

Materiales educativos del programa Medicare Minute – Mayo de 2021 Programas de asistencia para los costos de Medicare

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

Los Programas de Ahorros de Medicare (MSP, por sus siglas en inglés), también conocidos como programas "Buy-In" de Medicare o Programas de Pago de Primas de Medicare, le ayudan a pagar sus costos de Medicare si usted tiene ingresos y ahorros limitados. Hay tres programas principales, cada uno con diferentes beneficios y requisitos de elegibilidad. Si es elegible para uno de los tres Programas de Ahorros de Medicare principales, usted ahorrará lo que pagaría por la prima mensual de Medicare Parte B. Medicare ya no la deducirá de su cheque del Seguro Social. La prima mensual de Medicare Parte B ya no se deducirá de su cheque del Seguro Social. Asimismo, lo(a) inscribirán automáticamente en Ayuda adicional, el programa federal que ayuda con los costos de los medicamentos recetados de la Parte D (consulte la pregunta 8). Cada MSP también ofrece beneficios por separado (consulte la pregunta 2). No puede elegir presentar una solicitud para un MSP específico; se le inscribirá en el MSP que corresponda a sus ingresos, bienes y otros detalles de la solicitud.

2. ¿Cuáles son los límites de ingresos y bienes del Programa de Ahorros de Medicare?

Para ser elegible para un Programa de Ahorros de Medicare (MSP, por sus siglas en inglés), usted debe cumplir con los límites de ingresos y bienes de su estado. A continuación se encuentran los límites federales de referencia de ingresos y bienes de cada MSP para 2021. La mayoría de los estados usa estos límites, pero algunos estados tienen límites de ingresos más altos, incluidos Alaska, Connecticut, el Distrito de Columbia (D.C.), Hawái y Maine. Alabama, Arizona, Connecticut, Delaware, D.C., Luisiana, Mississippi, Nueva York, Oregon y Vermont son estados donde los límites de bienes no aplican.

Beneficiario calificado (QI, por sus siglas en inglés)

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

En la mayoría de los estados:	\$1,469 – Individuo	\$1,980 – Pareja
Límite de bienes:	\$7,970 – Individuo	\$11,960 – Pareja

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

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

En la mayoría de los estados:	\$1,308 – Individuo	\$1,762 – Pareja
Límite de bienes:	\$7,970 – Individuo	\$11,960 – Pareja

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

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

En la mayoría de los estados:	\$1,094 – Individuo	\$1,472 – Pareja
Límite de bienes:	\$7,970 – Individuo	\$11,960 – Pareja

Centro Nacional de Soporte Técnico de SHIP: 877-839-2675 | www.shiptacenter.org | info@shiptacenter.org

Centro Nacional de Recursos de la SMP: 877-808-2468 | www.smpresource.org | info@smpresource.org

© 2021 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.*

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

3. ¿Cuáles son las diferencias entre los tres MSP principales?

Beneficiario calificado (QI, por sus siglas en inglés): si está inscrito(a) en el programa de QI, usted puede recibir hasta tres meses de reembolso retroactivo para las primas de la Parte B deducidas de su cheque del Seguro Social. Tome en cuenta que solo se le pueden reembolsar las primas pagadas hasta tres meses antes de la fecha de entrada en vigor de su MSP y dentro del mismo año de la fecha de entrada en vigor. Por ejemplo, si entregó una solicitud para el MSP a finales de 2021 y lo(a) aprueban para febrero de 2022, usted solo puede recibir un reembolso de primas para enero de 2022 porque no se le pueden reembolsar las primas pagadas en el año anterior. Si la fecha de entrada en vigor de su QI es abril de 2022, usted recibiría reembolsos de primas para enero, febrero y marzo. No puede tener QI y Medicaid al mismo tiempo.

Beneficiario Especificado de Bajos Ingresos de Medicare (SLMB, por sus siglas en inglés): si está inscrito(a) en el programa SLMB, usted puede recibir hasta tres meses de reembolso retroactivo para las primas de la Parte B. A diferencia del QI, le pueden reembolsar las primas del año calendario anterior. Por ejemplo, si entregó una solicitud del MSP a finales de 2021 y lo(a) aprueban para febrero de 2022, le pueden reembolsar las primas pagadas en noviembre y diciembre de 2021, así como en enero de 2022. Usted puede tener SLMB y Medicaid.

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

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

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

Centro Nacional de Soporte Técnico de SHIP: 877-839-2675 | www.shiptacenter.org | info@shiptacenter.org

Centro Nacional de Recursos de la SMP: 877-808-2468 | www.smpresource.org | info@smpresource.org

© 2021 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.*

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

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

- Los primeros 20 dólares de sus ingresos mensuales
- Los primeros 65 dólares de su salario mensual
- La mitad de su salario mensual (después de deducir los 65 dólares)
- Estampillas para alimentos (apoyo del Programa de Asistencia para Nutrición Suplementaria [SNAP, por sus siglas en inglés])

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

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

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

Recuerde que la forma en que se toman en cuenta sus ingresos y bienes para determinar la elegibilidad depende del estado. Llame a su oficina local de Medicaid o al SHIP (visite www.shiphelp.org) para averiguar si es elegible para un MSP en su estado.

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

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

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

- Y le dicen que es elegible para SLMB o QI, el estado pagará su prima de la Parte B a partir del mes indicado en su Aviso de acción. Sin embargo, pueden pasar varios meses antes de que la prima de la

Centro Nacional de Soporte Técnico de SHIP: 877-839-2675 | www.shiptacenter.org | info@shiptacenter.org

Centro Nacional de Recursos de la SMP: 877-808-2468 | www.smpresource.org | info@smpresource.org

© 2021 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.*

Parte B (\$148.50 en 2021) vuelva a agregarse a su cheque mensual del Seguro Social. No se preocupe, le reembolsarán con un cheque con el pago total por cada mes en que su prima debe pagarse.

- Y si es elegible para QMB, sus beneficios iniciarán el mes siguiente.

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

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

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

Nota: Para usar el MSP para inscribirse en la Parte B, usted debe contar con la Parte A actualmente, a menos que sea elegible para el QMB. Si no cuenta con la Parte A actualmente, debe inscribirse antes de solicitar un MSP.

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

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

8. ¿Qué es Ayuda adicional?

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

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

Centro Nacional de Soporte Técnico de SHIP: 877-839-2675 | www.shiptacenter.org | info@shiptacenter.org

Centro Nacional de Recursos de la SMP: 877-808-2468 | www.smpresource.org | info@smpresource.org

© 2021 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.*

Dependiendo de sus ingresos y bienes, usted puede ser elegible para la Ayuda adicional total o parcial. Ambos programas brindan asistencia con el costo de sus medicamentos. Para recibir dicha asistencia, sus medicamentos deben ser parte de la lista de medicamentos cubiertos de su plan y usted debe usar farmacias dentro de la red de su plan. Recuerde que Ayuda adicional no reemplaza a la Parte D ni a un plan por sí mismo: usted debe tener un plan de la Parte D para recibir cobertura de medicamentos recetados de Medicare y obtener la asistencia de Ayuda adicional. Si no elige un plan, en la mayoría de los casos, lo(a) inscribirán automáticamente en uno.

9. ¿Quién es elegible para Ayuda adicional?

Hay dos formas de ser elegible para Ayuda adicional:

1. Si sus ingresos mensuales son de \$1,630 en 2021 (\$2,198 para parejas) y sus bienes son menores a \$14,790 en 2021 (\$29,520 para parejas), usted puede ser elegible para Ayuda adicional. Estos límites incluyen una exclusión de ingresos de \$20 que la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) resta automáticamente de sus ingresos mensuales no salariales (por ejemplo, ingresos de jubilación). Incluso si sus ingresos o bienes son superiores a los límites de elegibilidad, usted podría ser elegible para Ayuda adicional debido a que ciertos tipos de ingresos y bienes pueden no tomarse en cuenta, además de los \$20 mencionados arriba.
2. Si está inscrito(a) en Medicaid, la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés) o un Programa de Ahorros de Medicare (MSP, por sus siglas en inglés), usted es automáticamente elegible para Ayuda adicional, sin importar si reúne los requisitos de elegibilidad de Ayuda adicional. Usted recibirá un aviso color púrpura de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) que le informará que no necesita solicitar Ayuda adicional.

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

Si es elegible para Ayuda adicional y ya tiene otra cobertura de medicamentos acreditada, debe evaluar sus costos y su cobertura para decidir si debe inscribirse en la Parte D y en Ayuda adicional o continuar con su cobertura actual de medicamentos. Asegúrese de preguntarle a su empleador o sindicato si usted puede obtener un plan de la Parte D sin perder los beneficios para jubilados que desea mantener y averigüe si cancelar su inscripción a la cobertura de medicamentos para jubilados hace que no sea elegible para otros beneficios de salud para jubilados. Si no puede tener Parte D y sus beneficios para jubilados, o si mantener ambos no le conviene, piense cuidadosamente si debe obtener un plan de la Parte D, especialmente si su plan para jubilados también cubre a su cónyuge o dependientes. Puede inscribirse en la Parte D en cualquier momento si usted es elegible para Ayuda adicional.

Por último, las personas con Medicaid y con cierto tipo de cobertura de medicamentos de un empleador, sindicato o para jubilados, en algunos casos pueden no estar inscritas en Ayuda adicional o pueden pedir no estar inscritas. Comuníquese con su oficina local de Medicaid para averiguar cómo puede rechazar la Parte D

Centro Nacional de Soporte Técnico de SHIP: 877-839-2675 | www.shiptacenter.org | info@shiptacenter.org

Centro Nacional de Recursos de la SMP: 877-808-2468 | www.smpresource.org | info@smpresource.org

© 2021 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.*

sin perder su cobertura de Medicaid. Si desea obtener la Parte D más adelante, puede inscribirse en cualquier momento sin una multa si sigue inscrito(a) en Medicaid o si es elegible para Ayuda adicional.

11. ¿Cómo puedo solicitar Ayuda adicional?

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

Si se deniega su solicitud de Ayuda adicional o si no está de acuerdo con la decisión (por ejemplo, usted cree que debe recibir Ayuda adicional total, pero solo le otorgan Ayuda adicional parcial), puede presentar una apelación a la SSA. Usted tendrá la oportunidad de enviar información sobre por qué es elegible cuando presente su apelación.

12. ¿Cómo mantengo mi Ayuda adicional año tras año?

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

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

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

Centro Nacional de Soporte Técnico de SHIP: 877-839-2675 | www.shiptacenter.org | info@shiptacenter.org

Centro Nacional de Recursos de la SMP: 877-808-2468 | www.smpresource.org | info@smpresource.org

© 2021 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.*

franqueo pagado. Por otra parte, usted puede elegir presentar una solicitud en línea para Ayuda adicional.

Si solicitó Ayuda adicional:

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

Una vez que la SSA haya revisado cualquier formulario que haya presentado, usted recibirá un aviso que explicará si su beneficio de Ayuda adicional seguirá igual, aumentará, disminuirá o terminará. Recuerde que puede presentar una apelación o volver a presentar una solicitud si pierde la Ayuda adicional.

13. ¿Qué es el programa de Transición para Personas Recién Elegibles y de Ingreso Limitado (LI NET, por sus siglas en inglés)?

LI NET es un programa que ofrece cobertura temporal de medicamentos a las personas elegibles. Humana administra LI NET, en nombre de los CMS. Si tiene Ayuda adicional, usted debe haber presentado una solicitud o fue automáticamente elegible (consulte la pregunta 11). En cualquier caso, su cobertura de la Parte D debe empezar a los 2 meses de su inscripción en Ayuda adicional. Durante ese periodo, Medicare puede inscribirlo(a) en el programa LI NET para darle cobertura temporal. LI NET debe cubrir todos sus medicamentos recetados, en cualquier farmacia, siempre y cuando estén incluidos en la cobertura de la Parte D. Cuando esté en la farmacia, muestre el aviso de inscripción automática de Medicare (generalmente, un aviso amarillo) para probar que tiene cobertura de LI NET.

LI NET también ofrece cobertura retroactiva a la fecha de inicio de Medicaid o SSI (siempre y cuando haya tenido Medicare en ese entonces) o a su última inscripción en un plan de la Parte D, la fecha que sea posterior. Por ejemplo, si lo(a) aprueban para Medicaid en abril, pero su fecha de inicio de Medicaid es retroactiva al 1.º de enero, LI NET proporciona cobertura desde el 1.º de enero. Para recibir un reembolso por los pagos realizados durante el periodo de cobertura retroactiva de LI NET, envíe copias de lo siguiente a LI NET:

- Recibos de medicamentos
- Comprobante de su elegibilidad para Medicaid o SSI, o comprobante de su última inscripción a la Parte D
- Y, un [formulario de reembolso de medicamentos recetados](#).

Centro Nacional de Soporte Técnico de SHIP: 877-839-2675 | www.shiptacenter.org | info@shiptacenter.org

Centro Nacional de Recursos de la SMP: 877-808-2468 | www.smpresource.org | info@smpresource.org

© 2021 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.*

Si necesita ayuda con la cobertura de medicamentos de LI NET, llame al servicio de ayuda de LI NET al 1-800-783-1307.

14. ¿Qué es la mejor evidencia disponible?

Si le cobran el copago o coseguro incorrecto en la farmacia, puede necesitar presentar un comprobante, o la mejor evidencia disponible (BAE, por sus siglas en inglés), de que usted tiene cobertura de medicamentos recetados y Ayuda adicional. Muéstrole a su farmacéutico **uno de los siguientes documentos** como evidencia de cobertura:

- Una tarjeta de Medicaid que incluya su nombre y la fecha de elegibilidad de julio a diciembre del año calendario anterior;
- Impresión de pantalla u otro documento estatal de Medicaid que muestre su estado activo de Medicaid en un mes posterior a junio del año calendario anterior;
- Carta de la Administración del Seguro Social que muestre que usted recibe SSI;
- O, un aviso del Seguro Social que confirme que usted es automáticamente elegible para Ayuda adicional.

Tome en cuenta que puede usar otros formularios de BAE si está inscrito(a) en Medicaid institucional o en un programa de exención de Medicaid de servicios a domicilio o en la comunidad.

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

Muchos estados ofrecen Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP, por sus siglas en inglés) para ayudar a los residentes a pagar por los medicamentos recetados. Cada programa funciona de forma diferente. Los estados pueden coordinar sus programas de asistencia para medicamentos con el beneficio de medicamentos recetados de Medicare (Parte D). Algunos SPAP requieren que usted se registre en la Parte D para poder ser elegible para la asistencia. En estos casos, si su SPAP y su plan de la Parte D cubren el medicamento, la cantidad que usted paga por sus medicamentos y la cantidad que SPAP paga contarán para el máximo de gastos de su propio bolsillo que usted tiene que pagar antes de alcanzar la cobertura contra catástrofes. Los SPAP también pueden ayudar a pagar las primas, los deducibles y/o los copagos de su plan de la Parte D. Algunos estados tienen SPAP calificados. Los SPAP calificados ofrecen un periodo especial de inscripción (SEP, por sus siglas en inglés) para permitirle inscribirse o hacer cambios en su cobertura de la Parte D o Medicare Advantage.

Revise esta lista de [Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica](#) para averiguar si su estado tiene un SPAP, si usted es elegible, cómo funciona el SPAP y cómo inscribirse. También puede comunicarse con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés) para obtener información sobre los posibles SPAP en su estado. La información de contacto de su SHIP se encuentra en la última página de este documento.

Centro Nacional de Soporte Técnico de SHIP: 877-839-2675 | www.shiptacenter.org | info@shiptacenter.org

Centro Nacional de Recursos de la SMP: 877-808-2468 | www.smpresource.org | info@smpresource.org

© 2021 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.*

16. ¿Existen centros que ofrezcan servicios de salud a costo reducido?

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

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

Las personas con Medicare son elegibles para recibir servicios de estos centros de salud financiados por el gobierno. Los centros de salud proporcionan servicios médicos cubiertos por Medicare, así como algunos servicios preventivos que Medicare no cubre. Una ventaja única de los centros de salud financiados por el gobierno es que pueden exentar el deducible de la Parte B. Asimismo, estas clínicas pueden exentar o reducir el coseguro del 20 % para los servicios cubiertos por Medicare si sus ingresos anuales son iguales o menores al nivel federal de pobreza (\$12,880 para una persona, \$17,420 para una pareja en 2021). Algunos centros de salud financiados por el gobierno también pueden proporcionar servicios dentales. Para obtener más información, comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés).

2. El Programa Hill-Burton ofrece atención gratuita o a costo reducido en las instalaciones de Hill-Burton. Algunos estados cuentan con el programa Hill-Burton. Cada centro elige qué servicios proporcionará y a qué costo (si es que hay uno). Los servicios que otros tipos de seguros (por ejemplo, Medicare o Medicaid) cubren totalmente no son elegibles para la cobertura de Hill-Burton. El programa Hill-Burton no cubrirá los costos compartidos de Medicare. Sin embargo, cubrirá los copagos de Medicaid, a excepción de la atención en los centros de atención a largo plazo, así como las cantidades de reducción de gastos de Medicaid. Tome en cuenta que existen 131 centros de Hill-Burton en el país (la mayoría son centros ambulatorios), así que el acceso a un centro en su área puede ser limitado. La elegibilidad para el programa Hill-Burton se basa en sus ingresos y el tamaño de su grupo familiar. Puede solicitar asistencia de Hill-Burton antes o después de recibir atención, o después de que se haya enviado una factura a una agencia de cobro de deudas. Para presentar una solicitud, llame a la oficina de Cuentas de Admisiones, Negocios o Pacientes en un centro de Hill-Burton.

17. ¿Qué es Medicaid?

Medicaid es un programa federal y estatal que proporciona cobertura de salud a ciertas personas con ingresos y bienes limitados. Cada estado dirige diferentes programas financiados por Medicaid para diferentes grupos de

Centro Nacional de Soporte Técnico de SHIP: 877-839-2675 | www.shiptacenter.org | info@shiptacenter.org

Centro Nacional de Recursos de la SMP: 877-808-2468 | www.smpresource.org | info@smpresource.org

© 2021 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.*

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

18. ¿Cómo puedo tener Medicare y Medicaid?

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

19. ¿Cómo puedo presentar una solicitud para Medicaid?

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

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

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

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

20. ¿Cómo pueden el fraude, los errores y el abuso contra Medicare afectar mis costos?

El fraude, los errores y el abuso contra Medicare pueden ocasionar pérdidas económicas importantes para los beneficiarios de Medicare. Por ejemplo:

Centro Nacional de Soporte Técnico de SHIP: 877-839-2675 | www.shiptacenter.org | info@shiptacenter.org

Centro Nacional de Recursos de la SMP: 877-808-2468 | www.smpresource.org | info@smpresource.org

© 2021 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.*

- Un proveedor podría facturarle por todo el costo de un servicio, cuando debería haberle enviado la factura a Medicare.
- Le podrían cobrar por servicios de atención de salud que nunca recibió, que fueron excesivos o que no eran necesarios por razones médicas.
- Alguien podría robar su identidad médica, lo que le permitiría a un estafador recibir tratamiento médico y cobrarle a su seguro.
- Podrían usar su número de Medicare, su número del Seguro Social y otra información personal para inscribirlo(a) en un plan sin su permiso.

Siempre debe leer sus Avisos de Resumen de Medicare (MSN, por sus siglas en inglés) o Explicación de Beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) para que pueda detectar cualquier error o fraude. [Haga clic aquí](#) para obtener ayuda para entender sus avisos de Medicare. Si cree que ha experimentado un fraude, error o abuso contra Medicare, debe comunicarse con su Patrulla de Medicare para Adultos Mayores (SMP, por sus siglas en inglés). La información de contacto de su SMP se encuentra en la última página de este documento.

21. ¿Con quién puedo comunicarme si tengo más preguntas sobre Medicare y los programas de asistencia para los costos?

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés): comuníquese con su SHIP para obtener información sobre los requisitos de elegibilidad del Programa de Ahorros de Medicare (MSP, por sus siglas en inglés), Ayuda adicional, Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP, por sus siglas en inglés), Medicaid u otras opciones de asistencia para los costos de salud en su área. Los consejeros del SHIP brindan consejería y asistencia imparcial de Medicare.

Patrulla de Medicare para Adultos Mayores (SMP, por sus siglas en inglés): comuníquese con su SMP si cree que ha experimentado un fraude, error, desperdicio 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.

Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés): presente una solicitud para Ayuda adicional a través de la SSA. Puede visitar www.ssa.gov para encontrar la solicitud o llamar al 800-772-1213.

Oficina local de Medicaid: comuníquese con su oficina local de Medicaid para solicitar materiales relacionados con la solicitud para el MSP o Medicaid.

Estudio de caso práctico de SHIP

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

Centro Nacional de Soporte Técnico de SHIP: 877-839-2675 | www.shiptacenter.org | info@shiptacenter.org

Centro Nacional de Recursos de la SMP: 877-808-2468 | www.smpresource.org | info@smpresource.org

© 2021 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.*

¿Qué debe hacer Adriana?

- Adriana debe llamar a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés) para pedir ayuda con la disminución de los costos de sus medicamentos.
 - Si Adriana no sabe cómo comunicarse con su SHIP, puede llamar al 877-839-2675 o visitar www.shiphelp.org.
- El consejero hablará con Adriana sobre los programas para los cuales puede ser elegible y que reducirán los costos de sus medicamentos y de otra atención de salud.
 - Los ingresos y bienes de Adriana están por debajo de los límites de Ayuda adicional y de los Programas de Ahorros de Medicare (MSP, por sus siglas en inglés). Si Adriana se inscribe en un MSP, la inscribirán automáticamente en Ayuda adicional. El consejero puede ayudarle a Adriana a presentar una solicitud para un MSP en su estado. Una vez que esté inscrita en el MSP, Adriana no tendrá que pagar la prima de la Parte B. Con Ayuda adicional, Adriana no tendrá que pagar su prima de la Parte D hasta la cantidad de referencia de su estado y tendrá copagos más bajos en la farmacia.
 - **Nota:** Si los bienes de Adriana hubieran estado por encima de los límites de Ayuda adicional, es posible que de todos modos hubiera podido inscribirse en Ayuda adicional, dependiendo de su estado. Algunos estados no tienen límites de bienes para los Programas de Ahorros de Medicare. Si Adriana viviera en uno de esos estados y fuera elegible para el MSP con base en sus ingresos, su inscripción al MSP también la inscribiría automáticamente en Ayuda adicional, sin importar sus bienes.
- Un consejero del SHIP también le informará a Adriana si su estado tiene un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica y si Adriana es elegible para este. De ser así, el consejero le dirá cómo presentar una solicitud.
- El consejero también se asegurará de que Adriana sepa cómo funcionan su plan y sus costos de medicamentos.
 - El consejero puede confirmar que todos los medicamentos de Adriana están incluidos en la lista de medicamentos cubiertos de su plan, el cual es una lista de medicamentos que ese plan cubre. El consejero también puede asegurarse de que Adriana obtenga sus medicamentos a través de una farmacia de la red y hablará con ella sobre los diferentes niveles de cobertura de medicamentos en un plan de medicamentos recetados de la Parte D.
 - Si los medicamentos de Adriana no están cubiertos, o si están cubiertos con altos costos compartidos, el consejero puede aconsejarle que hable con su médico acerca de encontrar medicamentos cubiertos o pedirle al plan una exención de la lista de medicamentos cubiertos o de niveles.

Estudio de caso práctico de la SMP

Jaime tiene Medicare original y el nivel de Beneficiario Calificado de Medicare (QMB, por sus siglas en inglés) del Programa de Ahorros de Medicare (MSP, por sus siglas en inglés). No tiene que pagar nada de su propio bolsillo cuando visita a su proveedor de atención primaria. Jaime recibe su Resumen de Medicare (MSN, por sus siglas en inglés) por correo y se da cuenta de que le facturaron a Medicare por un servicio de su médico que

Centro Nacional de Soporte Técnico de SHIP: 877-839-2675 | www.shiptacenter.org | info@shiptacenter.org

Centro Nacional de Recursos de la SMP: 877-808-2468 | www.smpresource.org | info@smpresource.org

© 2021 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.*

Jaime no recuerda haber recibido. Revisa su agenda y confirma que no visitó a su médico en la fecha que aparece en su MSN. Jaime está confundido, pero no sabe si es un problema, ya que no tuvo que pagar por ninguno de los servicios.

¿Qué debe hacer Jaime?

- Jaime debe comunicarse con su Patrulla de Medicare para Adultos Mayores (SMP, por sus siglas en inglés) para obtener ayuda.
 - Si Jaime no sabe cómo comunicarse con su SMP, debe llamar al 877-808-2468 o visitar www.smpresource.org.
- El SMP le dirá a Jaime que su proveedor no debe cobrarle a Medicare por servicios que Jaime no recibió. Los cargos incorrectos o errores por servicios no recibidos en el Medicare de una persona pueden ocasionar pagos incorrectos al proveedor de parte de Medicare y podrían ocasionarle problemas a Jaime cuando trate de acceder a la atención o servicios médicos más adelante.
- Jaime debe llamar a su proveedor y/o departamento de facturación para ver si se cometió un error de facturación. Si hubo un error, el proveedor o el departamento de facturación puede corregirlo.
- Si el proveedor no cree que haya habido un error de facturación o no quiere corregir los cargos, a pesar de que Jaime está seguro de que no recibió este servicio, entonces Jaime debe comunicarse con su SMP para hablar sobre un posible fraude y para que le ayuden a reportarlo.
 - El consejero del SMP también le recomendará a Jaime que siga leyendo su MSN cuidadosamente para detectar cualquier incidente futuro de fraude, desperdicio, error o abuso en contra de Medicare.

Información de contacto del SHIP local	Información de contacto de la SMP local
Línea gratuita de SHIP: Correo electrónico de SHIP: Sitio web de SHIP: Para encontrar un SHIP en otro estado: Llame al 877-839-2675 o visite www.shiphelp.org .	Línea gratuita de la SMP: Correo electrónico de la SMP: Sitio web de la SMP: Para encontrar una SMP en otro estado: Llame al 877-808-2468 o visite www.smpresource.org .
<p><i>Este documento recibió apoyo parcial de los números de subvención 90SATC0002 y 90MPPRC0002, de parte de la Administración de Vida Comunitaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos, Washington, D.C. 20201. Se insta a los beneficiarios que llevan a cabo proyectos con el patrocinio gubernamental a expresar libremente sus hallazgos y conclusiones. Los puntos de vista y las opiniones no representan necesariamente la política oficial de la Administración de Vida Comunitaria.</i></p>	

Centro Nacional de Soporte Técnico de SHIP: 877-839-2675 | www.shiptacenter.org | info@shiptacenter.org

Centro Nacional de Recursos de la SMP: 877-808-2468 | www.smpresource.org | info@smpresource.org

© 2021 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.