



FUNDAMENTOS DE MEDICARE

VIDA | FINANCIERO | SALUD | SUPLEMENTARIO | GRUPO

Copyright © 2025 Empower Brokerage, Inc. Todos Derechos Reservados.

A photograph of a hospital hallway. In the foreground, a female nurse in a white uniform and stethoscope walks towards the left, smiling. Next to her, a female nurse in blue scrubs walks towards the right. In the background, a male doctor in a white lab coat is bent over, attending to a patient in a wheelchair. To the right, a male nurse in blue scrubs is pushing a gurney. The hallway is bright and clean, with large windows on the right side.

FUNDAMENTOS DE MEDICARE

Presentado por Empower Brokerage

Podemos contestar sus preguntas, sean grandes o pequeñas.

Medicare, Plan Médico, Seguro de Vida, Retiro, Dental/Visión/Audición,
Discapacidad, Cuidado a largo plazo, entre otros.

¡Empower Brokerage puede ayudar!

Empower Brokerage lleva 35 años ayudando a los clientes a encontrar el mejor precio en planes de seguro de vida y salud. Existimos para ayudar a los demás.



- Ubicados en Southlake, Texas
- Una de las mayores agencias de intermediación de seguros en los Estados Unidos
- Proveedor de servicio desde hace 35 años
- Licenciado y operativo en 45 estados
- Ofrecemos una línea completa de productos de seguro de vida y salud
- Nombrados con más de 100 compañías
- Centro de atención telefónico nacional
- Apoyo Bilingüe

Has preguntado...

1. ¿Qué es Medicare?
2. ¿Habrá Medicare para mí?
3. ¿Qué cubre Medicare?
4. ¿Cuánto va a costar?
5. ¿Y si no puedo pagarlo?
6. ¿Hay otras opciones?
7. ¿Existen otros beneficios?



¿Qué es Medicare?

Programa gubernamental de seguro médico para tres grupos de personas:

- 65 años o más
- Menores de 65 años con ciertas discapacidades
- Cualquier edad con ESRD (Enfermedad Renal en Etapa Final)

Administrado por:

Centros de Servicios de Medicare & Medicaid



Períodos de Inscripción



Período Inicial de Inscripción (IEP)

El período de 7 meses alrededor del mes que cumpla 65 años

Período Especial de Inscripción (SEP)

El Período de 8 meses que comienza el mes después de que termine su empleo o la cobertura (lo que ocurra primero)

Período General de Inscripción (GEP)

Enero 1 – Marzo 31 de cada año.

Su cobertura comienza Julio 1. Multa del 10% por cada período de 12-meses que fue elegible pero no se inscribió.



¿Qué cubre Medicare?

Existen 4 Partes de Medicare:



¿Cuáles son sus opciones?

La mayoría de las personas obtienen su cobertura de dos maneras:

Medicare Original

Parte A – Hospital

Parte B – Médica
+ Medicamentos Recetados

Suplemento de Medicare
+ Medicamentos Recetados

Parte D – Medicamentos

OR

Medicare Advantage

Parte C – Plan de Salud
+ Beneficios tan buenos como los del Medicare Original, pero puede incluir beneficios adicionales que no son incluidos en la Parte A & B.



Parte A: Seguro Hospitalario

- Atención Hospitalaria
- Centros de Rehabilitación
- Cuidado a Largo Plazo - en el Hospital
- Centro de Enfermería Especializada(SNF)
- Hospicio
- Sangre



(Cuidados a Largo Plazo en residencias de ancianos NO estan cubiertos.)

Parte A: Elegibilidad

La mayoría de las personas de 65 años o más que son ciudadanos o residentes permanentes en Estados Unidos tienen derecho al seguro hospitalario gratuito de Medicare (Parte A).

NOTA: Aunque la edad de jubilación completa no sea 65 años, debe inscribirse en Medicare tres meses antes de cumplir los 65 años.

Puede optar a los 65 años si:

- Recibe o es elegible para recibir beneficios de Seguro Social; o
- Recibe o es elegible para recibir beneficios de jubilación ferroviaria;
- Su esposo/a es elegible; o
- Usted o su cónyuge (vivo o fallecido, incluidos divorciados) han trabajado el tiempo suficiente en un empleo gubernamental en el que se pagaban los impuestos de Medicare.

****Si no cumple los requisitos, puede obtener Medicare pagando una prima mensual. Por lo general, sólo puede inscribirse durante los periodos de inscripción designados.**

Antes de los 65 años, usted tiene derecho a Medicare si:

- Ha tenido derecho a beneficios de incapacidad del seguro social durante 24 meses; o
- Recibe una pensión de discapacidad de la Junta de Jubilación Ferroviaria y cumple ciertas condiciones; o
- Recibe beneficios de discapacidad del Seguro Social porque tiene la enfermedad de Lou Gehrig (esclerosis lateral amiotrófica); o
- Ha trabajado el tiempo suficiente en un empleo gubernamental en el que se pagaban los impuestos de Medicare, y si cumple los requisitos del programa de discapacidad del Seguro Social.



Parte B: Seguro Médico

- Servicios de Médicos
- Atención Ambulatoria
- Atención Domiciliaria
- Servicios Preventivos
- Equipo Médico Duradero (DME)
- Servicios de Salud Mental
- Servicios Ambulatorios del Hospital
- Terapia Física
- Trasplantes y Medicamentos Inmunosupresores



Parte B: Seguro Médico

Elegibilidad para la Parte B: Si usted es elegible para la Parte A de Medicare también tiene derecho a la Parte B de Medicare.

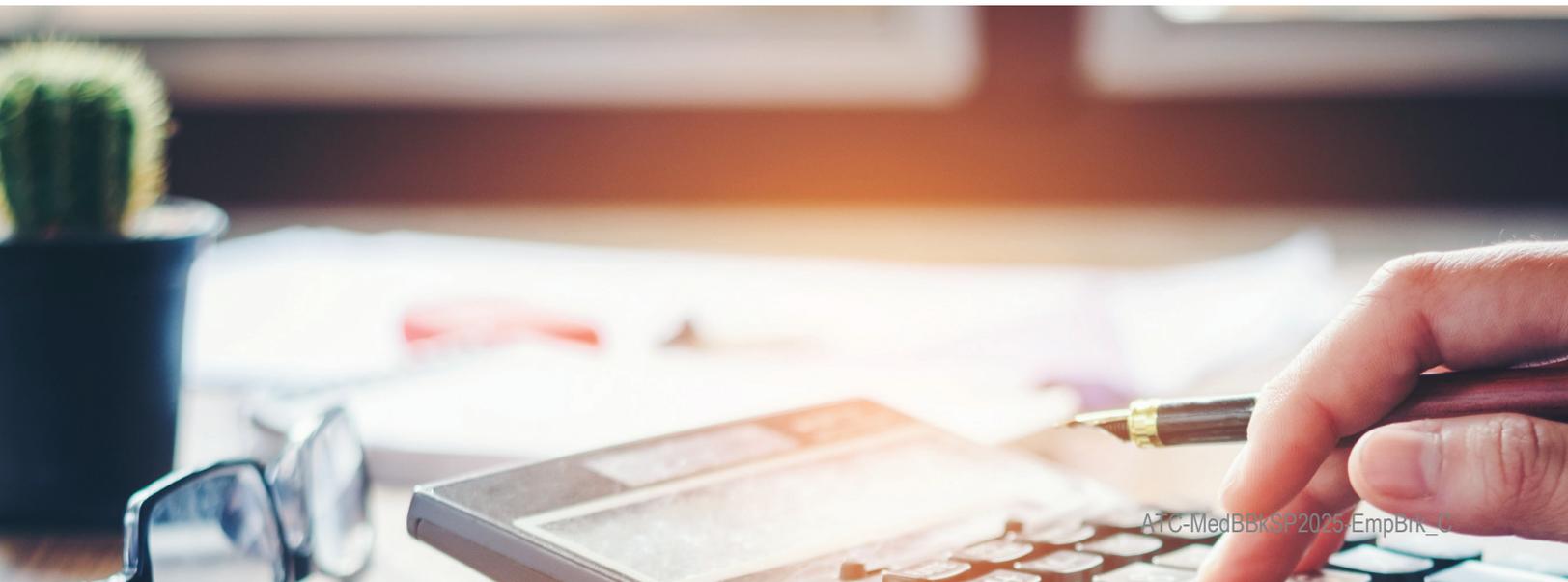
Costos: La parte A es gratuita en la mayoría de los casos; la parte B no.

La prima puede ser descontada directamente de su cheque de Seguro Social.

En 2025, la parte B Premium estándar es de \$ 185.00.

Si su ingreso es mayor de \$106.000 o está casado y su ingreso familiar combinado es mayor de \$212,000, pagará una prima mensual más alta para la Parte B. Esto se denomina Monto de Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso (IRMAA, por sus siglas en inglés) y oscila entre \$74 y \$443,90 dependiendo de su nivel de ingreso. Esta cantidad adicional de la prima se agrega a la parte estándar B Premium

Debe pagar un deducible anual de la Parte B, lo que en 2025 es \$257. Una vez que pague usted los \$257, sus beneficios entrarán en vigor.



Parte B: Tabla de Costos

Fuente: 2025 Medicare Parts A & B Premiums and Deductibles/2025 Medicare Part D Income-Related Monthly Adjustment Amounts | CMS

Los beneficiarios que presentan impuestos individuales:	Los beneficiarios que presentan impuestos conjuntos:	Monto	Prima Mensual Total
Menos o igual al \$106,000	Menor o igual a \$212,000	\$0.00	\$185.00
Más de \$106,000 y menos o igual al \$133,000	Más de \$212,000 y menos o igual al \$266,000	\$74.00	\$259.00
Más de \$133,000 y menos o igual al \$167,000	Más de \$266,000 y menos o igual al \$334,000	\$185.00	\$370.00
Más de \$167,000 y menos o igual al \$200,000	Más de \$334,000 y menos o igual al \$400,000	\$295.00	\$480.90
Más de \$200,000 y menos de \$500,000	Más de \$400,000 y menos de \$750,000	\$406.90	\$591.90
Más de o igual al \$500,000	Más de o igual al \$750,000	\$443.90	\$628.90

La parte B es opcional: si no la quiere, por cualquier razón, puede excluirse mediante una solicitud.

Tome en cuenta que hay una penalización si se inscribe tarde. Si no se inscribe en la Parte B cuando es elegible por primera vez, su prima mensual de Medicare puede ser más de \$185.



Parte C: Medicare Advantage

La Parte C es un tipo de plan de salud de Medicare ofrecido por empresas privadas que tienen un contrato con Medicare para proveerle los beneficios de la Parte A y la Parte B. Si tiene la Parte A y la B, es elegible para la Parte C.

**Si tiene la Parte A y B, tiene derecho a la Parte C.*

Beneficios:

- Cubre todos los servicios de Medicare.
- La mayoría de los planes Medicare Advantage incluyen la Parte D - cobertura de medicamentos recetados
- Muchos tienen beneficios adicionales incluidos en el plan como: servicios de bienestar, servicios dentales, auditivos, y oftalmológicos limitados, transporte, afiliaciones a clubes de salud, etc

**Los beneficios adicionales varían según el tipo de plan y la compañía privada.*

Los diferentes tipos de planes Medicare Advantage se ajustan a diferentes tipos de necesidades. Incluyen:

- HMO (Organización de Mantenimiento de la Salud),
- PPO (Organización de Proveedores Preferidos,
- PFFS (Plan privado de pago por servicio),
- SNP (Plan de Necesidades Especiales), y
- Planes de Cuentas de Ahorro Médico de Medicare



14 - Fundamentos de Medicare

Organización de Mantenimiento de la Salud) (HMO)

En la mayoría de los planes HMO, sólo puede consultar a los médicos, otros proveedores de servicios médicos u hospitales de la lista del plan, salvo en caso de emergencia. Es posible que también tenga que obtener una recomendación de su médico general. En la mayoría de los casos, los medicamentos recetados están cubiertos en los planes HMO. Si desea obtener la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Parte D), deberá inscribirse en un plan HMO que ofrezca cobertura de medicamentos recetados.

Organización de Proveedores Preferidos (PPO)

En un plan PPO, puede utilizar servicios dentro o fuera de la red del plan. Sin embargo, pagará menos si utiliza proveedores de la red del plan. En la mayoría de los casos, los medicamentos recetados están cubiertos en los planes PPO. Si desea la cobertura de medicamentos, debe inscribirse en un plan PPO que la ofrezca. Si se inscribe en un Plan PPO que no ofrece cobertura de medicamentos, no podrá inscribirse en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados (Parte D).

Plan Privado de Pago por Servicio (PFFS)

Los planes PFFS no son iguales al Medicare Original o al Medigap. El plan determina cuánto pagará a los médicos, a otros proveedores de servicios de salud y a los hospitales, y cuánto deberá pagar usted cuando reciba atención médica. Puede ir a cualquier médico, proveedor de servicios médicos u hospital aprobado por Medicare que acepte las condiciones de pago del plan y se comprometa a atenderlo. No todos los proveedores lo harán. Si se inscribe en un plan PFFS que tiene una red, también puede acudir a cualquier proveedor de la red que haya aceptado atender a los miembros del plan. También puede pagar más por acudir a un médico, hospital u otro proveedor fuera de la red, que acepte las condiciones del plan. Los medicamentos recetados pueden estar cubiertos en los planes PFFS. Si su Plan PFFS no ofrece cobertura de medicamentos, puede inscribirse en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados para obtenerla.

Plan de Necesidades Especiales Medicare (SNP)

Los SNP de Medicare limitan la participación a personas con enfermedades o características específicas y adaptan sus beneficios, opciones de proveedores y formularios de medicamentos para satisfacer sus necesidades específicas. Puede inscribirse en un SNP de Medicare si tiene la Parte A de Medicare (seguro hospitalario) y la Parte B de Medicare (seguro médico), vive en el área de servicio del plan y cumple los requisitos de elegibilidad del plan.

Elegibilidad del SNP: SNP de enfermedades crónicas (C-SNP): Dependiendo de los requisitos específicos del portador, si usted tiene una o más de las siguientes condiciones, puede ser elegible.:

- Enfermedades autoinmunes
- Cáncer
- Enfermedades Cardiovasculares
- VIH/SIDA
- Insuficiencia cardíaca crónica
- Demencia
- Diabetes mellitus
- Enfermedad Hepática Terminal
- Enfermedad Renal Terminal (ESRD)
- Enfermedades Hematológicas Graves
- Dependencia Crónica del Alcohol y las Drogas
- Enfermedades mentales crónicas e incapacitantes
- Desórdenes Neurológicos
- Accidente Cerebrovascular
- SNP institucional (I-SNP): viven en una institución o necesitan cuidados de enfermería a domicilio.
- D-SNP: tienen tanto Medicaid como Medicare

* *Si cree que cumple los requisitos para recibir Medicaid o un subsidio por bajos ingresos, póngase en contacto con la oficina de asistencia médica de su estado (Medicaid) para obtener más información.

Planes de Cuentas de Ahorro Médico de Medicare(MSA)

Los planes MSA de Medicare combinan un plan de seguro con deducible alto con una cuenta de ahorros médicos que puede utilizar para pagar sus gastos de salud.

1. Medicare Advantage con deducible alto (Parte C). La primera parte del plan sólo comenzará la cobertura una vez que alcance un deducible anual elevado, que varía según el plan.
2. Cuenta de ahorro médica (MSA): La segunda parte es un tipo especial de cuenta de ahorro. El plan MSA de Medicare deposita dinero en su cuenta. Usted puede optar por utilizar el dinero de esta cuenta de ahorro para pagar sus gastos de salud antes de alcanzar el deducible.

* * Si se inscribe en un Plan MSA de Medicare y necesita cobertura de medicamentos, tendrá que inscribirse en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare.

Costos de Medicare Advantage (Parte C)

Sus gastos de desembolso en un plan Medicare Advantage (Parte C) dependen de:

- Si el plan cobra una prima mensual.
- Si el plan paga alguna parte de su prima mensual de la Parte B de Medicare
- Si el plan tiene un deducible anual o cualquier otro deducible adicional.
- Cuánto paga usted por cada visita o servicio (copago o coseguro). Por ejemplo, el plan puede cobrar un copago, como 10 ó 20 dólares cada vez que vea a un médico. Estos montos pueden ser diferentes a los de Medicare Original.
- El tipo de servicios médicos que necesita y la frecuencia con la que los recibe.
- Si va a un médico o proveedor que acepta la asignación (si está en un plan PPO, PFFS o MSA y va fuera de la red).
- Si sigue las reglas del plan, como el uso de proveedores de la red.
- Si necesita beneficios adicionales y si el plan cobra por ellos.
- El límite anual del plan en cuanto a los gastos de su bolsillo para todos los servicios médicos.
- Si tiene Medicaid o recibe ayuda de su estado.

Parte D: Medicamentos Recetados

- Ayuda a pagar los medicamentos recetados por los médicos para los tratamientos
- Estos planes(a veces llamados “PDPs”) agregan la cobertura de medicamentos a Medicare Original
- Autorizados por Medicare y ofrecidos por empresas privadas
- Los planes cambian cada año
- Pueden ser independientes (PDP) o combinados con Medicare Advantage (MAPD)



Parte D: Medicamentos Recetados

Requisitos de la Parte D: Para obtener la cobertura de medicamentos de Medicare, debe inscribirse en un plan administrado por una compañía de seguros u otra empresa privada aprobada por Medicare. Cada plan puede variar en costo y medicamentos cubiertos. Medicare ofrece cobertura de medicamentos recetados a todas las personas con Medicare. Si decide no inscribirse en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados cuando es elegible por primera vez, y no tiene otra cobertura acreditable de medicamentos recetados o no recibe Extra Help, es probable que tenga que pagar una multa.

Costos: Debe pagar una prima mensual y un deducible para obtener la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Como hay muchos planes diferentes, los costes pueden variar. El deducible en 2025 es de \$590.

Hasta el 2024, la mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen una brecha de cobertura ("donut hole"), lo que significa un límite temporal en la cobertura de medicamentos.

Esta brecha termina el 31 de diciembre de 2024.

En 2025, los planes de Medicare incluirán un límite de \$2.000 en los costos de bolsillo de los medicamentos cubiertos. Después de alcanzar este límite (con ciertos pagos incluidos), obtendrá "cobertura catastrófica" y no pagará de su bolsillo los medicamentos cubiertos de la Parte D durante el resto del año.

Durante la Inscripción Abierta de Medicare (del 15 de octubre al 7 de diciembre), compare los planes para asegurarse de que su plan satisfaga sus necesidades y cubra sus medicamentos. En 2024, una vez que usted y su plan gastan \$5.030, usted está en la brecha de cobertura, pero solo alcanza una cobertura catastrófica si los costos de bolsillo alcanzan los \$8.000.

Medigap(Suplemento de Medicare)

(Suplemento de Medicare Original)

Una forma de ayudar a cubrir lo que no cubre Medicare es a través de una póliza Medigap, o Suplemento de Medicare, un seguro médico complementario, ofrecido por compañías de seguros privadas. Medigap puede cubrir algunos, o la mayoría, de los costes que no cubre Medicare, incluidos los copagos y los deducibles.



Medigap(Suplemento de Medicare)

Eligibilidad de Medigap: Su período de inscripción abierta para obtener un Suplemento de Medicare comienza el primer día del mes en que es elegible para la Parte B de Medicare y continúa durante 6 meses adicionales. Usted debe tener las Partes A y B para obtener un Suplemento de Medicare. No podemos insistir en lo importante que es aprovechar el tiempo para hacer su investigación y obtener su plan de seguro de Medigap, porque durante la inscripción abierta no puede ser rechazado para Medigap, a pesar de su salud. (El período de 6 meses que comienza el primer día del mes en que usted tiene 65 años o más y este inscrito en la parte B de Medicare).

Costos: Para inscribirse en un plan privado de Medigap o Suplemento de Medicare, usted paga una prima mensual a una compañía de seguros, aparte de la prima que paga al gobierno por la Parte B de Medicare.

* Los costes de los planes de Medigap varían dependiendo de la cobertura, la compañía, su ubicación y su edad. Algunos planes pueden cobrarle más si tiene algún problema de salud preexistente. Tenga en cuenta que diferentes compañías pueden cobrar diferentes tarifas por el mismo plan de Medigap.



Medigap: Cobertura Por Plan

Beneficios	A	B	C	D	F*	G*	K	L	M	N
El coseguro de la Parte A y los costos del hospital (hasta 365 días adicionales, después de haber agotado los beneficios de Medicare.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Parte B (Coseguro or Copago)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	50%	75%	100%	100%***
Sangre (las primeras 3 pintas)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	50%	75%	100%	100%
Parte A Cuidado de hospicio (Coseguro o Copago)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	50%	75%	100%	100%
Cuidado en un centro de Enfermería Especializada (Coseguro)	x	x	100%	100%	100%	100%	50%	75%	100%	100%
El deducible de la Parte A	x	100%	100%	100%	100%	100%	50%	75%	50%	100%
El deducible de la Parte B	x	x	100%	x	100%	x	x	x	x	x
Cargos en exceso de la Parte B	x	x	x	x	100%	100%	x	x	x	x
Emergencia en el extranjero(hasta límite del plan)	x	x	80%	80%	80%	80%	x	x	80%	80%
Límite de gastos de su bolsillo en 2025**	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	\$7,220	\$3,610	N/A	N/A

*Los planes F y G ofrecen un plan con deducible alto en algunos estados.

**Los planes K y L muestran cuánto pagarán por los servicios aprobados antes de que usted alcance su límite anual de desembolso y el deducible de la Parte B. Después de cumplirlos, el plan pagará el 100% de los servicios aprobados.

***El Plan N paga el 100% de los costos de los servicios de la Parte B, excepto los copagos de algunas visitas al consultorio y algunas visitas a la sala de emergencias.

Medigap:Cobertura Por Plan

Los Planes Más Comunes

Uno de los mayores problemas de las personas de edad avanzada hoy en día, sobre todo si tienen unos ingresos fijos, son los “gastos de bolsillo” de los gastos de seguro médico. Existen formas de protegerse de algunos de los gastos de bolsillo.

- Indemnización Hospitalaria – Proporciona una cantidad fija por día de hospitalización, lo que puede ayudar a cubrir los gastos que su plan no cubre.
- Dental, Visión, Audición – A la hora de programar sus gastos, es importante incluir medidas para cubrir estos costos.
- Gastos Finales – Esto es lo mínimo que todos deberían aportar para ayudar a sus familias a pagar los gastos finales de funeral.
- Cuidados a Largo Plazo – Medicare sólo cubre los cuidados durante un determinado número de días. A partir de entonces, necesitará un plan de cuidados de larga duración que le proporcione una prestación diaria para ayudar a contrarrestar los gastos

No hay un solo plan que sea adecuado para todos.

Es importante utilizar la ayuda de un agente autorizado para que le ayude a diseñar un plan a su medida.

*Nota: Los agentes de seguros son pagados por las compañías que representan, no el cliente.

Haga una cita con un agente hoy.





Dónde Encontrarnos



Empower Brokerage, Inc.



@EmpowerBrokerageInc



Empower Brokerage, Inc.



Empower
BROKERAGE