

RESUMEN DE MEDICARE - 2024

RESUMEN

Medicare se basa en el modelo de los seguros médicos privados. Por lo tanto, cubre parte del costo de algunos cuidados de salud.

Generalmente, se dispone de cobertura para el costo de la atención de la salud (excepto para los cuidados paliativos y los servicios preventivos específicos) *sólo* cuando los servicios son médicamente razonables y necesarios para el diagnóstico, el tratamiento o la rehabilitación de una enfermedad o lesión. También puede cubrirse la atención especializada para mantener o ralentizar el deterioro de una afección.

ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN

Individuos de 65 años de edad que son elegibles para beneficios de Seguro Social o Jubilación Ferroviaria son automáticamente elegibles para la Parte A de Medicare y pueden elegir inscribirse en Parte B. Individuos discapacitados que han recibido beneficios de Seguro Social por Discapacidad por 24 meses también son elegibles para Medicare. Personas con ESRD y ALS pueden ser elegibles sin tener que esperar 24 meses. Individuos pueden inscribirse y obtener información en su oficina local de Seguro Social.

MEDICARE TRADICIONAL

Medicare existe desde el 1965. La cobertura se divide entre dos partes de Medicare, la Parte A y la Parte B. Los beneficiarios son responsables de algunas primas, deducibles y copagos. La mayoría de los beneficiarios están en el programa tradicional. Estos beneficiarios pueden obtener su atención médica de cualquier proveedor que esté certificado por Medicare. El programa tradicional generalmente no cubre las medicinas recetadas. Sin embargo, la Parte D de Medicare cubre los medicamentos recetados a través de planes privados.

AYUDA CON LOS CO-PAGOS DE MEDICARE Y OTROS GASTOS

Los beneficiarios con *ingresos limitados* pueden tener derecho a recibir ayuda de programas federales y/o estatales para cubrir algunos o todos los copagos requeridos por Medicare y para ayudar con los costos de los medicamentos recetados.

Además, se puede adquirir un seguro médico Medigap para cubrir algunos de los co-seguros y deducibles de Medicare.

MEDICARE ADVANTAGE

Los beneficiarios de Medicare tienen la opción de recibir sus beneficios de Medicare a través de planes de seguro médico privados. Estas opciones de seguro privado están autorizadas por la Parte C de Medicare, que también se llama Medicare Advantage (MA).

Los planes de MA generalmente requieren que los pacientes obtengan servicios sólo de ciertos proveedores; a cambio, los planes pueden ofrecer primas, deducibles y pagos de co-seguro reducidos, y/o beneficios adicionales que no se ofrecen en el Medicare tradicional. Muchos planes de MA también incluyen la cobertura de la Parte D para medicamentos recetados.

Los planes de MA contratan con la agencia de Medicare anualmente. Un plan de MA puede elegir no renovar su contrato con Medicare al final del año por cualquier razón, y, en algunos casos, durante el año. Los planes de MA también pueden cambiar los beneficios, las primas y los copagos cada año. La mayoría de los planes requieren una autorización previa para el cuidado de la salud. Use cautela antes de elegir un plan de Medicare Advantage. Asegúrese de que sus médicos y otros proveedores de atención médica estén en el plan.

COBERTURA DE MEDICAMENTOS

Medicare proporciona ayuda para pagar los medicamentos recetados bajo el programa de la Parte D de Medicare. La Parte D ayuda a pagar ciertos medicamentos a través de una variedad de planes privados. Las personas con el Medicare tradicional son elegibles para inscribirse en un plan de la Parte D, pero generalmente tienen que tomar medidas para hacerlo. Las personas en un plan MA pueden tener la Parte D incluida en el plan.

APELACIONES DE MEDICARE

Medicare es un programa complicado. A menudo se niega la cobertura cuando debería concederse. Si el médico de la persona ordena un cuidado médico necesario que es cubierto, pero es negado por Medicare, es prudente buscar ayuda con una apelación. Las denegaciones de Medicare pueden apelarse tanto si el beneficiario está en el Medicare tradicional como en un plan Medicare Advantage. Las apelaciones pueden tener éxito, pero lleva tiempo.

COBERTURA DE MEDICARE

PARTE A

- Atención hospitalaria de pacientes internados
- Atención en centros de enfermería especializada
- Cuidado de la salud en el hogar
- Cuidado de hospicio

PARTE B

- Servicios médicos
- Atención hospitalaria ambulatoria. Servicios y terapia
- Equipo médico duradero
- Dispositivos Protésicos
- Servicios de ambulancia
- Cuidado de la salud en el hogar
- Ciertos servicios preventivos:
 - Un examen físico cuando se matriculó por primera vez Parte B
 - Vacunas contra la gripe, el neumococo y hepatitis B.
 - Mamografías anuales
 - Algunas pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos
 - Examen colorrectal
 - Entrenamiento y pruebas para el autocontrol de la diabetes.
 - Medición de la masa ósea
 - Detección del cáncer de próstata
 - Algunos exámenes de glaucoma
 - Algunos servicios de terapia de nutrición médica
 - Algunas pruebas cardiovasculares
 - "Visita de Bienestar" anual

PARTE C

- Un sistema de varios planes privados que ofrecen beneficios de Medicare. También conocido como *Medicare Advantage*.

PARTE D

- Ayuda para pagar ciertos medicamentos recetados, proporcionada por planes privados.

DEDUCIBLES DE MEDICARE 2024 COSTOS DE COSEGURO Y PRIMAS

PARTE A: Hospital

Deducible: \$1,632/Período de Beneficios

Co-seguro:

Días 1-60: \$0

Días 61-90: \$408/Día

Días 91-150: \$816/Día (Reserva de días por vida)

Centro de enfermería especializada

Coseguro Días 1-20: \$0

Días 21-100: \$204/Día

Salud en el hogar

No hay co-seguro ni deducible

Prima de la Parte A (*Sólo para los de inscripción voluntaria*)

\$278/Mes (Si el individuo tiene 30-39 trimestres de cobertura de Seguro Social)

\$505/Mes (Si el individuo tiene 29 o menos trimestres de cobertura de Seguro Social)

PARTE B:

Deducible: \$240/Año

Prima estándar: \$174.70/Mes (Si el ingreso individual es < \$103,000/Año)

Si Ind. Ingresos: \$103,000 - \$129,000: \$244.60/mes

\$129,000 - \$161,000: \$349.40/mes

\$161,000 - \$193,000: \$454.20/mes

\$193,000 - \$500,000: \$559/mes

Más de \$500,000: \$594/mes

CENTER FOR MEDICARE ADVOCACY

El Center for Medicare Advocacy, fundado en 1986, es una organización legal nacional sin fines de lucro que trabaja para asegurar el acceso a Medicare, la equidad en la salud y la calidad de la atención médica. El Centro tiene bases en Connecticut y Washington, DC, con abogados adicionales en todo el país.

Basado en nuestro trabajo con gente real, el Centro aboga por políticas y cambios sistémicos que beneficien a todos aquellos que necesiten Medicare, cobertura y cuidado de la salud.

Integrada por abogados, asistentes legales, una enfermera consultora y expertos en gestión de la información, la organización representa a miles de personas en apelaciones de denegaciones de Medicare. El trabajo del Centro también incluye responder a más de 7,000 llamadas y correos electrónicos anuales de adultos mayores, personas con discapacidades y sus familias, y la asociación con CHOICES, el Programa de Seguro Médico del Estado de Connecticut (SHIP).

Sólo a través de la promoción y la educación se puede garantizar que las personas mayores y las personas con discapacidades reciban Medicare y atención médica de manera justa:

- Ofrecemos educación y servicios de consultoría para ayudar a otros a promover los derechos de las personas mayores y discapacitadas y para proporcionar una atención sanitaria de calidad.
- Aprovechamos nuestra experiencia directa con miles de beneficiarios de Medicare para educar a los formuladores de políticas sobre cómo sus decisiones se reflejan en las vidas de personas reales.

The Center for Medicare Advocacy es la organización con más experiencia para los beneficiarios de Medicare y sus familias.

Visite nuestra página web:
MedicareAdvocacy.org