

## **Materiales educativos del programa Medicare Minute – Junio de 2025**

### **Medicare y la cobertura a través de un empleador**

#### **1. ¿Cómo trabaja Medicare con otros tipos de seguro, como la cobertura a través de un empleador?**

Existen muchos tipos diferentes de seguro de salud. Si va a ser elegible para Medicare, pero ya tiene un seguro, averigüe si su plan actual trabaja con Medicare y de qué forma, y qué decisiones y acciones necesita tomar.

- Seguro a través del empleo: seguro ofrecido a través de un empleador o sindicato para empleados **actuales**. Si usted tiene cobertura de seguro a través de su empleo o el de su cónyuge (o, en algunos casos, uno de sus familiares), este seguro puede trabajar con Medicare para cubrir sus costos de atención de salud. El seguro a través del empleo también puede permitirle retrasar su inscripción en Medicare. El seguro a través del empleo paga de manera principal o secundaria a Medicare, dependiendo del tamaño del empleador. Consulte las preguntas 4 a 8 para obtener más información.
- Seguro para jubilados: planes de seguro que los empleadores pueden proporcionar a los exempleados que se han jubilado. El seguro para jubilados siempre paga de manera secundaria a Medicare. Consulte las preguntas 9 y 10 para obtener más información.
- COBRA: la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA, por sus siglas en inglés) es una ley federal aprobada en 1986 que permite que ciertos empleados, sus cónyuges y sus dependientes mantengan cobertura de un plan grupal de salud (GHP, por sus siglas en inglés) durante 18 a 36 meses después de dejar su trabajo o perder la cobertura por otras razones específicas, siempre y cuando paguen el costo total de la prima. Consulte la pregunta 11 para obtener más información.

#### **2. ¿Qué son los pagadores principales y secundarios?**

Cuando usted tiene Medicare y otro tipo de seguro, Medicare será el pagador principal o secundario de sus costos médicos.

- El seguro principal paga primero por sus facturas médicas.
- El seguro secundario paga después de su seguro principal.
  - Generalmente, el seguro secundario paga por algunos o por todos los costos que quedan después de que su seguro principal ha pagado (por ejemplo, deducibles, copagos y coseguros). Por ejemplo, si Medicare original es su seguro principal, su seguro secundario puede pagar por parte o por todo el coseguro del 20 % por los servicios cubiertos de la Parte B. El seguro secundario puede resultarle útil para disminuir sus costos de salud, dependiendo de cuánta cobertura ofrezca su seguro principal y sus costos.
  - Si su seguro principal deniega la cobertura, el seguro secundario puede o no pagar por parte del costo, dependiendo del seguro.
  - Si usted no tiene un seguro principal, el seguro secundario puede pagar muy poco o nada por sus costos de atención de salud.

Si está considerando retrasar su inscripción en la Parte B debido a que tiene seguro, asegúrese de preguntar a su administrador de beneficios o departamento de recursos humanos cómo trabaja su seguro con Medicare. En los

casos donde Medicare es el seguro principal con respecto a su seguro actual, usted debe inscribirse en la Parte B para evitar tener costos elevados por su atención. Esto se debe a que cuando Medicare es el seguro principal con respecto a su otro seguro, su otro seguro puede no pagar por los costos hasta que Medicare pague, así que usted sería responsable de pagarlos de su propio bolsillo. Cuando Medicare es secundario, su seguro actual pagará la mayor parte del costo de los servicios cubiertos.

También puede confirmar cómo trabaja Medicare con su seguro actual contactando a la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) o a Medicare.

Consulte la siguiente tabla para aprender cómo Medicare se coordina con otros seguros.

Tipo de seguro	Condiciones	Principal	Secundario
<b>65 años de edad o más con seguro a través del empleo</b>	Menos de 20 empleados	Medicare	Empleador
	20 empleados o más	Empleador	Medicare
<b>Con discapacidades y un seguro a través del empleo</b>	Menos de 100 empleados	Medicare	Empleador
	100 empleados o más	Empleador	Medicare
<b>Seguro para jubilados</b>	No elegible para Medicare	Jubilados	N/A
	Elegible para Medicare	Medicare	Jubilados
<b>COBRA</b>	Tenía COBRA antes de inscribirse en Medicare	Medicare	N/A
	Tenía Medicare antes de volverse elegible para COBRA	Medicare	COBRA

### 3. ¿Qué es la cobertura válida de medicamentos?

La cobertura válida de medicamentos es, en promedio, igual de buena o mejor que el beneficio básico de la Parte D. Debe recibir un aviso de su empleador o plan alrededor de septiembre de cada año que le informará si su cobertura de medicamentos es válida. Si no ha recibido este aviso, comuníquese con su departamento de recursos humanos, plan de medicamentos o administrador de beneficios. Tenga en cuenta que esta información puede no llegar como una correspondencia aparte; puede estar incluida con otros materiales, como un boletín del plan.

Varios tipos de planes ofrecen cobertura válida de medicamentos, incluidos los siguientes:

- Algunos planes a través del empleo y para jubilados
- Beneficios de Asuntos de Veteranos (VA, por sus siglas en inglés)
- TRICARE for Life (TFL)
- Beneficios de Salud para Empleados Federales (FEHB, por sus siglas en inglés)

Si está pensando en retrasar su inscripción en la Parte D debido a que ya tiene cobertura de medicamentos recetados, asegúrese de averiguar si su cobertura es válida. Esto quiere decir que brinda cobertura que tiene el

mismo valor que el beneficio promedio de la Parte D al ser analizada por actuarios. Su plan y/o su empleador están obligados a informarle si su cobertura es válida para la Parte D. Mantener la inscripción en una cobertura válida de medicamentos quiere decir que usted no tendrá que pagar una multa por inscripción tardía (LEP, por sus siglas en inglés) por retrasar la inscripción en la Parte D. Asimismo, tener cobertura válida quiere decir que si usted descubre que va a perder dicha cobertura y desea tener cobertura de la Parte D, tendrá un periodo especial de inscripción (SEP, por sus siglas en inglés) de dos meses para inscribirse en un plan de la Parte D.

Si no tiene cobertura de medicamentos, o tiene cobertura de medicamentos que no es válida, generalmente debe inscribirse en la Parte D en cuanto se vuelve elegible. Incluso si no toma medicamentos recetados, es importante inscribirse en la Parte D para que, si más adelante necesita obtener medicamentos recetados, no tenga que pagar multas o tener periodos sin cobertura.

Recuerde que si decide retrasar su inscripción en cualquier parte de Medicare, debe mantener un registro de su seguro hasta que se inscriba en Medicare. Puede necesitar esta documentación para inscribirse en Medicare más adelante.

#### **4. ¿Debería retrasar mi inscripción en Medicare Parte B si tengo seguro a través del empleo cuando cumpla 65 años?**

Si es elegible para Medicare debido a la edad (es decir, tiene 65 años o más) y tiene cobertura de seguro a través de su empleo o el de su cónyuge, usted tiene un periodo especial de inscripción (SEP, por sus siglas en inglés) para inscribirse en la Parte B. Este SEP inicia el primer mes en que es elegible para Medicare, si tiene cobertura de seguro a través del empleo, y termina ocho meses después de que usted ya no tiene cobertura a través de un empleo actual. Cuando usa el SEP de la Parte B para inscribirse en Medicare, no tiene que pagar una multa por inscripción tardía cuando se inscribe en la Parte B más adelante y puede elegir inscribirse en cualquier momento del año. Sin embargo, recuerde que en la mayoría de los casos, usted solo debe retrasar su inscripción en la Parte B si su seguro a través del empleo es el pagador principal. Para las personas elegibles para Medicare debido a la edad:

- El seguro a través del empleo es el seguro principal si es a través de un empleador con 20 empleados o más. En este caso, Medicare es el seguro secundario y algunas personas eligen no inscribirse en la Parte B debido a la prima mensual adicional.
- El seguro a través del empleo es secundario si es a través de un empleador con menos de 20 empleados. En este caso, Medicare es el seguro principal y si usted retrasa la inscripción en Medicare, el seguro a través de su empleo puede proporcionar muy poca o nada de cobertura. Debe inscribirse en la Parte B para evitar costos elevados en su atención.

Nota: Existen diferentes reglas si usted es elegible para Medicare debido a una discapacidad (consulte la pregunta 5), si es elegible para Medicare porque tiene la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés) o si tiene Beneficios de Salud para Empleados Federales (FEHB, por sus siglas en inglés).

Para averiguar si el seguro a través de su empleo es principal o secundario, comuníquese con su departamento de recursos humanos o el de su cónyuge. Si tiene planeado retrasar su inscripción en la Parte B y usar el SEP más tarde, mantenga registros de su cobertura de seguro de salud. Tendrá que enviar un comprobante de su

inscripción en un seguro a través del empleo cuando use el SEP (consulte la pregunta 7 para obtener más información).

## **5. ¿Debería retrasar la inscripción en Medicare Parte B si tengo seguro a través del empleo y tengo menos de 65 años?**

Si es elegible para Medicare debido a una discapacidad (es decir, recibe Seguro de Discapacidad del Seguro Social) y tiene cobertura de seguro a través de su empleo, el de su cónyuge o, en algunos casos, el de un familiar, usted tiene un SEP. Este SEP inicia el primer mes en que es elegible para Medicare, si tiene cobertura de seguro a través del empleo, y termina ocho meses después de que ya no tiene cobertura a través de un empleo actual. Esto quiere decir que puede retrasar su inscripción en la Parte B sin una multa cuando se vuelve elegible para Medicare por primera vez (pero debe tener la Parte A para mantener el SSDI). Sin embargo, recuerde que en la mayoría de los casos, usted solo debe retrasar su inscripción en la Parte B si su seguro a través del empleo es el pagador principal.

- El seguro a través del empleo es un seguro principal si es a través de un empleador con 100 empleados o más. En este caso, Medicare es el seguro secundario y algunas personas eligen no inscribirse en la Parte B debido a la prima mensual adicional.
- El seguro a través del empleo es secundario si es a través de un empleador con menos de 100 empleados. En este caso, Medicare es el seguro principal y si usted retrasa la inscripción en Medicare, el seguro a través de su empleo puede proporcionar muy poca o nada de cobertura. Debe inscribirse en la Parte B para evitar costos elevados en su atención.
  - Si tiene seguro a través del empleo de un familiar y Medicare es el seguro principal, usted no tiene un SEP de la Parte B. Debe inscribirse en Medicare en cuanto se vuelve elegible para evitar multas y periodos sin cobertura.

Nota: Existen diferentes reglas si usted es elegible para Medicare debido a la edad (consulte la pregunta 4), si es elegible para Medicare porque tiene la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés) o si tiene Beneficios de Salud para Empleados Federales (FEHB, por sus siglas en inglés).

Para averiguar si el seguro a través de su empleo es principal o secundario, comuníquese con su departamento de recursos humanos o el de su cónyuge. Si tiene planeado retrasar su inscripción en la Parte B y usar el SEP más tarde, mantenga registros de su cobertura de seguro de salud. Tendrá que enviar un comprobante de su inscripción en un seguro a través del empleo cuando use el SEP para inscribirse en la Parte B (consulte la pregunta 7 para obtener más información).

## **6. ¿Cómo interactúa Medicare con las Cuentas de Ahorros para la Salud?**

Las Cuentas de Ahorros para la Salud (HSA, por sus siglas en inglés) son cuentas para personas con planes de salud con un deducible alto (HDHP, por sus siglas en inglés). Los fondos contribuidos a una HSA no están sujetos a impuestos cuando se depositan o retiran de la HSA, siempre y cuando se usen para pagar gastos médicos elegibles. Su empleador puede supervisar su HSA, o usted puede tener una HSA individual supervisada por un banco, cooperativa de crédito o compañía de seguros. Si usted tiene una HSA y pronto será elegible para Medicare, es importante que entienda la forma en que inscribirse en Medicare afectará su elegibilidad para contribuir a una HSA.

Para poder calificar para depositar dinero en una HSA, usted debe estar inscrito(a) en un plan de salud con un deducible alto (HDHP, por sus siglas en inglés) y no debe tener cobertura de seguro de salud que no sea un HDHP. Los HDHP tienen deducibles elevados que los miembros deben cubrir antes de recibir cobertura. Esto quiere decir que los miembros de un HDHP pagan la cantidad total por la mayoría de los servicios de atención de salud hasta que cubren su deducible para el año. Después, el HDHP cubre un alto porcentaje de los costos de los miembros durante el resto del año.

Debido a que las reglas fiscales que rigen las HSA no permiten contribuciones si una persona tiene cobertura de seguro que no sea un HDHP, si usted se inscribe en Medicare Parte A y/o Parte B, ya no podrá hacer contribuciones antes de impuestos a su HSA. El mes en que inicia su Medicare, el supervisor de su cuenta debe cambiar su contribución a la HSA a cero dólares al mes. Sin embargo, usted puede seguir retirando dinero de su HSA después de inscribirse en Medicare. Los retiros no están sujetos a impuestos, siempre y cuando se usen para pagar gastos médicos calificados, incluyendo deducibles, primas, copagos y coseguros.

La decisión de retrasar la inscripción en Medicare para poder seguir contribuyendo a su HSA depende de sus circunstancias. Si trabaja para un empleador con menos de 20 empleados, usted puede necesitar Medicare para poder tener un seguro principal, aunque pierda las ventajas fiscales de su HSA. Esto se debe a que la cobertura de salud de los empleadores con menos de 20 empleados paga de manera secundaria a Medicare. Si usted trabaja con este tipo de empleador y no se inscribe en Medicare, puede tener muy poca o nada de cobertura de salud porque su plan de salud no tiene que pagar hasta que Medicare pague. La cobertura de salud de un empleador con 20 empleados o más paga de manera principal a Medicare, así que usted puede elegir retrasar su inscripción en Medicare si trabaja para este tipo de empleador y continuar depositando fondos en su HSA.

Nota: En ambos casos, usted tiene acceso al SEP de la Parte B cuando pierde la cobertura o deja su trabajo (consulte la pregunta 7).

Si elige retrasar su inscripción en Medicare debido a que sigue trabajando y desea seguir contribuyendo a su HSA, también debe esperar para recibir los beneficios de jubilación del Seguro Social. Esto es así porque a las personas que están recibiendo beneficios del Seguro Social cuando se vuelven elegibles para Medicare se les inscribe automáticamente en Medicare Parte A. Usted no puede rechazar la Parte A mientras está recibiendo beneficios del Seguro Social.

Por último, si decide retrasar la inscripción en Medicare, asegúrese de detener sus contribuciones a la HSA al menos seis meses antes de que planea inscribirse en Medicare. Esto se debe a que cuando usted se inscribe en Medicare Parte A, recibe hasta seis meses de cobertura retroactiva, no más allá de su mes inicial de elegibilidad. Si no detiene sus contribuciones a la HSA al menos seis meses antes de la inscripción en Medicare, puede tener consecuencias fiscales.

Consulte a un profesional fiscal para recibir asesoría específica relacionada con las reglas de las HSA.

## **7. ¿Cómo me inscribo en Medicare después de haber retrasado mi inscripción porque tenía seguro a través del empleo?**

Puede inscribirse usando el SEP de la Parte B mientras tiene seguro a través del empleo o durante ocho meses después de dejar de tener seguro a través del empleo. Este seguro a través del empleo puede ser a través de su trabajo, el trabajo de su cónyuge o, en ocasiones, el trabajo de un familiar. Recuerde que este es un seguro a

través de un empleo actual (es decir, no es cobertura para jubilados ni COBRA). Para poder ser elegible para el SEP de la Parte B, usted también debe haber tenido cobertura continua del seguro de su empleo actual o a través de Medicare Parte B desde que se volvió elegible para Medicare. Si no ha tenido cobertura durante más de ocho meses consecutivos, ya sea a través de un empleo actual o de la Parte B, usted no es elegible para este SEP de la Parte B.

En la mayoría de los casos, usted debe inscribirse en Medicare inmediatamente después de perder un seguro a través del empleo para evitar periodos sin cobertura. Incluso si usa el SEP para evitar una multa por inscripción tardía, podría ser responsable por cualquier costo de atención de salud en que incurra en los meses posteriores a haber perdido la cobertura a través del empleo, antes de que su cobertura de Medicare entre en vigor.

Para inscribirse en la Parte B usando este SEP, necesitará los siguientes dos formularios de la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés):

- [CMS 40B](#) (Solicitud de inscripción en Medicare)
- [CMS L564](#) (Solicitud de información sobre el empleo)

Usted debe llenar y firmar el CMS 40B. Debe pedirle a su empleador que complete el CMS L564. Estos formularios le muestran a la SSA que usted ha tenido cobertura continua de seguro a través de un empleo.

Si usted ha tenido seguro a través del empleo con múltiples empleadores desde que se volvió elegible para Medicare, debe pedirle a cada empleador que complete un formulario CMS L564 por separado. Si un empleador ha cerrado su negocio o si usted no puede lograr que llene este formulario, puede enviar otro tipo de evidencia de su cobertura (por ejemplo, recibos de las primas del seguro de salud que ha pagado, formularios W-2, declaraciones de impuestos o tarjetas de seguro de salud con la fecha de vigencia adecuada).

Luego, debe entregarle estos formularios a la SSA, ya sea en persona o por correo postal a su oficina local de la SSA, o en línea en [www.ssa.gov](http://www.ssa.gov). Debe sacar copias de todo lo que entregue. Si habla con un agente en persona, el agente debe darle un recibo que indique la fecha en que usted entregó la solicitud.

Si recibe aprobación, su cobertura de Medicare entrará en vigor el primer día del mes en que se inscribió o el primer día del siguiente mes, dependiendo de la situación. Si usa este SEP de la Parte B mientras tiene seguro a través del empleo o dentro del mes siguiente a haber perdido dicho seguro, puede elegir retrasar la fecha de inicio de su Parte B hasta tres meses.

### **8. ¿Debería inscribirme en la Parte D si mi empleador ofrece cobertura de medicamentos?**

Algunos planes de seguro a través del empleo ofrecen cobertura válida de medicamentos. Si usted es elegible para Medicare y tiene cobertura válida a través de su empleador actual, puede retrasar la inscripción en la Parte D sin tener que pagar una multa por inscripción tardía (LEP, por sus siglas en inglés). Cuando decida inscribirse en la Parte D, tendrá un periodo especial de inscripción (SEP, por sus siglas en inglés) de dos meses.

Incluso si su cobertura de medicamentos no es válida, es posible que desee mantenerla como una forma de seguro secundario e inscribirse en un plan de la Parte D como el seguro principal. Tener un seguro secundario puede ayudar a reducir el costo de los medicamentos cubiertos de la Parte D. Contacte a su plan para averiguar si se coordina con la cobertura de la Parte D. También debe tomar en cuenta si el costo de su prima mensual del

plan se compensa con la cobertura que proporciona, o si sería mejor cancelar la inscripción y solo quedarse con la Parte D.

En algunos planes, usted no puede cancelar la cobertura de medicamentos sin perder sus beneficios de salud o viceversa. También tome en cuenta que su cónyuge o sus dependientes no son elegibles para usar su cobertura de Medicare y pueden necesitar otro seguro si usted cancela su plan a través del empleo. Comuníquese con su administrador de beneficios para obtener más información sobre su seguro a través del empleo antes de tomar decisiones relacionadas con la inscripción de la Parte D.

Si la cobertura de medicamentos a través de su empleo actual no es válida, de todos modos puede retrasar la inscripción en la Parte D. Tendrá el SEP de dos meses antes mencionado para inscribirse en un plan de la Parte D. Sin embargo, este SEP no elimina la LEP de la Parte D. Para evitar la LEP, necesita inscribirse en la Parte D cuando se vuelve elegible por primera vez.

### **9. ¿Cómo trabaja Medicare con la cobertura para jubilados?**

El seguro para jubilados es casi siempre secundario a Medicare, es decir, paga después de Medicare y puede proporcionar cobertura para los costos compartidos de Medicare, como deducibles, copagos y coseguro. Mantener o no su cobertura para jubilados después de inscribirse en Medicare es una decisión personal que depende de sus costos y necesidades anticipadas de atención de salud. Las primas de la cobertura para jubilados pueden ser costosas, pero puede valer la pena conservar su plan si espera tener altos costos de Medicare. La cobertura para jubilados también puede pagar por la atención u otros artículos y servicios que Medicare no cubre, por ejemplo, atención de la vista, atención dental y/o medicamentos recetados que no están incluidos en la lista de medicamentos cubiertos o de venta sin receta. También tome en cuenta que su cónyuge y sus dependientes no son elegibles para usar su cobertura de Medicare y pueden necesitar otro seguro si usted cancela su plan para jubilados.

Para obtener más información sobre los servicios cubiertos por su plan de seguro para jubilados, comuníquese con su administrador de beneficios o con el departamento de recursos humanos de su empleador.

El seguro para jubilados puede coordinarse con Medicare de manera diferente dependiendo del tipo de plan que usted tenga. A continuación se encuentran algunos tipos comunes de planes y cómo podría esperar usted que trabajen con Medicare. Asegúrese de hablar con el departamento de recursos humanos de su empleador para obtener más información.

- **Los planes de cuota por servicio (FFS, por sus siglas en inglés)** pagan por la atención de cualquier médico u hospital. Los planes FFS cubren los costos compartidos de Medicare y generalmente actúan como una póliza de seguro suplementario.
- **Los planes de atención administrada (HMO o PPO)** requieren que usted vaya con proveedores y centros dentro de la red. Sus costos suelen ser más bajos cuando va con proveedores que aceptan Medicare y su seguro para jubilados. Cuando va con proveedores de Medicare que no aceptan su seguro para jubilados, usted pagará las cantidades normales de los costos compartidos de Medicare y es posible que su seguro para jubilados no pague nada.

- **Los Planes Medicare Advantage patrocinados por un empleador** ofrecen Medicare y beneficios de salud para jubilados a las personas elegibles para Medicare. Algunos empleadores requieren que usted se inscriba a un Plan Medicare Advantage para seguir recibiendo beneficios de salud para jubilados después de volverse elegible para Medicare. Siempre puede elegir no aceptar la cobertura de su empleador e inscribirse en Medicare original o un Plan Medicare Advantage diferente, pero tome en cuenta que puede no recuperar esa cobertura para jubilados si la necesita más adelante.
- **Las pólizas de Medigap patrocinadas por un empleador** ofrecen seguro suplementario para las personas elegibles para Medicare. Usted debe tener Medicare original para inscribirse en un Medigap. Recuerde: Siempre puede elegir no aceptar la cobertura de su empleador e inscribirse en un Plan Medicare Advantage o un Medigap diferente, pero podría no recuperar esa cobertura para jubilados si la necesita más adelante.

## **10. ¿Debería inscribirme en la Parte D si mi empleador ofrece cobertura de medicamentos a las personas jubiladas?**

Algunos planes de seguro para jubilados ofrecen cobertura de medicamentos recetados. Si su seguro para jubilados ofrece cobertura válida de medicamentos y usted la prefiere en lugar de la Parte D, puede retrasar la inscripción en la Parte D sin una multa.

Incluso si su cobertura de medicamentos para jubilados no es válida, podría querer conservarla si tiene altos costos de medicamentos. Esto se debe a que algunas coberturas de medicamentos para jubilados ayudan a disminuir el costo de los medicamentos de la Parte D. Contacte a su plan para averiguar si se coordina con la cobertura de la Parte D. También debe tomar en cuenta si el costo de la prima mensual del plan para jubilados se compensa con la cobertura que proporciona, o si sería mejor cancelar la inscripción y solo quedarse con la Parte D.

En algunos planes, usted no puede cancelar la cobertura de medicamentos sin perder su cobertura de salud para jubilados o viceversa. También tome en cuenta que su cónyuge y sus dependientes no son elegibles para usar su cobertura de Medicare y pueden necesitar otro seguro si usted cancela su plan para jubilados. Por último, algunas compañías ofrecen su propio plan de la Parte D como su cobertura de medicamentos para jubilados; de ser el caso, usted no puede tener esa cobertura y otro plan de la Parte D. Comuníquese con su administrador de beneficios o con el departamento de recursos humanos de su empleador antes de tomar decisiones sobre la inscripción en la Parte D.

## **11. ¿Debería retrasar la inscripción en Medicare si tengo cobertura de COBRA a través de mi empleador?**

La Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA, por sus siglas en inglés) es una ley federal aprobada en 1986 que permite que ciertos empleados, sus cónyuges y sus dependientes mantengan cobertura de un plan grupal de salud (GHP, por sus siglas en inglés) durante 18 a 36 meses después de dejar su trabajo o perder la cobertura por otras razones específicas, siempre y cuando paguen el costo total de la prima. COBRA no es cobertura a través de un empleo actual y, por lo tanto, no es un seguro a través del empleo para los fines del SEP de la Parte B. COBRA siempre paga de manera secundaria a Medicare.

Volverse elegible para Medicare puede afectar su elegibilidad para COBRA. Aunque es posible obtener COBRA si ya tiene Medicare, no suele ser posible mantener COBRA si tiene esta cobertura antes de volverse elegible para Medicare. Poder tener COBRA y Medicare depende de qué forma de seguro haya tenido primero.

- Si usted tiene COBRA cuando se vuelve elegible para Medicare, su cobertura de COBRA generalmente termina en la fecha en que usted obtiene Medicare. Debe inscribirse en la Parte B inmediatamente porque no tiene derecho a un periodo especial de inscripción (SEP, por sus siglas en inglés) cuando COBRA termine. Su cónyuge (a menos que también se vuelva elegible para Medicare) y sus dependientes pueden mantener COBRA por hasta 36 meses, independientemente de si **usted** se inscribe en Medicare durante ese periodo (a menos que también se vuelva elegible para Medicare).
  - Es posible que usted pueda mantener su cobertura de COBRA para los servicios que Medicare no cubre. Por ejemplo, si tiene seguro dental de COBRA, la compañía de seguros que proporciona su cobertura de COBRA puede permitirle cancelar su cobertura médica, pero seguir pagando una prima por la cobertura dental, mientras usted tenga derecho a tener COBRA. Comuníquese con su plan para obtener más información.
- Si usted tiene Medicare Parte A o Parte B cuando se vuelve elegible para COBRA, se le debe permitir inscribirse en COBRA. Medicare es su seguro principal y COBRA es el seguro secundario. Debe mantener su Medicare (e inscribirse en la Parte B si no lo ha hecho) porque este seguro es responsable de pagar por la mayoría de sus costos de atención de salud. COBRA suele ser costosa, pero puede ser útil si usted tiene gastos médicos elevados y su plan cubrirá los costos compartidos de Medicare u ofrece otros beneficios necesarios.

Nota: Si usted es elegible para Medicare debido a la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés), su cobertura de COBRA es la cobertura principal durante el periodo de coordinación de 30 meses. Asegúrese de obtener información sobre las reglas de Medicare por ESRD cuando tome decisiones sobre la cobertura.

## **12. ¿Por qué y cómo debo proteger mi número de Medicare?**

El robo de identidad médica ocurre cuando una persona roba su información personal, como su nombre y número de Medicare, para obtener tratamiento o productos médicos y cobrárselos a su seguro. Es importante proteger su número de Medicare y solo compartirlo con personas de confianza.

El robo de identidad médica puede afectar sus expedientes médicos y de seguro de salud. Cada vez que un estafador usa sus números médicos para cobrar por atención o suministros que usted no pidió o no necesitaba, se crea un registro con información médica incorrecta.

Prevenga un posible robo de identidad médica al hacer lo siguiente:

- Nunca comparta su número de Medicare u otra información personal con ninguna persona que no sea su médico, proveedor de atención de salud u otros representantes de confianza.
- Siempre proteja su número y tarjeta de Medicare como lo haría con una tarjeta de crédito.
- Nunca comparta su número de Medicare con ninguna persona que se ponga en contacto con usted a través de llamadas, mensajes de texto o correos electrónicos no solicitados.
- Siempre tenga cuidado con cualquier persona que le ofrezca pruebas, tratamientos y suministros médicos "gratuitos" o regalos.

Reporte un posible robo de identidad médica si:

- Compartió su número de Medicare por teléfono o Internet a alguien que le ofreció artículos médicos, como equipo médico duradero, pruebas genéticas o para detectar demencia, pruebas de detección de cáncer o soportes de espalda.
- Compartió su número de Medicare por teléfono con alguien que le dijo que usted necesitaba una "NUEVA" tarjeta de Medicare que es de plástico, tiene un chip o está laminada. Medicare no está cambiando ni actualizando las tarjetas de Medicare.
- Ve cargos en sus estados de cuenta de Medicare por servicios o artículos que no recibió o que no necesita.
- Una agencia de cobro de deudas se comunica con usted debido a una factura por servicios que usted no recibió.
- Recibe cajas de soportes o férulas, kits de prueba u otros suministros médicos por correo que usted no solicitó o no necesita.

Puede reportar un posible robo de identidad médica al comunicarse con su Patrulla de Medicare para Adultos Mayores (SMP, por sus siglas en inglés). La información de contacto de su SMP local se encuentra en la última página de este documento.

### 13. ¿Con quién debo comunicarme si tengo preguntas?

**Su empleador o coordinador de beneficios:** si tiene preguntas sobre su seguro a través del empleo y cómo trabaja con Medicare.

**Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés):** si está listo(a) para inscribirse en Medicare.

**Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés):** si desea obtener asesoría individual sobre Medicare y hablar sobre sus opciones de cobertura. 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):** comuníquese con su SMP si cree que ha experimentado un posible fraude, error o abuso contra Medicare. La información de contacto de su SMP local se encuentra en la última página de este documento.

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

José cumplió 65 años hace seis meses y tiene cobertura de seguro a través del empleo actual de su cónyuge. No se inscribió en Medicare cuando cumplió 65 años porque ya tenía cobertura a través del empleador de su cónyuge. Hace unas semanas, José fue al médico por primera vez desde que se volvió elegible para Medicare. Hoy recibió un aviso de denegación del plan a través del empleador. El aviso dice que el plan no pagará por la visita al consultorio del médico de José porque el plan no es el seguro principal.

#### **¿Qué debe hacer José?**

- José 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](http://www.shiphelp.org) o llamar al 1-877-839-2675 para obtener ayuda.
- Un asesor del SHIP puede ayudar a José a entender su situación. El asesor del SHIP explicará cómo trabaja el seguro a través del empleo con Medicare para las personas elegibles para Medicare debido a la edad. Medicare es el seguro principal si la compañía tiene menos de 20 empleados y Medicare es el seguro secundario si la compañía tiene 20 empleados o más.
- Para José, es probable que la cobertura de su cónyuge sea de una compañía con menos de 20 empleados. Es por esto que José recibió un aviso que decía que su plan no es el seguro principal. Es posible que el plan haya hecho un pago principal en los últimos 6 meses por error, ya que podría no haberse dado cuenta hasta ahora de que José era elegible para inscribirse en Medicare Parte B. Como se supone que Medicare debe pagar primero por la atención de salud de José, el plan del empleador no hará un pago hasta que Medicare lo haga.
- El asesor del SHIP puede informarle a José que tiene un SEP para inscribirse en Medicare Parte B. José tiene un SEP porque está cubierto por un seguro a través del empleo. José puede inscribirse en la Parte B llamando a la Administración del Seguro Social al 800-772-1213.
- El asesor también debe informarle a José sobre cómo puede evitar una LEP de la Parte D. José debe preguntarle al administrador de beneficios de su cónyuge si el seguro a través del empleo proporciona cobertura válida, que es cobertura igual o mejor que Medicare Parte D. Si la cobertura de medicamentos de José es válida, puede retrasar la inscripción en Medicare Parte D sin una multa. Tendrá un SEP para inscribirse en la Parte D cuando ya no tenga cobertura válida. Si no tiene cobertura válida, debe inscribirse en la Parte D de inmediato y puede tener que pagar una multa por los meses en que fue elegible para la Parte D, pero no se inscribió.
- El asesor también puede decirle a José que el plan del empleador puede tratar de recuperar los pagos que hizo durante el tiempo en que Medicare Parte B debería haber sido el pagador principal, pero que José no estaba inscrito.

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

Raquel tiene 66 años de edad y tiene Medicare original. Recibió una llamada de alguien que dijo que trabaja para Medicare. La persona que llamó describió un programa donde Medicare le enviará un kit gratuito de prueba genética para evaluar su riesgo de cáncer y demencia. La persona dijo que sería una muestra con hisopo bucal que puede completar en casa. La persona que llamó solo necesita el número de Medicare de Raquel y su nombre completo para confirmar su identidad antes de enviar el kit de prueba. Raquel proporciona la información y la llamada termina. Unas semanas después, Raquel se da cuenta de que no recibió los materiales de la prueba genética y no puede encontrar la información de contacto de la persona que llamó. Ahora se está preguntando si no debió haber compartido su información médica con la persona que llamó.

### **¿Qué debe hacer Raquel?**

- Raquel debe llamar a su SMP local para reportar la preocupación potencial.
  - Si no sabe cómo comunicarse con su SMP local, puede visitar [www.smpresource.org](http://www.smpresource.org) o llamar al 877-808-2468.
- El integrante del equipo de la SMP puede confirmar que Medicare solo tiene cobertura limitada para las pruebas genéticas y que su médico debería haber sido el que las ordenara. Es probable que la llamada haya sido una estafa y lo ideal es que Raquel no comparta su información personal por teléfono con personas que no conoce.

- Raquel debe revisar si ha habido cargos sospechosos en sus estados de cuenta de Medicare recientemente.
  - Raquel puede revisar su Resumen de Medicare (MSN, por sus siglas en inglés) o llamar a 1-800-MEDICARE.
- El integrante del equipo de la SMP puede ayudar a Raquel a reportar ante Medicare que su número se ha visto comprometido y reportar el fraude potencial ante las autoridades correspondientes.
- El integrante del equipo de la SMP puede proporcionar materiales educativos adicionales a Raquel para prevenir y detectar futuros intentos de robo de identidad médica u otro tipo de fraude y abuso relacionados con la atención de salud a los que se puede enfrentar.

Información de contacto del SHIP local	Información de contacto de la SMP local
<p><b>Línea gratuita de SHIP:</b>  <b>Correo electrónico del SHIP:</b>  <b>Sitio web del SHIP:</b></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>  <b>Correo electrónico de la SMP:</b>  <b>Sitio web de la SMP:</b></p> <p><b>Para encontrar una SMP en otro estado:</b>            Llame al 877-808-2468 o visite <a href="http://www.smpresource.org">www.smpresource.org</a>.</p>
<p><i>Este documento está respaldado por la Administración de Vida Comunitaria (ACL, por sus siglas en inglés) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (HHS, por sus siglas en inglés), como parte de una concesión de ayuda económica con un total de \$2,534,081, de los cuales el 100 por ciento está financiado por ACL/HHS. El contenido pertenece al autor o autores y no representa necesariamente los puntos de vista oficiales, ni el respaldo, de ACL/HHS ni del gobierno estadounidense.</i></p> <p>Centro de Soporte Técnico de SHIP: 877-839-2675   <a href="http://www.shiphelp.org">www.shiphelp.org</a>   <a href="mailto:info@shiptacenter.org">info@shiptacenter.org</a>            Centro de Recursos de la SMP: 877-808-2468   <a href="http://www.smpresource.org">www.smpresource.org</a>   <a href="mailto:info@smpresource.org">info@smpresource.org</a>            © 2025 Medicare Rights Center   <a href="http://www.medicareinteractive.org">www.medicareinteractive.org</a></p> <p><i>El Centro de Derechos de Medicare (Medicare Rights Center) es autor de ciertas secciones del contenido en estos materiales, pero no es responsable por ningún contenido que el Centro de Derechos de Medicare no haya creado.</i></p>	