Cómo empezar con Medicare

Medicare Made Clear®
fue creado para usted por
UnitedHealthcare



United Healthcare®

Estamos aquí para ayudarle

Una vez que cumple los requisitos de Medicare, usted tiene decisiones importantes que tomar. Nuestro objetivo es ayudarle a comprender sus opciones y a sentirse seguro de la elección de cobertura según sus necesidades, tanto cuando se inscribe por primera vez como todos los años de ahí en adelante.





Descripción General de Medicare

¿Qué es Medicare? 4

Opciones de cobertura 5

Consejos prácticos 6



Cobertura y Costos

Parte A de Medicare: Seguro hospitalario 8

Parte B de Medicare: Seguro médico 10

Parte C de Medicare: Medicare Advantage 12

Parte D de Medicare: Cobertura de medicamentos con receta 14

Seguro Complementario de Medicare: Medigap 16

Combinaciones de cobertura: Sus opciones 18



Inscripción

La inscripción en Medicare 20

Cómo cambiar su cobertura 22

Comprender sus necesidades 24



Recursos

Ayuda con los costos de Medicare 25

Preguntas frecuentes 26

Lista de contactos 28

Planillas y listas de verificación de Medicare 30

¿Qué es Medicare?

Medicare es un programa federal que ofrece seguro de salud a ciudadanos estadounidenses y a otras personas que cumplen los requisitos por la edad, una discapacidad o una enfermedad que califica. Medicare es un seguro individual y no cubre cónyuges o dependientes.

¿Quién puede obtener Medicare?

Ciudadanos estadounidenses y residentes legales

Los residentes legales deben vivir en los EE. UU. como mínimo por 5 años consecutivos, incluidos los 5 años anteriores a solicitar Medicare.

Además, debe cumplir uno de los siguientes requisitos:

- Mayor de 65 años de edad
- Menor de 65 años con una discapacidad que califica
- Cualquier edad con un diagnóstico de enfermedad renal en etapa terminal o esclerosis lateral amiotrófica

¿Cumple los requisitos debido a una discapacidad?

Comenzará a cumplir los requisitos de Medicare después de recibir beneficios por discapacidad del Seguro Social durante 24 meses.

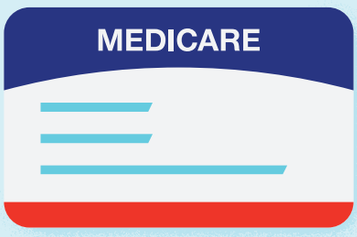
¿Cómo inscribirse?

Si usted está recibiendo beneficios del Seguro Social o la Junta de Retiro Ferroviario cuando comienza a cumplir los requisitos, será inscrito automáticamente en las Partes A y B de Medicare. Recibirá su tarjeta de Medicare por correo. Si no está recibiendo beneficios, tendrá que inscribirse en Medicare cuando empiece a cumplir los requisitos.

Visite **ssa.gov/espanol/** para inscribirse en Internet, o llame o visite la oficina local del Seguro Social.

Medicare no es Medicaid

Medicaid es un programa que ayuda a pagar los costos de cuidado de la salud para personas con ingresos y recursos limitados.



Opciones de cobertura de Medicare

Medicare Original (Partes A y B) es proporcionado por el gobierno federal. Ayuda a pagar las estadías en el hospital y las visitas al médico, pero no cubre todo. Usted puede agregar cobertura si se inscribe en uno o más planes privados de Medicare o planes relacionados con Medicare.

Paso uno

En primer lugar, debe inscribirse en Medicare Original

Proporcionado por el gobierno federal



Parte A

Ayuda a pagar las estadías en el hospital y el cuidado para pacientes hospitalizados



Parte B

Ayuda a pagar las visitas al médico y el cuidado para pacientes ambulatorios

Paso dos

Luego, puede analizar opciones de cobertura adicional

Ofrecido por compañías de seguros privadas

Opción 1



Plan de la Parte D de Medicare

Ayuda a pagar los medicamentos con receta

Y usted puede agregar:



Seguro Complementario de Medicare (Medigap)

Ayuda a pagar algunos de los gastos de su bolsillo que Medicare Original no paga

Opción 2



Plan Medicare Advantage (Parte C)

Combina la cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare Original en un plan



Generalmente, incluye cobertura de medicamentos con receta de la Parte D



Es posible que ofrezca beneficios adicionales, como cobertura dental y de la vista

Consejos prácticos sobre Medicare

1 Hay dos maneras de obtener la cobertura de Medicare

- **Medicare Original (Partes A y B).** La Parte A es la cobertura hospitalaria y la Parte B es la cobertura médica. Medicare Original es proporcionado por el gobierno federal. Los beneficios y la cobertura son iguales en todo el país. Con Medicare Original, usted también puede agregar un plan independiente de medicamentos con receta de la Parte D o un plan de Seguro Complementario de Medicare (Medigap).
- **Medicare Advantage (Parte C).** Estos planes combinan su cobertura de la Parte A y de la Parte B, y muchos también incluyen cobertura de medicamentos con receta de la Parte D y otros beneficios, como servicios dentales, para la vista, para la audición o acondicionamiento físico. Los planes son ofrecidos por compañías de seguros privadas.

2 Hay dos maneras de obtener cobertura de medicamentos

- Usted puede agregar a Medicare Original un plan independiente de medicamentos con receta de la Parte D. O bien, puede inscribirse en un plan Medicare Advantage que incluya cobertura de medicamentos con receta.

3 Medicare Original no cubre todo

- Medicare Original (Partes A y B) no cubre todo lo que usted puede necesitar para su salud. No incluye cobertura de medicamentos con receta, servicios para la audición, para la vista o servicios dentales, membresías en un programa de acondicionamiento físico o protección financiera. Si desea cobertura adicional, explore los planes ofrecidos por compañías de seguros privadas.

4 El sitio afecta sus opciones de cobertura

- Los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta varían en la cobertura y el costo. Los beneficios básicos del Seguro Complementario de Medicare (Medigap) son planes estandarizados y son iguales en todo el país, excepto en Minnesota, Wisconsin y Massachusetts. Es posible que las compañías de seguros ofrezcan varios planes donde usted vive.

5 Calcule todos sus costos de Medicare

- Usted es responsable de las primas mensuales más los gastos de su bolsillo adicionales, como deducibles, copagos y coseguro.
- Sus costos variarán dependiendo de la cobertura de Medicare que elija, los servicios de salud que use durante el año y de si tiene asistencia financiera para los costos de Medicare.

6 Protección contra gastos de su bolsillo elevados

- Los planes Medicare Advantage ponen un tope en los gastos de su bolsillo para servicios de la Parte A y la Parte B cubiertos por el plan. Se conoce como “máximo anual de gastos de su bolsillo” y brinda protección financiera incorporada. Con Medicare Original, no hay tope de gastos de su bolsillo. Los gastos totales de su bolsillo y las protecciones financieras pueden variar para los costos dentro de la red y los costos fuera de la red.
- Los planes de Seguro Complementario de Medicare ayudan a pagar parte de los gastos de su bolsillo que Medicare Original no paga, como los deducibles y el coseguro. Hay disponibles diversos planes que ofrecen diferentes niveles de protección financiera. Los planes Medigap están organizados por letras, como “Plan A” o “Plan G”.
- Tanto los planes Medicare Advantage como los planes de Seguro Complementario de Medicare son ofrecidos por compañías de seguros privadas. Usted puede tener un plan Medicare Advantage o un plan Complementario de Medicare, pero no los dos juntos.

7 El momento es importante cuando se inscribe por primera vez

- Su Período de Inscripción Inicial (Initial Enrollment Period, IEP) es su primera oportunidad de inscribirse en Medicare. Este período dura 7 meses y generalmente incluye el mes de su cumpleaños o el mes 25 desde que recibe beneficios por discapacidad más los 3 meses previos y 3 meses posteriores.
- Es posible que usted califique para demorar la inscripción en Medicare si tiene cobertura acreditable a través de su empleador o del empleador de su cónyuge. Si puede demorar la inscripción, tendrá un Período de Inscripción Especial (Special Enrollment Period, SEP) de 8 meses que comienza cuando usted pierde la cobertura del empleador o deja su empleo, lo que ocurra primero.
- Si se inscribe después del Período de Inscripción Inicial o del Período de Inscripción Especial, podría enfrentar multas por inscripción tardía en la Parte A, la Parte B o la Parte D de Medicare.

8 Quizás pueda inscribirse o hacer cambios en otros momentos

- Medicare ofrece un Período de Inscripción General (General Enrollment Period, GEP) todos los años del 1 de enero al 31 de marzo para las personas que han dejado pasar su Período de Inscripción Inicial.
- Medicare proporciona Períodos de Inscripción Especial (SEP) para eventos de vida que califican. Algunos ejemplos incluyen la mudanza de su residencia principal o dejar un plan de salud del empleador. Visite **es.medicare.gov** para ver una lista completa de eventos que califican.
- El Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage (Medicare Advantage Open Enrollment Period, MA OEP) es del 1 de enero al 31 de marzo todos los años. Usted puede cambiarse a un plan Medicare Advantage diferente o cancelar un plan y regresar a Medicare Original en este período.
- El Período de Inscripción Anual (Annual Enrollment Period, AEP) de Medicare tiene lugar todos los años, del 15 de octubre al 7 de diciembre. Usted puede cambiar su cobertura durante este período si decide hacerlo.

* Algunos estados pueden tener derechos de Inscripción Abierta adicionales otorgados por leyes estatales. Comuníquese con el departamento de seguro de salud de su estado antes de tomar cualquier decisión sobre la cobertura.



Parte A de Medicare

La Parte A cubre las estadías en el hospital y la mayoría de los servicios para pacientes hospitalizados

La cobertura incluye:

- Una habitación semiprivada
- Sus comidas en el hospital
- Servicios de enfermería especializada
- Cuidado en unidades especiales, por ejemplo en cuidados intensivos
- Medicamentos, suministros médicos y equipo médico usados durante una estadía como paciente hospitalizado
- Pruebas de laboratorio, radiografías y equipo médico para pacientes hospitalizados
- Servicios de quirófano y sala de recuperación
- Algunas transfusiones de sangre en un hospital o en un centro de enfermería especializada
- Servicios de rehabilitación para pacientes hospitalizados o ambulatorios después de una estadía calificada como paciente hospitalizado
- Cuidado especializado a tiempo parcial para el recluido en el domicilio después de una estadía calificada como paciente hospitalizado
- Cuidados para enfermos terminales, incluidos medicamentos para manejar los síntomas y controlar el dolor

No le pueden denegar la cobertura de la Parte A

Usted puede consultar a cualquier proveedor de cuidado de la salud calificado en los Estados Unidos que participe en el programa de Medicare y que acepte pacientes de Medicare.

Costos de la Parte A en el 2026

Prima

$0 Por cada mes

Si usted o su cónyuge han hecho contribuciones salariales al Seguro Social durante al menos 10 años, usted no pagará la prima de la Parte A. De lo contrario, su prima podría ser de hasta:

$565 Por cada mes

Su prima puede ser más alta si no se inscribe en Medicare en el momento en que empieza a cumplir los requisitos.

Deducible

Por cada período de beneficios, usted tiene que pagar un deducible por la Parte A antes de que la Parte A empiece a pagar una parte de sus costos. Un período de beneficios comienza el día en que usted es admitido en el hospital y finaliza cuando ha estado fuera del hospital durante 60 días consecutivos.

Usted paga solamente un deducible por cada período de beneficios, aun cuando haya tenido más de una estadía en el hospital. En el 2026, el deducible de la Parte A es de

$1,736 Por cada período de beneficios

Coseguro

Es posible que los pacientes con cuidados para enfermos terminales a domicilio paguen un pequeño coseguro por el relevo del cuidador como paciente hospitalizado o el equipo médico duradero utilizado en el hogar.

Copago

No hay copagos por estadías en el hospital de hasta 60 días en un solo período de beneficios.

Los copagos por estadías más largas podrían incluir

$434 Por cada día, por los días 61 al 90

$868 Por cada día, hasta 60 días de reserva de por vida

Los copagos por estadías en centros de enfermería especializada son:

$0 Por los días 1 al 20

$217 Por cada día, por los días 21 al 100

Los días de reserva de por vida no se pueden usar para extender la cobertura en un centro de enfermería especializada.

Multa

Las personas que pagan una prima (la mayoría no paga) podrían pagar un 10% adicional de la prima. La multa se cobra todos los meses durante el doble de la cantidad de años que se demoró la inscripción.

La cobertura y los costos de la Parte A se basan en períodos de beneficios

Un período de beneficios comienza el día en que usted es admitido en el hospital. Termina cuando usted ha estado fuera del hospital por 60 días seguidos.



Parte B de Medicare

No todos los proveedores ofrecen cuidado virtual. Es posible que algunos servicios tengan limitaciones. Los servicios preventivos y las pruebas de detección están cubiertos en cronogramas establecidos, como por ejemplo una vacuna antigripal anual. Otros servicios y suministros cubiertos deben ser médicamente necesarios para diagnosticar o tratar una enfermedad o condición.

La Parte B cubre el cuidado en una clínica o en un hospital como paciente ambulatorio

La cobertura incluye:

- Visitas al médico, incluso en el hospital
- Visita de Bienestar Anual
- Servicios de un Centro de Cirugía Ambulatoria (Ambulatory Surgical Center, ASC)
- Servicios de la sala de emergencias y de ambulancia
- Servicios de enfermería especializada
- Servicios preventivos, como vacunas antigripales o mamografías
- Servicios de laboratorio clínico, como análisis de sangre y pruebas de orina
- Radiografías, imágenes por resonancia magnética (Magnetic Resonance Imaging, MRI), tomografías computarizadas (Computerized Tomography, CT), electrocardiogramas (EKG) y algunas otras pruebas de diagnóstico
- Algunos programas de salud, como programas para dejar de fumar, asesoramiento sobre obesidad y rehabilitación cardíaca
- Fisioterapia, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y del lenguaje
- Pruebas de detección de la diabetes, información educativa sobre la diabetes y determinados suministros para la diabetes
- Cuidado de la salud mental
- Equipo médico duradero para usar en el hogar, como sillas de ruedas y andadores
- Visitas de telesalud

No le pueden denegar la cobertura de la Parte B

Usted puede consultar a cualquier médico o proveedor de cuidado de la salud médico o calificado en los Estados Unidos que participe en el programa de Medicare y que acepte pacientes de Medicare.

Costos de la Parte B en el 2026

Prima

La Parte B cobra una prima mensual que, o bien se deduce de su cheque mensual de beneficios del Seguro Social, o usted la paga directamente a Medicare. Lo que usted paga puede variar según su ingreso declarado a fines impositivos de dos años atrás. En el 2026, los costos de la prima de la Parte B oscilan entre las siguientes cantidades:

$202.90 – $689.90

Por cada mes

La prima de la Parte B se deduce de su cheque mensual de beneficios del Seguro Social o usted la paga directamente a Medicare.

La Parte B puede cobrar una multa en la prima si usted no se inscribe cuando cumple los requisitos por primera vez, a menos que califique para un Período de Inscripción Especial

Usted podría pagar un 10% adicional de la prima por cada período completo de 12 meses que se demore la inscripción. La multa se cobra todos los meses durante el tiempo que tenga la Parte B.

Deducible

Usted tiene que pagar un deducible antes de que la Parte B comience a pagar una parte de sus costos. En el 2026, el deducible es de

$283 Para el año



Coseguro

Usted generalmente paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por los servicios cubiertos que usa. Medicare paga el 80% restante.



Parte C de Medicare

Los planes Medicare Advantage (Parte C) combinan los beneficios de la Parte A y de la Parte B

Los planes Medicare Advantage son ofrecidos por compañías de seguros privadas aprobadas por Medicare. Además de los beneficios de la Parte A y de la Parte B, muchos planes ofrecen:



Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D



Exámenes de audición o aparatos auditivos



Cuidado dental de rutina: Exámenes dentales, limpiezas, radiografías



Exámenes de la vista, anteojos o lentes de contacto



Beneficios de bienestar, como membresías a gimnasios



Los beneficios varían según el plan y podrían incluir otros beneficios adicionales, como transporte a citas médicas y créditos para comprar productos para la salud.

Los costos del plan Medicare Advantage varían según el proveedor del plan

Los planes Medicare Advantage a menudo no tienen prima

Algunos planes pueden cobrar primas, deducibles, copagos o coseguros y las primas del plan pueden cambiar todos los años.

Usted seguirá pagando su prima de la Parte B directamente a Medicare, y también su prima de la Parte A, si la tuviera. Los copagos pueden variar según el artículo o servicio cubierto y es posible que se apliquen deducibles a los beneficios de medicamentos y no a los beneficios médicos cuando un plan cubre ambos. Se puede aplicar un coseguro para algunos servicios.

Los planes Medicare Advantage también tienen protección financiera incorporada, llamada máximo de gastos de su bolsillo

Esto pone un límite a los gastos de su bolsillo de las Partes A y B. La cantidad varía según el plan pero no puede exceder nunca el límite anual establecido por Medicare. Para el 2026, el máximo de gastos de su bolsillo es de

$9,250 Por cada año

Hay seis tipos diferentes de planes Medicare Advantage

Los planes HMO, POS, PPO y SNP son planes de cuidado coordinado y, por lo general, vienen con reglas que establecen que los proveedores y el cuidado deben estar dentro de una red contratada de médicos y hospitales.

1. **Planes de una Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO)**
2. **Planes de Punto de Servicio (Point of Service, POS)**
3. **Planes de una Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO)**
4. **Planes Privados de Tarifa por Servicio (Private-Fee-ForService, PFFS)**
5. **Planes para Personas con Necesidades Especiales (Special Needs Plans, SNP)**
6. **Planes de Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos (Medical Savings Account, MSA)**



Parte D de Medicare

Los planes de la Parte D de Medicare proporcionan cobertura para recetas y algunas vacunas

Usted puede obtener la cobertura de medicamentos como un plan independiente de la Parte D o como parte de un plan Medicare Advantage (Parte C)

Los planes de la Parte D son ofrecidos por compañías de seguros privadas aprobadas por Medicare. Sus opciones varían según dónde viva. Todos los planes de medicamentos con receta deben cumplir con las mismas pautas básicas creadas por el gobierno federal. Pero no todos los planes son iguales.

Cada plan de la Parte D tiene una lista de medicamentos o Formulario que incluye los medicamentos genéricos y de marca que cubre

La mayoría de los Formularios dividen los medicamentos en niveles según el costo que tengan. Los medicamentos cubiertos y los costos varían de un plan a otro.

La cobertura incluye:



Medicamentos recetados más comúnmente para beneficiarios de Medicare según lo determinen los estándares federales



Medicamentos de marca específicos y medicamentos genéricos incluidos en el Formulario del plan (lista de medicamentos cubiertos)



La mayoría de las vacunas disponibles comercialmente no cubiertas por la Parte B de Medicare

Costos de la Parte D en el 2026

Es posible que pague una prima mensual, un deducible, copago y coseguro. Los costos varían según el plan y el proveedor, dado que cada plan establece sus propias primas.

- Los planes independientes de la Parte D cobran una prima, y la cantidad dependerá del plan y del proveedor.
- Algunos planes podrían cobrar un deducible y otros no. El límite del deducible anual para el 2026 es de $615.
- Generalmente, se requiere un copago cada vez que surte una receta para un medicamento cubierto. Los copagos varían según el plan.
- Algunos planes también pueden establecer tarifas de coseguro para determinados medicamentos o niveles de medicamentos.

La cobertura de la Parte D tiene tres etapas de costo

Quizás usted no pase por todas las etapas. Es posible que las personas que toman pocos medicamentos con receta permanezcan en la Etapa del Deducible Anual o pasen solo a la Etapa de Cobertura Inicial. Las personas con medicamentos de costo más alto podrían pasar a la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores.

Deducible Anual	Cobertura Inicial	Cobertura de Gastos Médicos Mayores
Usted paga sus medicamentos hasta alcanzar el deducible de su plan Si su plan no tiene un deducible, su cobertura comienza con la primera receta que surta.	**Usted paga un copago o coseguro, y su plan paga el resto** Permanece en esta etapa hasta que usted y otros en nombre de usted hayan pagado un total combinado de $2,100.	**Usted no paga nada de su bolsillo por sus medicamentos de la Parte D cubiertos por Medicare.** Usted permanece en esta etapa durante el resto del año del plan.

Multa

Usted podría pagar un 1% adicional de la prima promedio del plan de la Parte D por cada mes que demore la inscripción. La multa se cobra todos los meses durante el tiempo que esté inscrito en la Parte D.

Si desea más información sobre la Ley de Reducción de la Inflación (Inflation Reduction Act, IRA) de Medicare, visite **medicareira.com**



Una nota para los veteranos

Es posible que las personas que tienen beneficios a través del Departamento de Asuntos de los Veteranos puedan obtener cobertura de medicamentos con receta mediante este Departamento y quizás no necesiten cobertura de medicamentos de Medicare. Hable con su administrador de beneficios del Departamento de Asuntos de los Veteranos antes de tomar alguna decisión.



Seguro Complementario de Medicare (Medigap)

Los planes Medigap pueden ayudar a pagar algunos de los gastos de su bolsillo que las Partes A y B no pagan

Todos los planes Medigap incluyen cobertura total o parcial para:

- Coseguro por servicios hospitalarios de la Parte A
- Coseguro o copagos de la Parte B
- Costo de transfusiones de sangre (primeras 3 pintas)
- Costos por 365 días adicionales en hospital
- Coseguro por cuidados para enfermos terminales

Algunos planes también pueden ayudar a pagar:

- Deducible de la Parte A
- Deducible de la Parte B*
- Cuidado de emergencia en viajes al extranjero hasta los límites del plan
- Coseguro por cuidado en un centro de enfermería especializada de la Parte A

Cuándo inscribirse

Usted puede solicitar la inscripción en un plan Medigap en cualquier momento, pero le pueden denegar la cobertura o cobrar más según su historial médico si se inscribe después de su Período de Inscripción Abierta del Plan Complementario de Medicare.**

*No disponible para las personas que empiezan a cumplir los requisitos de la Parte A a partir del 2020.

**Algunos estados pueden tener derechos de Inscripción Abierta adicionales otorgados por leyes estatales.

Los planes Medigap son ofrecidos por compañías de seguros privadas, pero están estandarizados por el gobierno federal.

Cada plan está etiquetado con una letra, y todos los planes con la misma letra ofrecen los mismos beneficios básicos en todo el país. Sin embargo, Massachusetts, Minnesota y Wisconsin estandarizan los planes de forma diferente.

Algunas compañías de seguros de Medigap ofrecen servicios de valor agregado

Las compañías de seguros de Medigap pueden ofrecer servicios de valor agregado ya sea gratis o con un descuento. Estos servicios pueden ser proporcionados por la compañía de seguros o por otras compañías.

Algunas de las cosas que se ofrecen pueden incluir:



Descuentos en servicios para la vista, para la audición o dentales



Líneas de teléfono de enfermería las 24 horas



Membresías a gimnasios gratis o con descuento

Costos de Medigap

Prima

Los planes Medigap establecen sus propias primas, aunque, como regla general, cuanto más generosa la cobertura, más alta la prima. Las primas también variarán según el proveedor, incluso si el texto del plan es el mismo, y las primas pueden cambiar de un año a otro.

Los diferentes planes pagarán de manera distinta por diversos artículos y servicios de cuidado de la salud

El nivel de cobertura y lo que usted pagará varían según el plan.

Algunos planes dividen ciertos costos con usted hasta un límite establecido. Otros planes dejan ciertos costos para que usted los pague por su cuenta. Consulte la tabla de la página siguiente para entender cómo cubrirá los gastos de su bolsillo cada plan Medigap.



Medicare no es un programa que tiene una sola opción para todos los casos

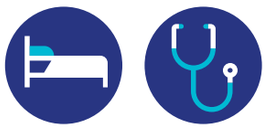
Usted puede combinar diferentes partes y planes de Medicare para obtener la cobertura que mejor se adapte a sus necesidades de salud y estilo de vida.

Sus opciones de combinación dependen de si recibe cobertura de la Parte A y Parte B de Medicare a través de Medicare Original o a través de un plan Medicare Advantage (Parte C).



Medicare Original

Puede agregar un plan independiente de la Parte D, un plan de Seguro Complementario de Medicare (Medigap) o ambos a Medicare Original (Partes A y B).



Parte A Parte B



Parte A Parte B Parte D



Parte A Parte B Medigap



Parte A Parte B Parte D Medigap

Medicare Advantage

Usted puede elegir recibir sus beneficios de la Parte A y Parte B a través de un plan Medicare Advantage (Parte C).

Muchos planes tienen cobertura de medicamentos con receta incorporada. Usted puede agregar un plan independiente de la Parte D solo con determinados tipos de planes Medicare Advantage.

Un plan Medicare Advantage sin cobertura de medicamentos



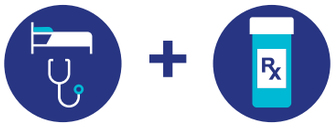
Parte C

Un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos incorporada



Parte C Parte D

Un plan Medicare Advantage con un plan independiente de medicamentos agregado*



Parte C Parte D

*Aplica solo a ciertos planes.

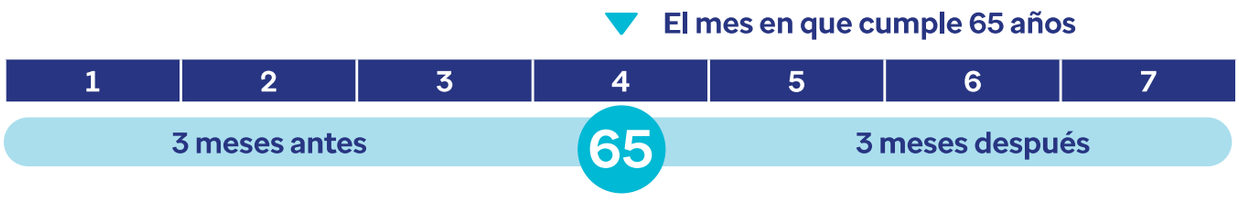
Hay diferentes momentos en los que puede inscribirse en Medicare

IEP | Su Período de Inscripción Inicial (IEP) dura 7 meses

Para las personas que empiezan a cumplir los requisitos por la edad, incluye el mes de su cumpleaños 65, los 3 meses previos y los 3 meses posteriores. Comienza y termina 1 mes antes si su cumpleaños es el primer día del mes.

Puede inscribirse en la Parte A o en la Parte B de Medicare, o en ambas. También puede elegir inscribirse en un plan Medicare Advantage (Parte C), en un plan de Seguro Complementario de Medicare o en un plan de medicamentos con receta de la Parte D. Usted tiene 6 meses para que le garanticen cobertura en un plan de Seguro Complementario de Medicare (Medigap), a partir del primer mes en que tiene 65 años o más y está inscrito tanto en la Parte A como en la Parte B de Medicare.

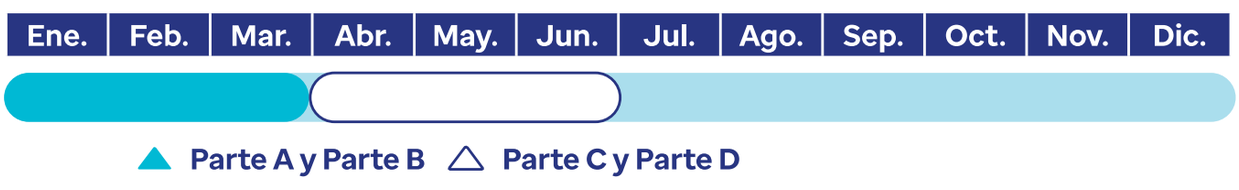
Usted puede solicitar la inscripción en otros momentos, pero se le podría denegar la cobertura o le podrían cobrar una prima más alta según su historial médico. Algunos estados pueden tener derechos de Inscripción Abierta adicionales otorgados por leyes estatales.



¿Cumple los requisitos de Medicare debido a una discapacidad? Su Período de Inscripción Inicial de 7 meses incluye el mes en que recibe su cheque por discapacidad número 25 más los 3 meses anteriores y los 3 meses posteriores.

GEP | El Período de Inscripción General (GEP) es para aquellas personas que no se inscribieron cerca de su cumpleaños 65

El Período de Inscripción General tiene lugar todos los años del 1 de enero al 31 de marzo, y la cobertura comienza el mes después de la inscripción. Puede inscribirse en la Parte A o en la Parte B de Medicare, o en ambas. Usted puede inscribirse en un plan Medicare Advantage (Parte C) o en un plan de medicamentos con receta de la Parte D del 1 de abril al 30 de junio del mismo año.

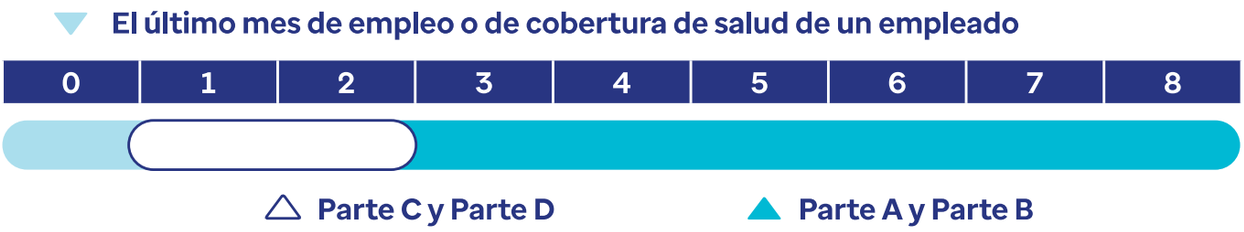


SEP

Medicare proporciona un Período de Inscripción Especial (Special Enrollment Period, SEP) para inscribirse después de jubilarse o perder la cobertura del empleador

Es posible que califique para un Período de Inscripción Especial (SEP) para inscribirse en la Parte A, la Parte B o en ambas sin pagar una multa hasta 8 meses después del mes en que termine su empleo (o el empleo de su cónyuge) o la cobertura de su empleador (o la cobertura del empleador de su cónyuge), lo que suceda primero. Si cumple los requisitos, puede inscribirse en un plan Medicare Advantage o en un plan de medicamentos con receta hasta 2 meses completos después de que termine el empleo o la cobertura del empleador.

Usted tendrá 8 meses para inscribirse en la Parte A y la Parte B, y solo 2 meses para la Parte C y la Parte D



Cosas adicionales que hay que saber cuando trabaja después de los 65 años:

- Si su empleador tiene 20 empleados o más, es posible que usted pueda demorar la inscripción sin multa. Pero, si su empleador tiene menos de 20 empleados, probablemente deberá inscribirse en Medicare.
- Si usted tiene una cuenta de ahorros para la salud (health savings account, HSA), tenga en cuenta que una vez que se inscribe en cualquier parte de Medicare, no puede seguir haciendo contribuciones a su cuenta de ahorros para la salud.
- Si se demora, deberá proporcionar un comprobante escrito de su cobertura de medicamentos acreditable para evitar multas de la Parte D.
- Consulte con el administrador de beneficios de su empleador si desea más información sobre sus opciones específicas.
- Verifique que el empleador no exija que los cónyuges cubiertos se inscriban en Medicare a los 65 años para permanecer en el plan del empleador.



Cuándo puede cambiar su cobertura

AEP | Período de Inscripción Anual de Medicare (AEP)

Durante este período, usted puede inscribirse, cambiar o cancelar un plan Medicare Advantage (Parte C) o un plan de medicamentos con receta de la Parte D. Si cancela un plan Medicare Advantage, su cobertura vuelve a Medicare Original.



SEP | Un Período de Inscripción Especial (SEP) debido a un evento de vida que califica

Por lo general, usted tiene 2 meses completos después del mes de un evento que califica para hacer cambios al plan. Durante este período, usted puede inscribirse, cambiar o cancelar un plan Medicare Advantage o un plan de medicamentos con receta de la Parte D fuera del Período de Inscripción Anual de Medicare sin multa. Los eventos comunes que pueden calificar incluyen mudarse y dejar la cobertura para jubilados, de un sindicato o de COBRA.



MA OEP | Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage (MA OEP)

Si usted está inscrito en un plan Medicare Advantage el 1 de enero, puede hacer un cambio de cobertura entre el 1 de enero y el 31 de marzo. Usted puede cambiarse a un plan Medicare Advantage diferente o regresar a Medicare Original. Si regresa a Medicare Original, también se puede inscribir en un plan de la Parte D durante este período.



Cómo inscribirse



Parte A



Parte B

Medicare Original (Partes A y B)

Medicare Original es proporcionado por el gobierno federal. Usted será inscrito automáticamente si a los 65 años de edad está recibiendo beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario, o si empieza a cumplir los requisitos para Medicare por una discapacidad. Si no lo inscriben automáticamente, debe inscribirse usted mismo.

Inscríbase por Internet en **ssa.gov/espanol/**, por teléfono al **1-800-772-1213** (TTY **1-800-325-0778**) o visite la oficina local del Seguro Social.



Parte C



Parte D



Medigap

Parte C, Parte D y planes Medigap

Estos planes solo son ofrecidos por compañías de seguros privadas. Usted se inscribirá directamente con el proveedor del plan, por teléfono, en Internet o con un agente local.

Recuerde revisar cada plan detenidamente. Diferentes proveedores ofrecerán distintos planes y beneficios.



Responder estas preguntas puede ayudarle a sentirse más seguro al elegir un plan.

1. Por lo general, ¿con qué frecuencia visita al médico?
2. ¿Qué medicamentos con receta toma? ¿Con qué frecuencia?
3. ¿Tiene alguna enfermedad importante por la que necesite cuidado especial?
4. ¿Cuánto pagó de su bolsillo por cuidado de la salud en los últimos 12 meses? ¿Cuánto pagó por medicamentos con receta?
5. ¿Desea cobertura para servicios o artículos de cuidado dental, para la vista o para la audición?
6. ¿Necesita ayuda para pagar Medicare?

¿Necesita ayuda para pagar Medicare?

Es posible que califique para recibir ayuda si tiene ingresos bajos y pocos bienes. Sus ingresos incluyen el dinero que recibe de beneficios de jubilación u otro dinero que usted informe a fines impositivos. Los niveles de ingresos para cumplir los requisitos varían según el estado y el programa. Diferentes programas cubren costos de distintos artículos de Medicare. Algunos pueden ayudar con las Partes A y B de Medicare, otros con los medicamentos con receta, y algunos pueden ayudar con todos sus costos de Medicare.

Medicaid

Medicaid es un programa de seguro de salud federal y estatal conjunto para individuos y familias de bajos ingresos. También puede ofrecer algunos servicios que no están cubiertos por Medicare. Cada estado crea su propio programa; por ello, comuníquese con su oficina estatal de Medicaid para obtener más información.

Si usted califica tanto para Medicare como para Medicaid, usted tiene "elegibilidad doble". En este caso, usted mantiene sus beneficios de Medicaid y puede obtener beneficios adicionales de Medicare. Los dos programas pueden funcionar juntos para cubrir la mayor parte de sus costos de cuidado de la salud.

Programa Ayuda Adicional

Un programa diseñado específicamente para ayudar a beneficiarios calificados a pagar parte o la totalidad de las primas, deducibles, copagos y coseguros de la Parte D de Medicare. La cantidad de dinero que se proporciona depende de la situación de la persona.

Programas de Ahorros de Medicare

Los Programas de Ahorros de Medicare ayudan a pagar parte o la totalidad de las primas, los deducibles y los coseguros de la Parte A y la Parte B. Existen cuatro tipos de Programas de Ahorros de Medicare. Usted califica automáticamente para el programa Ayuda Adicional si califica para un Programa de Ahorros de Medicare.

Programa de Cuidado Todo Incluido para Personas Mayores (PACE)

El Programa de Cuidado Todo Incluido para Personas Mayores (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE) proporciona el cuidado y los servicios cubiertos por Medicare y Medicaid para personas de 55 años en adelante que necesitan un nivel de cuidado de un asilo de convalecencia (según lo certifica su estado), viven en el área de servicio de una organización PACE y son capaces de vivir de forma segura en su comunidad con ayuda de PACE. Este programa no está disponible en todos los estados.





Preguntas frecuentes

¿Qué ocurre si mi médico deja la red de mi plan Medicare Advantage?

Su plan le notificará si su médico deja la red del plan y usted podrá elegir otro médico. Por lo general, en estos casos usted no puede cambiar de plan hasta la próxima Inscripción Anual de Medicare, del 15 de octubre al 7 de diciembre.

¿Cómo sé si podré ver al mismo médico cuando esté en Medicare?

Muchos médicos aceptan Medicare. Pregúntele a su médico para estar seguro. Si está considerando un plan Medicare Advantage (Parte C) con una red de proveedores, también tendrá que saber si su médico está en esa red. Consulte la lista de proveedores de cada plan que esté evaluando.

No puedo pagar Medicare, ni siquiera la prima de la Parte B. ¿Dónde puedo recibir ayuda?

Si califica, quizás pueda recibir ayuda para pagar las primas y otros costos de Medicare.

Consulte la lista de recursos en la página 25.

¿Tengo que inscribirme yo mismo en Medicare?

Eso depende. Si está recibiendo beneficios del Seguro Social o la Junta de Retiro Ferroviario, será inscrito automáticamente en la Parte A y la Parte B de Medicare. Si no está recibiendo estos beneficios, tendrá que inscribirse usted mismo con la Administración del Seguro Social.

Después, si decide que desea un plan Medicare Advantage (Parte C), un plan de medicamentos con receta de la Parte D o un plan de Seguro Complementario de Medicare (Medigap), deberá inscribirse usted mismo directamente con el proveedor del plan.

¿Cómo puedo recibir cobertura dental y de la vista con Medicare?

Medicare Original (Partes A y B) no cubre cuidado dental ni de la vista de rutina. Sin embargo, muchos planes Medicare Advantage (Parte C) ofrecen la cobertura junto con otros beneficios que Medicare Original no proporciona, como la cobertura de medicamentos con receta.

Consulte más información sobre los planes Medicare Advantage en la página 12.

¿Qué ocurrirá con la cobertura de salud de mi cónyuge cuando yo me jubile y comience a tener Medicare?

Si su cónyuge tiene menos de 65 años de edad, quizás tenga que buscar otra cobertura. Es posible que su empleador ofrezca COBRA para la continuidad de la cobertura de su cónyuge. Hable con el administrador del plan de su empleador.

Su cónyuge también podría comprar una cobertura individual en el Mercado de Seguros de Salud o directamente en una compañía de seguros hasta que comience a cumplir los requisitos de Medicare. En ese momento, su cónyuge podría calificar para la Parte A sin prima según su propio historial de trabajo o el historial de trabajo de usted.

¿Qué ocurre con mi cobertura de Medicare si me mudo?

Depende del tipo de cobertura de Medicare que tenga.

Si tiene un plan Medicare Advantage (Parte C) o un plan de medicamentos con receta de la Parte D:
Puede conservar su plan si se muda a otra dirección dentro de la misma área de servicio. Llame al número de Servicio al Cliente de su plan para saber si su nuevo domicilio está dentro del área de servicio de su plan actual. Si se muda fuera del área de servicio de su plan, calificaría para un Período de Inscripción Especial para buscar un nuevo plan.

Si tiene Medicare Original (o un plan de Seguro Complementario de Medicare):
Tanto Medicare Original (Partes A y B) como los planes de Seguro Complementario de Medicare (Medigap) son planes nacionales. Si usted se muda, el plan se muda con usted.

A continuación hay una lista de contactos útiles

Línea de Asistencia de Medicare

Llame si tiene preguntas sobre Medicare y para obtener información detallada de los planes y las pólizas en su área.

1-800-MEDICARE (**1-800-633-4227**), TTY **1-877-486-2048** (las 24 horas del día, los 7 días de la semana)

es.medicare.gov

El sitio web de Medicare proporciona información y ofrece herramientas en Internet para buscar y comparar planes de la Parte D, planes Medicare Advantage y planes de Seguro Complementario de Medicare (Medigap).

Administración del Seguro Social

Reciba respuestas a preguntas sobre los requisitos de participación y la inscripción en Medicare, los beneficios de jubilación del Seguro Social o los beneficios por discapacidad. También puede preguntar si cumple los requisitos para recibir ayuda financiera.

1-800-772-1213, TTY **1-800-325-0778**
ssa.gov/benefits/medicare

Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)

Su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud ofrece asesoramiento gratis y puede ayudarle con preguntas acerca de la compra de un seguro, la elección de un plan de salud, y sus derechos y protecciones conforme a Medicare.

shiphelp.org

medicaid.gov

Medicaid proporciona cobertura de salud a millones de estadounidenses, incluidos adultos de bajos ingresos, niños, mujeres embarazadas, adultos mayores y personas con discapacidades que cumplen los requisitos. Obtenga más información sobre los requisitos de participación, los beneficios y cómo solicitarlo.

Administración de Asuntos sobre la Vejez

Descubra organizaciones comunitarias, estatales y locales que prestan servicios para adultos mayores y sus cuidadores.

1-800-677-1116, TTY **711**
eldercare.acl.gov

Organización Nacional de Cuidados Paliativos y para Enfermos Terminales

Obtenga más información sobre los cuidados para enfermos terminales y los programas de cuidados para enfermos terminales en donde vive. Es posible que su médico u otro proveedor de cuidado de la salud también puedan ayudarle a encontrar servicios locales.

nhpco.org

Su plan de salud actual

El Servicio al Cliente de su plan de salud puede responderle las preguntas que tenga sobre su cobertura actual. Llame al número que se encuentra en su tarjeta de ID de miembro.

aarp.org

AARP® proporciona información sobre Medicare, como también de otros programas y servicios disponibles para las personas a medida que envejecen.

Planillas y listas de verificación de Medicare

A continuación hay algunos recursos útiles de Medicare Made Clear® que pueden facilitar la comprensión de Medicare o la decisión de compra de una cobertura de Medicare.

Planilla para Buscar Planes de Medicare

Use esta tabla sencilla para comparar planes de Medicare en paralelo, como también para seguir pasos útiles para encontrar la opción adecuada.

Planilla para Revisar Planes de Medicare

Use esta planilla para ver cómo está funcionando su cobertura actual de Medicare para usted, en dónde podría haber algún vacío y para decidir si debe hacer un cambio.

Consejos Prácticos si Trabaja Después de los 65 Años

Use esta guía para conocer consejos importantes y respuestas rápidas a algunas preguntas comunes, se inscriba o no a los 65 años.

Lista de Verificación del Período de Inscripción Anual (AEP)

Use esta lista de verificación para prepararse para el Período de Inscripción Anual (AEP) de Medicare que va del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Lista de Verificación del Período de Inscripción Inicial (IEP)

Comience a comprender sus opciones de cobertura y los plazos de Medicare para poder tomar una decisión informada cuando llegue el momento.

Puede descargar estas listas de verificación y planillas de trabajo en **getmedicareresources.com.**





Planilla para buscar planes

Llene una columna para cada plan que esté considerando.

En la sección superior, marque los beneficios que proporciona cada plan.

En la sección inferior, llene el costo de cada artículo. Puede obtener información sobre la cobertura y los costos en los sitios web o los materiales de los planes.

Compañía de seguros
Nombre del plan
Tipo de plan
Compare cobertura
Médico actual
Medicamentos con receta actuales
Servicios para la vista
Servicios para la audición
Servicios dentales
Línea de teléfono de enfermería
Beneficio de acondicionamiento físico
Cuidado quiropráctico
Transporte
Cuidado de podiatría
Compare costos
Costos de Medicare Original
Prima mensual del plan
Costos de emergencia
Cálculo aproximado de copagos/coseguros mensuales
Deducible médico anual
Máximo anual de gastos de su bolsillo
Deducible anual para medicamentos con receta
Cálculo aproximado de costos mensuales de medicamentos con receta

	Plan 1	Plan 2	Plan 3

Escanee el código QR de arriba para escuchar **8 Consejos Prácticos sobre Medicare** diseñados para ayudarle a iniciar su camino hacia Medicare

¿Desea obtener más información?

Visite **medicareexplicado.com**

Cómo escanear el código QR:

Paso 1: Abra la aplicación de la cámara en su teléfono celular
Paso 2: Apunte la cámara al código QR
Paso 3: Toque el enlace

Medicare Made Clear® fue creado para usted por UnitedHealthcare

© 2026 United HealthCare Services, Inc. Todos los derechos reservados. No se puede reproducir ni usar ninguna parte de este trabajo sin la expresa autorización por escrito de United HealthCare Services, Inc., independientemente de la naturaleza comercial o no comercial del uso.

Los planes están asegurados a través de UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus compañías afiliadas. Para los Planes Medicare Advantage y Planes de Medicamentos con Receta: Una organización de planes Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare y un patrocinador de la Parte D aprobado por Medicare. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare.

Y0066_26GettingStartedGuide_C SP P3449800SP