizar que usted cuente con información adecuada sobre sus elecciones y los efectos de su inscripción.
- Las compañías de seguros y los representantes de los planes no tienen permitido darle regalos por aceptar inscribirse en su plan. Sin embargo, pueden dar regalos con un valor igual o menor a \$15 dólares en ciertas circunstancias. Estos regalos no pueden ser en efectivo y deben ofrecerse independientemente de la inscripción. Por ejemplo, el regalo debe entregarse a todas las personas que asistan a un evento, no solo a las personas que se inscriban en el plan.

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. Reporte las infracciones de comercialización a su Patrulla de Medicare para Adultos Mayores (SMP, por sus siglas en inglés) o Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés) local. Su SMP o SHIP local pueden ayudarle a revisar el incidente, reportarlo ante las autoridades correspondientes y seguir detectando infracciones de comercialización. La información de contacto de su SMP o SHIP local se encuentra en la última página de este documento.

12. ¿A quién puedo llamar si tengo una pregunta o necesito ayuda?

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 para revisar sus opciones y elegir un plan que se adapte a sus necesidades. 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, error o abuso contra Medicare, o infracciones de comercialización. Los representantes de la SMP pueden enseñarle cómo prevenir y detectar un posible fraude contra Medicare. 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 pedir copias.

Estudio de caso práctico del SHIP

Lalo tiene 68 años de edad y está inscrito en un Plan Medicare Advantage. Hace poco, recibió un Aviso Anual de Cambios de su plan que indicaba que su proveedor de atención primaria, quien es el único médico con quien va regularmente, ya no estará dentro de la red de su plan el próximo año, y que el medicamento para la presión arterial que toma ya no estará incluido en la lista de medicamentos cubiertos de su plan. Lalo quiere cambiar de planes, pero no sabe cómo elegir un nuevo plan.

¿Qué debe hacer Lalo?

- Lalo debe comunicarse con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés).
 - Si no sabe cómo encontrar su SHIP, puede visitar www.shiphelp.org o llamar al 877-839-2675 para obtener ayuda.
- Un asesor del SHIP puede ayudar a Lalo a entender el proceso de selección de planes y a encontrar una cobertura de Medicare que funcione para él.
 - Lalo debe hablar con su proveedor de atención primaria sobre los tipos de seguro que acepta. Lalo debe pedirle al asesor del SHIP que le ayude a revisar los costos y la cobertura de los servicios de atención de salud de los planes que su proveedor de atención primaria acepta.
 - Esto incluye revisar las primas, los deducibles, los copagos o los coseguros del plan por los servicios de atención de salud, y los límites de los gastos de su propio bolsillo.
 - El asesor del SHIP puede ayudar a Lalo a revisar la red de proveedores del plan, el área de servicio y las reglas relacionadas con las remisiones y la autorización previa para los servicios de atención de salud.
 - El asesor también puede ayudar a Lalo a evaluar cualquier beneficio adicional que el plan cubra, como atención dental, atención de la vista o membresías a gimnasios.
 - El asesor también puede ayudar a Lalo a evaluar qué planes en su área cubren los medicamentos que necesita. Lalo debe hacer una lista de los medicamentos que toma, incluidas las dosis de cada medicamento.

- El asesor del SHIP puede usar la herramienta de búsqueda de planes de Medicare para buscar planes en el área de Lalo que cubran sus medicamentos, incluido su medicamento para la presión arterial. Si hay alguna restricción en los medicamentos, el asesor del SHIP le explicará qué significan las restricciones y cómo afectan el acceso de Lalo a sus medicamentos.
 - Por ejemplo, si hay una restricción de autorización previa en uno de los medicamentos de Lalo, el asesor del SHIP explicará que su médico debe enviar una solicitud de autorización previa al plan antes de que Lalo recoja la receta en la farmacia.
 - El asesor del SHIP también puede usar el buscador de planes de Medicare para ver qué farmacias cerca de Lalo están dentro de la red y son las preferidas de los diferentes planes. El medicamento de Lalo tendrá el menor costo posible si usa una farmacia preferida dentro de la red.
 - Si a Lalo le interesa recibir sus medicamentos por correo, el asesor del SHIP puede informarle qué planes ofrecen esa opción.
 - Lalo o un familiar también puede usar el buscador de planes de Medicare en casa al visitar www.medicare.gov/plan-compare.
- El asesor del SHIP ayudará a Lalo a limitar sus opciones. Una vez que haya seleccionado un nuevo plan, puede llamar a 1-800-MEDICARE o al plan para inscribirse. Debe elegir su nuevo plan antes del 7 de diciembre, el último día de la inscripción abierta de Medicare. Su nueva cobertura iniciará el 1.º de enero de 2026.

Estudio de caso práctico de la SMP

José asistió a una feria de salud comunitaria en su vecindario. Una compañía de seguros de salud tenía un stand con un letrero que dice que las personas podían obtener información sobre Medicare ahí. José acaba de cumplir 65 años y recibió su tarjeta de Medicare hace algunos meses, así que visitó el stand para ver qué podía aprender. Una representante de la compañía de seguros, Sara, le platicó sobre los Planes Medicare Advantage de la compañía, los cuales incluían cobertura dental. José estaba interesado en obtener más información, pero sintió que lo estaba apurando y presionando para elegir entre los planes de la compañía y para darle su número de Medicare a Sara. Antes de que José se fuera, Sara lo convenció de programar una cita con ella. José completó un formulario para acordar el alcance de la cita y programaron una reunión para el siguiente día. Cuando José se fue, se arrepintió de haber hecho esa cita y no deseaba asistir.

¿Qué debe hacer José?

- José puede contactar a su Patrulla de Medicare para Adultos Mayores (SMP, por sus siglas en inglés) o a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés) local.
 - Si no sabe cómo encontrar su SMP local, puede visitar www.smpresource.org o llamar al 877-808-2468.
 - Si no sabe cómo encontrar su SHIP, puede visitar www.shiphelp.org o llamar al 877-839-2675 (y decir “Medicare” cuando se lo pidan) para obtener ayuda.
- Un representante de la SMP o del SHIP puede ayudar a José a reportar las infracciones de comercialización que experimentó.
 - Por ejemplo, la compañía de seguros no debería haber tratado de comercializar sus planes o establecer el alcance de una cita en un evento educativo.
 - Incluso si hubiera sido el momento adecuado para programar una cita y acordar su alcance, deben transcurrir 48 horas entre este acuerdo y la hora de la cita. Sara programó la cita con José para el día siguiente.

- El representante del SHIP o de la SMP puede validar los sentimientos de José y alentarlos a seguir teniendo cuidado con situaciones en las que sienta que un representante de seguros lo está apresurando o presionando. También le dirá a José que tiene derecho a no compartir su información personal, como su número de Medicare.
- El representante de la SMP o del SHIP le dirá a José que no asista a esta cita con Sara, debido a las señales de advertencia.
- El representante del SHIP o de la SMP le dirá a José que si le interesa un Plan Medicare Advantage, un asesor de su SHIP local puede ayudarlo a comparar las opciones disponibles para él.

Información de contacto del SHIP local		Información de contacto de la SMP local	
Línea gratuita de SHIP: 800-247-4422 Correo electrónico del SHIP: IdahoSHIBA@doi.idaho.gov Sitio web del SHIP: https://doi.idaho.gov/SHIBA/		Línea gratuita de la SMP: Correo electrónico de la SMP: Sitio web de la SMP:	
Para encontrar un SHIP en otro estado: Llame al 877-839-2675 y diga “Medicare” cuando se lo pidan o visite www.shiphelp.org .		Para encontrar una SMP en otro estado: Llame al 877-808-2468 o visite www.smpresource.org .	
<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> 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 © 2025 Medicare Rights Center www.medicareinteractive.org <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>			