

Materiales educativos del programa Medicare Minute – Diciembre de 2024

Cómo complementar Medicare

1. ¿Qué queremos decir con "complementar" Medicare?

Medicare cubre muchas cosas: estancias hospitalarias, asistencia a domicilio, equipo médico duradero, casi todas las vacunas de forma gratuita y fisioterapia ilimitada, por nombrar solo algunas. Sin embargo, Medicare no cubre toda la atención médica. Solo porque algo no esté cubierto por Medicare, no quiere decir que la atención no sea importante y necesaria. Por ejemplo, Medicare no cubre la mayoría de la atención dental, de la vista y del oído, incluyendo aparatos auditivos. Tampoco cubre la mayoría del transporte de no emergencia ni la atención fuera de Estados Unidos. Incluso cuando Medicare cubre su atención, puede haber costos de su propio bolsillo que usted debe pagar, como copagos y coseguros, que pueden volverse muy costosos. Sin embargo, hay otras formas de obtener cobertura para estos servicios y costos. En otras palabras, usted puede "complementar" Medicare usando Medigap, beneficios suplementarios de un Plan Medicare Advantage, planes privados independientes, Medicaid y centros de bajo costo.

2. ¿Qué es un Medigap y cómo puedo inscribirme en uno?

Los 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 todos los costos que quedan después de que Medicare original paga. Los Medigap pueden cubrir los deducibles, coseguros y copagos pendientes. Los Medigap también pueden cubrir costos de atención de salud que Medicare no cubre en lo absoluto, como la atención que usted recibe cuando está en el extranjero. Recuerde que los Medigap solo trabajan con Medicare original. Si usted tiene un Plan Medicare Advantage, no puede comprar un Medigap.

Los Medigap ayudan a pagar por ciertos costos de Medicare, incluyendo deducibles, coseguro y copagos. Los Medigap no ayudan a pagar por las primas de Medicare. Todas las pólizas deben ofrecer los siguientes beneficios básicos:

- Cobertura de coseguro hospitalario
- 365 días adicionales de cobertura completa de hospital
- Cobertura total o parcial del coseguro del 20 % por los cargos de proveedores y otros servicios de la Parte B
- Cobertura total o parcial para las primeras tres pintas de sangre que necesite cada año
- Coseguro de hospicio para medicamentos y cuidado de relevo

Además de estos beneficios básicos, cada Medigap estandarizado cubre una cantidad diferente de sus costos compartidos de Medicare. Dependiendo de qué póliza de Medigap elija, puede obtener cobertura para gastos adicionales, incluyendo:

- Deducible de hospital
- Coseguro de centros de enfermería especializada
- Deducibles de la Parte B (Importante: Las personas elegibles para Medicare a partir del 1.º de enero de 2020 no pueden comprar planes Medigap que paguen el deducible de la Parte B. Consulte lo siguiente para obtener más información).
- Atención de emergencia fuera de EE. UU.
- Atención preventiva que Medicare no cubre

- Exceso de cargos de médicos (algunos Medigap pagarán un cargo limitante, que es la cantidad por encima de la cantidad aprobada por Medicare que los médicos no participantes pueden cobrar).

Si desea comprar una póliza de Medigap, necesita averiguar cuál es el mejor momento para comprar una en su estado. En la mayoría de los estados, las compañías de seguros deben venderle una póliza solo durante ciertos periodos y si usted cumple con ciertos requisitos. Si no compra un Medigap durante esos periodos, sus costos pueden aumentar, sus opciones pueden estar limitadas o quizá no pueda comprar un Medigap.

Bajo la ley federal, usted tiene derecho a comprar una póliza de Medigap si:

- Tiene 65 años y está inscrito(a) en Medicare
- Y, usted compra su póliza durante un periodo protegido de inscripción.

En los periodos donde usted tenga derecho a comprar una póliza de Medigap, una compañía de seguros no puede:

- Denegarle cobertura de Medigap
- O, cobrarle más por una póliza debido a problemas de salud pasados o presentes.

Antes de comprar un Medigap, averigüe si su estado ofrece protecciones adicionales. Por ejemplo, algunos estados permiten que las personas se inscriban en Medigap fuera de los periodos federalmente protegidos. Por ejemplo, los residentes de Nueva York y de Connecticut pueden comprar una póliza durante todo el año, no solo en periodos específicos. Estos dos estados también requieren que las aseguradoras les vendan a las personas con Medicare que tienen menos de 65 años. Llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés) o Departamento de Seguros para obtener más información sobre su derecho a comprar una póliza de Medigap en su estado. La información de contacto de su SHIP local se encuentra en la última página de este documento.

Incluso si no tiene derecho a comprar un Medigap en su estado, usted podría comprar una póliza si su compañía acepta venderle una. Sin embargo, tome en cuenta que las compañías pueden cobrarle un precio más alto debido a su estado de salud u otras razones.

Cuando esté listo(a) para comprar un Medigap, debe comparar sus opciones y decidir qué plan desea. Puede comparar los Medigap en www.medicare.gov. Después de elegir un Medigap, debe comunicarse directamente con la compañía de seguros para inscribirse.

3. ¿Qué son los beneficios suplementarios de 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.

La mayoría de los beneficios suplementarios deben estar relacionados principalmente con la salud. 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 deben 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 pueden ofrecer beneficios que no estén relacionados principalmente con la salud, como entrega de comidas, transporte para necesidades no médicas y limpiadores de aire para casas. Para poder ser elegible para estos beneficios, usted debe tener una enfermedad crónica.

Para que se le considere que tiene una enfermedad crónica con el fin de acceder a estos beneficios, su plan debe determinar que usted cumple con todo lo siguiente:

- Tiene al menos una condición 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.
- Requiere coordinación de atención intensiva.

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.

Es muy importante leer las reglas de cobertura de un plan relacionadas con los beneficios suplementarios. Puede escuchar que un plan cubre la "atención dental" y asumir que esto significa que el plan cubrirá limpiezas, radiografías, empastes, coronas y dentaduras postizas. Sin embargo, los beneficios suplementarios de los planes a veces no son tan completos como usted podría suponer inicialmente. Por ejemplo, un plan puede cubrir únicamente limpiezas de rutina o tener restricciones sobre la frecuencia en que puede usar sus beneficios dentales. Si un Plan Medicare Advantage dice que cubre muchos beneficios suplementarios, recuerde hacer preguntas, obtener respuestas por escrito y leer las reglas de cobertura para saber exactamente qué significa esto.

4. ¿De qué otra forma puedo obtener cobertura de atención dental, de la vista y del oído?

Medicare no suele cubrir la atención dental, de la vista y del oído. Por supuesto, esto no significa que este tipo de atención no sea importante y, a menudo, necesaria. Usted puede pagar de su propio bolsillo por este tipo de atención, y muchos proveedores trabajarán con usted para crear un plan de pago para aliviar la carga financiera. Sin embargo, esto no es siempre una opción. A continuación se encuentran otras estrategias y recursos para acceder a la atención dental, de la vista y del oído:

- Planes independientes: Usted puede comprar planes independientes dentales, de la vista o del oído a través de compañías privadas de seguros. Las primas para estos planes suelen ser mucho más bajas que la prima de la Parte B, con planes dentales, de la vista y del oído que a menudo van desde \$5 hasta \$50 al mes.

- **Planes Medicare Advantage:** Los planes privados de Medicare a menudo ofrecen beneficios suplementarios. Los beneficios suplementarios comunes son atención dental, de la vista y del oído de rutina. Sin embargo, recuerde leer las reglas específicas de un plan, ya que estos beneficios suplementarios pueden tener restricciones de cobertura o cobertura menos completa. (Consulte la pregunta 3).
- **Medicaid:** En algunos estados, Medicaid cubre servicios dentales, de la vista o del oído. Usted puede ser elegible para Medicaid si tiene bajos ingresos y bienes mínimos. (Consulte la pregunta 6).
- **Clínicas dentales gratuitas o a costo reducido:** estas clínicas están disponibles en muchos estados. Use los recursos disponibles en [NeedyMeds](https://www.NeedyMeds.org), [healthcare.gov](https://www.healthcare.gov), [freeclinics.com](https://www.freeclinics.com) y [hhs.gov](https://www.hhs.gov) para obtener más información.
- **Centros de Salud Federalmente Calificados (FQHC, por sus siglas en inglés):** los FQHC son centros de atención de salud ubicados en áreas médicamente marginadas. Las personas con Medicare son elegibles para recibir servicios de un FQHC. Algunos FQHC pueden ofrecer atención dental.
- **Centros de Salud Comunitaria (CHC, por sus siglas en inglés):** los CHC brindan servicios de salud gratuitos o a costo reducido, incluida la atención dental. Los CHC están financiados por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA, por sus siglas en inglés).
- **Hospitales locales:** llame a los hospitales en su área para preguntar si ofrecen clínicas dentales, cómo puede convertirse en uno de sus pacientes, qué servicios ofrecen y a qué costo, y si hay planes de pago disponibles.
- **Escuelas y hospitales de capacitación:** las escuelas y los centros que capacitan a dentistas, optometristas y audiólogos pueden ofrecer atención de bajo costo. Los estudiantes trabajan con pacientes bajo la supervisión de proveedores experimentados con licencia.

5. ¿Cubre Medicare los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés)?

Medicare no suele cubrir los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés). Los LTSS se refieren a los servicios y apoyos que le ayudan a desempeñar actividades cotidianas. Los LTSS pueden brindarse en un asilo, centro de vida asistida u otro entorno, y pueden incluir atención médica, terapia, cuidado las 24 horas, cuidado personal y cuidado de compañía (servicios de trabajo doméstico). Si usted necesita LTSS, existen otras organizaciones y formas de seguro que puede probar:

- Medicaid es un programa estatal y federal que brinda cobertura de salud si usted tiene ingresos limitados. Los beneficios de Medicaid se coordinan con Medicare. Medicaid es el pagador más grande del país de los LTSS y pagará por el cuidado en un asilo. Los beneficios de Medicaid también se coordinan con Medicare. (Consulte la pregunta 6).
- Una Agencia sobre el Envejecimiento del Área (AAA, por sus siglas en inglés) puede brindarle asesoría y conectarle con servicios en su área.

- Los centros locales para adultos mayores pueden tener programas que pueden entregar comidas, proporcionar transporte y asistencia con las compras, y ofrecer administración de casos. Para encontrar centros para adultos mayores en su área, llame a su AAA local.
- Las organizaciones religiosas y de beneficencia pueden ofrecer servicios, ayuda económica y/o referencias a otras organizaciones en su área.
- Los administradores de atención geriátrica son profesionales de servicios humanos y de salud que trabajan de forma privada con usted y su familia para crear un plan de cuidado que cubra sus necesidades.
- En ciertas áreas, puede marcar 2-1-1 para pedir referencias a los servicios comunitarios. También puede comunicarse con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés) para obtener ayuda y asesoría. La información de contacto de su SHIP local se encuentra en la última página de este documento.

Si no sabe qué tipo de cuidado necesita, le recomendamos que le pregunte primero a su proveedor.

6. ¿Cubre Medicaid los servicios que Medicare no cubre?

Sí. Si usted es elegible para Medicare y Medicaid (doble elegibilidad), puede inscribirse en ambos. Medicaid es un programa federal y estatal que proporciona cobertura de salud a ciertas personas con ingresos y bienes limitados. Medicaid puede cubrir servicios que Medicare no cubre, como el cuidado a largo plazo, y, dependiendo del estado, puede cubrir otra atención excluida de Medicare, como la atención dental y de la vista de rutina. También puede cubrir los costos del propio bolsillo de Medicare (deducibles, coseguros y copagos). Como los programas de Medicaid son diferentes de un estado a otro, llame a su oficina local de Medicaid o a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés) para obtener más información. La información de contacto de su SHIP local se encuentra en la última página de este documento.

Cada estado administra diferentes programas financiados por Medicaid para diferentes grupos de personas, incluyendo:

- Adultos mayores
- Personas con discapacidades
- Menores de edad
- Personas embarazadas
- Padres y/o cuidadores de menores de edad

Todos los estados tienen programas de Medicaid para personas con ingresos y bienes limitados que necesitan atención en un asilo de ancianos, servicios de cuidado a largo plazo y servicios de asistencia médica a domicilio. Algunos estados también tienen programas para adultos que no entran en ninguna de estas categorías.

Cada estado utiliza pautas de elegibilidad económica para determinar si usted es elegible para la cobertura de Medicaid. Generalmente, sus ingresos y bienes deben estar por debajo de cierta cantidad para ser elegibles, pero

esta cantidad varía según el estado y el programa. Usted es elegible para Medicaid si entra dentro de un grupo elegible y cumple con los requisitos de elegibilidad económica de ese grupo.

Algunos estados ofrecen un programa de reducción de gastos de Medicaid o un programa para personas con necesidades médicas a las personas cuyos ingresos sobrepasan los requisitos de elegibilidad de su estado. Un programa de reducción de gastos le permite deducir sus gastos médicos de sus ingresos para poder ser elegible para Medicaid. Comuníquese con su oficina local de Medicaid para averiguar si existe un programa de reducción de gastos disponible en su estado.

7. ¿Qué son las estafas relacionadas con los aparatos auditivos y cómo puedo evitarlas?

Medicare no cubre la mayoría de la atención del oído, incluyendo los aparatos auditivos. Debido a que los aparatos auditivos de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés) son un producto nuevo, los adultos mayores pueden no darse cuenta de que pueden comprar uno sin una receta médica. Los estafadores pueden aprovecharse de esto para robarse el número de Medicare de una persona al vender dispositivos. Asimismo, algunas compañías que venden aparatos auditivos de OTC pueden hacer declaraciones falsas, tener etiquetas poco claras o engañosas y no ofrecer las garantías y la atención al cliente que prometieron.

Las estafas relacionadas con los aparatos auditivos pueden ir de compañías deshonestas que le engañan hasta alguien que le llama para decirle que Medicare cubrirá un aparato auditivo con el fin de obtener su número de Medicare o que le prometen otros suministros médicos no necesarios. (Obtenga más información sobre esta forma de fraude, llamado robo de identidad médica, en: <https://smpresource.org/medicare-fraud/fraud-schemes/medical-identity-theft/>)

A continuación, se encuentran algunas señales de advertencia que pueden indicar la existencia de una estafa relacionada con aparatos auditivos, identificadas por el [Consejo Nacional sobre el Envejecimiento \(NCOA, por sus siglas en inglés\)](#):

- **Marcas desconocidas:** en lugar de esto, busque nombres de marcas conocidas y con buena reputación y reseñas en sitios web de aparatos auditivos y de venta al por menor. Puede obtener información en línea sobre la reputación de una compañía en [Better Business Bureau](#) o [TrustPilot](#).
- **Etiquetas poco claras o engañosas:** asegúrese de que su dispositivo esté etiquetado claramente como aparato auditivo (en lugar de, por ejemplo, un "aumento de audición") para evitar comprar un tipo diferente de producto.
- **Certificados falsos de registro de la FDA:** evite cualquier producto con un certificado de la FDA, ya que la FDA no emite certificados de registro. Esto puede ser una estafa o comercialización engañosa.
- **Precios extremadamente bajos:** las compañías que venden aparatos auditivos muy por debajo del precio de otras compañías pueden estar tratando de venderle un producto auditivo diferente a un aparato auditivo, o estar tratando de venderle un dispositivo de muy baja calidad. Tome en cuenta su presupuesto, pero recuerde que una oferta que parece demasiado buena para ser verdad puede ser justo eso.

- **No hay un periodo de prueba o una garantía:** la mayoría de las compañías ofrecen al menos un periodo de prueba de 30 días para probar nuevos dispositivos y algunas ofrecen más días. Tenga cuidado con las compañías que no ofrecen estos periodos de prueba o garantías.
- **Falta de atención al cliente:** evite las compañías que no tienen información de contacto clara en su sitio web. Las compañías con buena reputación deben tener una forma fácil en que usted puede comunicarse con ellas si está experimentando algún problema.
- **Reclamos sin fundamento:** actualmente no existe una cura para la pérdida de la audición, así que tenga cuidado con las compañías que dicen que sus productos pueden curarla o que ofrecen un alivio inmediato de los síntomas.

8. ¿Con quién debo comunicarme para obtener más información sobre la cobertura suplementaria de Medicare?

Herramientas de comparación de planes de Medicare.gov: si le interesa inscribirse en un Medigap o Plan Medicare Advantage, recuerde que puede comparar planes en línea en www.medicare.gov/plan-compare.

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés): su SHIP local puede ayudarle a obtener información sobre sus opciones de cobertura y los recursos locales disponibles para usted. Los asesores del SHIP son personas capacitadas de confianza que pueden brindar asesoría imparcial sobre Medicare. Pueden darle asesoría individual para darle apoyo en una situación específica. La información de contacto de su SHIP local se encuentra en la última página de este documento.

Patrulla de Medicare para Adultos Mayores (SMP, por sus siglas en inglés): comuníquese con su SMP si cree que ha experimentado una estafa relacionada con un aparato auditivo de venta sin receta o si ha experimentado un posible fraude, error o abuso contra Medicare. Las SMP habilitan y ayudan a los beneficiarios de Medicare, a sus familias y a los cuidadores a prevenir, detectar y reportar fraudes, errores y abusos relacionados con la atención de salud. La información de contacto de su SMP local se encuentra en la última página de este documento.

Oficina local de Medicaid: Si tiene ingresos y bienes limitados, puede ser elegible para cobertura adicional a través de Medicaid. contacte a su oficina local de Medicaid para obtener más información sobre las pautas de elegibilidad y la cobertura en su estado.

Su médico: si no sabe si necesita cobertura adicional para estos diferentes tipos de atención, considere tener una conversación con su médico. Su médico puede ayudarle a evaluar sus necesidades de salud y su plan de atención.

Compañías de seguro privado: puede inscribirse en cobertura adicional directamente a través de las compañías de seguros. Por ejemplo, puede inscribirse en un plan dental independiente, un Medigap o un plan de cuidado a largo plazo.

Estudio de caso práctico de SHIP

Sandra está buscando un nuevo Plan Medicare Advantage. Su amiga, Rosa, va a inscribirse en un plan que ofrece beneficios dentales, transporte al consultorio médico y comidas entregadas a domicilio. A Sandra le gustaría inscribirse en este plan, pero desea asegurarse de que está tomando la decisión correcta.

¿Qué debe hacer Sandra?

- Sandra puede llamar a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés) para que le ayuden a tomar decisiones sobre la cobertura de Medicare Advantage.
 - Si Sandra no sabe cómo comunicarse con su SHIP, puede llamar al 877-839-2675 o visitar www.shiphelp.org.
- El asesor del SHIP puede ayudar a Sandra a entender los diferentes factores que debe considerar al elegir un Plan Medicare Advantage.
 - Primero, Sandra debe averiguar si el plan que está considerando incluye en su red a todos los médicos a los que le gustaría ver y si todos los medicamentos que toma están en su lista de medicamentos cubiertos.
 - Sandra también debe considerar los costos del plan —sus primas, deducibles y copagos o coseguros— para ver si este plan es el adecuado para ella.
 - Al considerar los beneficios suplementarios, el asesor del SHIP puede decirle a Sandra que averigüe exactamente qué beneficios estarán disponibles para ella. Puede hacer esto llamando al plan para obtener más detalles sobre su cobertura de beneficios suplementarios.
 - Algunos de los beneficios que Rosa va a recibir pueden ofrecerse únicamente a los miembros del plan con condiciones crónicas. Si Sandra no cumple con los criterios de cobertura del plan, estos beneficios no estarán disponibles para ella.
- Si Sandra decide que este plan es adecuado para ella, el asesor del SHIP puede indicarle que llame a 1-800-MEDICARE o al plan para inscribirse.
- Si Sandra se entera de que este plan no es el adecuado para ella, el asesor del SHIP puede ayudarle a encontrar otro plan que cubra sus necesidades y también puede darle información sobre los recursos locales que pueden ayudarle a encontrar servicios como atención dental y comidas a domicilio.

Estudio de caso práctico de la SMP

Gabriel tiene pérdida de audición de moderada a grave que ha empezado a afectar su capacidad para comunicarse con sus seres queridos. No ha ido con un médico especialista en audición porque sabe que los aparatos auditivos son costosos. Sin embargo, ha visto anuncios en Facebook sobre los aparatos auditivos de OTC a un precio asequible, con un descuento especial para las personas con Medicare. Gabriel sabe que probablemente debe ir con un médico y, en última instancia, obtener un aparato auditivo de alta calidad, pero está pensando probar primero uno de estos productos que está viendo en línea. Cuando hace su pedido, la compañía le pide su número de Medicare para darle el descuento. Sin embargo, su hija le dice que se asegure de que no sea una estafa en línea.

¿Qué debe hacer Gabriel?

- Gabriel debe tener cuidado con cualquier anuncio de productos de OTC que pida su número de Medicare.

- Gabriel debe comunicarse con su Patrulla de Medicare para Adultos Mayores (SMP, por sus siglas en inglés) para reportar la posible preocupación debido a que su número de Medicare puede estar comprometido.
 - Si no sabe cómo comunicarse con su SMP, puede llamar al 877-808-2468 o visitar www.smpresource.org.
- Gabriel debe obtener más información sobre la compañía y el aparato auditivo de OTC:
 - Debe asegurarse de que la compañía tenga buena reputación y buenas reseñas en otros sitios web.
 - También debe asegurarse de que la compañía tenga información de contacto en su sitio web para que pueda comunicarse fácilmente con el departamento de atención al cliente de ser necesario.
 - Debe asegurarse de que el producto sea un aparato auditivo y no otro tipo de dispositivo que no quiera.
 - También debe averiguar si hay un periodo de prueba y una garantía para el aparato auditivo.
 - Debe investigar si la compañía está vendiéndolo a un precio mucho más bajo que otros productos similares, está haciendo declaraciones sin fundamentos o está diciendo que tiene una certificación especial de la FDA.
- Gabriel debe considerar ir a un examen del oído en persona, de ser posible. El profesional de la audición también puede recomendarle productos y servicios con buena reputación.

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: shiba.idaho.gov Para encontrar un SHIP en otro estado: Llame al 877-839-2675 y diga “Medicare” cuando se lo pidan o visite www.shiphelp.org .	Línea gratuita de la SMP: 800-247-4422 Correo electrónico de la SMP: idahoshiba@doi.idaho.gov Sitio web de la SMP: https://aging.idaho.gov/stay-safe/senior-medicare-patrol-fraud-prevention Para encontrar una SMP en otro estado: Llame al 877-808-2468 o visite www.smpresource.org .

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.

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

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.

