**Recomendaciones sobre la consejería – Enero de 2022**

**Novedades de Medicare en 2022**

**1. ¿Han cambiado los costos de Medicare Parte A (seguro de hospital) en 2022?**

Sí, los costos relacionados con la Parte A son diferentes este año. Recuerde que Medicare Parte A cubre los servicios hospitalarios para pacientes internados, los servicios en un centro de enfermería especializada, la asistencia médica a domicilio y los hospicios. Revise su manual *Medicare & You (Medicare y usted)* de 2022 para entender los servicios que cubre la Parte A. La siguiente tabla muestra una comparación entre los costos del año pasado y los de este año.

|  |
| --- |
| **Costos de la Parte A de Medicare original: 2021 vs. 2022**  |
|   | **2021** | **2022** |
| **Prima de la Parte A**  | **$0 al mes**si ha trabajado durante más de 10 años  | **$0 al mes**si ha trabajado durante más de 10 años  |
| **$259 al mes**si ha trabajado entre 7.5 y 10 años  | **$274 al mes** si ha trabajado entre 7.5 y 10 años  |
| **$471 al mes**si ha trabajado durante menos de 30 trimestres (7 años y medio)  | **$499 al mes** si ha trabajado durante menos de 30 trimestres (7 años y medio)  |
| **Deducible de hospital**  | **$1,484** en cada periodo de beneficios  | **$1,556**en cada periodo de beneficios  |
| **Coseguro de hospital**  | **$0 al día**para los días 1 a 60 una vez que haya cubierto su deducible  | **$0 al día**para los días 1 a 60 una vez que haya cubierto su deducible  |
| **$371 al día**para los días 61 a 90 de cada periodo de beneficios  | **$389 al día**para los días 61 a 90 de cada periodo de beneficios  |
| **$742 al día**para los días 91 a 150 (días de reserva de por vida no renovables)\*  | **$778 al día**para los días 91 a 150 (días de reserva de por vida no renovables)\*  |
| **Coseguro de centros de enfermería especializada**  | **$0 al día** para los días 1 a 20 en cada periodo de beneficios (después de una estancia de un mínimo de 3 días en un hospital como paciente internado)  | **$0 al día** para los días 1 a 20 en cada periodo de beneficios (después de una estancia de un mínimo de 3 días en un hospital como paciente internado)  |
| **$185.50 al día** para los días 21 a 100 en cada periodo de beneficios  | **$194.50 al día** para los días 21 a 100 en cada periodo de beneficios  |

\*Nota: Después de usar sus días de reserva de por vida no renovables, usted será responsable de todos los costos.

Si usted tiene un Plan Medicare Advantage, su plan le proporciona la cobertura de la Parte A. Si usted tiene el mismo Plan Medicare Advantage en 2022 que tenía en 2021, su plan debería haberle enviado un Aviso anual de cambio (ANOC, por sus siglas en inglés) o una Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) que explique cualquier cambio para el año que viene. Revise este aviso para entender los costos, los servicios cubiertos y las reglas de su plan. Comuníquese con su plan si no recibió estos documentos en el otoño o si desea otra copia. Si elige un nuevo Plan Medicare Advantage, revise los costos relacionados con el plan para 2022.

Al igual que en 2021, Medicare cubre completamente las visitas a domicilio necesarias por razones médicas en 2022. Al igual que en 2021, usted tampoco paga por la atención de hospicio (para enfermos terminales), excepto por un copago de hasta $5 por cada medicamento recetado ambulatorio para el control del dolor y de los síntomas, y un coseguro del 5 % de la cantidad aprobada por Medicare para el cuidado de relevo para pacientes internados.

**2. ¿Han cambiado los costos de Medicare Parte B (seguro médico) en 2022?**

Sí, los costos relacionados con la Parte B son diferentes este año. Recuerde que Medicare Parte B cubre los servicios médicos ambulatorios, por ejemplo, los servicios de un profesional de la salud con licencia, los servicios preventivos, la terapia ambulatoria y los servicios de asistencia médica a domicilio.

Prima de la Parte B: la prima de base de la Parte B en 2022 es de $170.10 al mes. Tome en cuenta que $170.10 es la prima estándar para las personas que tienen ingresos anuales iguales o inferiores a $91,000 para una sola persona ($182,000 para una pareja casada). Si sus ingresos son superiores a esa cantidad, es posible que tenga que pagar una cantidad de ajuste mensual relacionada con los ingresos, también conocida como IRMAA, por sus siglas en inglés. La mayoría de las personas con Medicare paga la prima estándar. Un número pequeño de personas puede pagar una prima inferior a la estándar debido a que sus beneficios del Seguro Social no aumentaron lo suficiente como para cubrir el incremento en la prima de su Parte B de 2021 a 2022. Con este incremento en la prima de base de la Parte B también viene el mayor ajuste del costo de vida (COLA, por sus siglas en inglés) en 30 años en los beneficios del Seguro Social. De acuerdo con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés), la mayoría de las personas con Medicare verá un ajuste del COLA del 5.9 % en sus beneficios del Seguro Social de 2022, lo cual cubrirá ampliamente el incremento en la prima de base de la Parte B.

Deducible y coseguro de la Parte B: si usted tiene Medicare original, deberá pagar un deducible anual de la Parte B de $233 en 2022. Seguirá pagando un coseguro del 20 % por los servicios que la Parte B cubre. La cantidad que paga por los deducibles, copagos y/o coseguros del Plan Medicare Advantage varía según el plan.

|  |
| --- |
| **Costos de la Parte B de Medicare original: 2021 vs. 2022** |
|  | **2021** | **2022** |
| **Prima de la Parte B\*** | **$148.50 al mes** | **$170.10 al mes** |
| **Deducible de la Parte B** | **$203 al año** | **$233 al año** |
| **Coseguro de la Parte B** | 20 % para la mayoría de los servicios | 20 % para la mayoría de los servicios |
| **\***Si sus ingresos anuales son superiores a $91,000 para una sola persona ($182,000 para una pareja), usted pagará una prima de la Parte B más alta. Visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) para ver los costos de la Parte B por ingreso anual.  |

Costos del Plan Medicare Advantage: si usted tiene un Plan Medicare Advantage, su plan administra su cobertura de la Parte A y de la Parte B. Recuerde que la mayoría de las personas que tienen Medicare, ya sea Medicare original o un Plan Medicare Advantage, paga la prima mensual de la Parte B. Algunas personas con un Plan Medicare Advantage también pueden pagar una prima mensual adicional por estar inscritas en ese plan. Su plan debe haberle enviado un ANOC o EOC que explique cualquier cambio para el año que viene (consulte la pregunta 1).

**3. ¿Han cambiado los costos de Medicare Parte D (cobertura de medicamentos recetados) en 2022?**

Si tiene cobertura de medicamentos recetados de Medicare, a menudo conocida como Parte D, su plan debió haberle avisado sobre cualquier cambio en los costos para 2022. Los planes de la Parte D pueden cambiar los medicamentos que cubren, las redes de farmacias y los costos (por ejemplo, los copagos, los cargos de coseguro y los deducibles) cada año.

Estas son las formas principales en que usted puede obtener cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

* Un Plan Medicare Advantage que cubre tanto la cobertura de salud como la de medicamentos.
* Un plan de la Parte D independiente que trabaja con Medicare original.
	+ Un plan de la Parte D independiente también puede trabajar con un tipo de Plan Medicare Advantage llamado Plan de Cuenta de Ahorro de Medicare (MSA, por sus siglas en inglés), el cual no incluye cobertura de medicamentos recetados.

Su plan de la Parte D debe haberle enviado un ANOC o una EOC para informarle sobre los beneficios, los costos y los medicamentos cubiertos de su plan para 2022. Si tiene un Plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados, debería haber recibido una EOC que describa su cobertura de salud y de medicamentos recetados para 2022.

Los planes de la Parte D deben incluir la cobertura mínima establecida por ley, pero cada plan puede ofrecer diferentes tipos de cobertura. Por ejemplo, en 2022, los planes de la Parte D pueden establecer un deducible máximo anual (cantidad que usted paga de su propio bolsillo antes de que el seguro empiece a pagar) de $480. Sin embargo, algunos planes pueden no requerir que usted pague un deducible. La siguiente tabla muestra una comparación entre los costos del año pasado y los de este año. Asegúrese de revisar los materiales de su plan para ver los cambios específicos en los costos.

|  |
| --- |
| **Costos de Medicare Parte D: 2021 vs. 2022** |
|  | **2021** | **2022** |
| **Deducible máximo para la Parte D** | **Hasta $445 al año** | **Hasta $480 al año** |
| **Límite del periodo sin cobertura de la Parte D**Usted alcanza el periodo sin cobertura, o interrupción de la cobertura, cuando usted y su plan, en conjunto, han gastado esta cantidad en medicamentos cubiertos desde el inicio del año. | **$4,130** | **$4,430** |
| **Límite de la cobertura contra catástrofes de la Parte D**Usted sale de la interrupción de la cobertura y entra a la cobertura contra catástrofes cuando gasta esta cantidad de su propio bolsillo\* desde el inicio del año.  | **$6,550** | **$7,050** |

\*Tome en cuenta que los gastos de su propio bolsillo que le ayudan a salir de la interrupción de la cobertura incluyen: lo que ha gastado en medicamentos cubiertos desde el inicio del año (deducible, copagos); la mayoría de los descuentos por medicamentos de marca mientras usted está en la interrupción de la cobertura; y cualquier otro gasto de medicamentos que paguen familiares, la mayoría de las organizaciones de beneficencia, los Programas estatales de asistencia farmacéutica (SPAP, por sus siglas en inglés), los Programas de asistencia para medicamentos para el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés) y/o el Servicio de Salud Indígena.

**4. ¿Qué es el manual *Medicare & You* (Medicare y usted)? ¿Cómo puedo obtener uno?**

*Medicare & You* es un manual que Medicare publica cada año. El manual explica los servicios cubiertos por Medicare y los costos relacionados con Medicare original para el año que viene. Se le envía una copia de *Medicare & You* por correo postal a principios de otoño a cada beneficiario de Medicare sin importar si tiene Medicare original o un Plan Medicare Advantage. Si no recibió uno, puede llamar al 1-800-MEDICARE para pedir una copia. También puede descargar una versión general del manual en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov).

**5. ¿Qué es el periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage?**

Durante el periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA OEP, por sus siglas en inglés), usted puede cambiar su Plan Medicare Advantage (excluidas las Cuentas de Ahorro de Medicare, los planes de costos y el Programa de cobertura total de salud para ancianos [PACE]) por otro Plan Medicare Advantage o por Medicare original, con o sin un plan independiente de medicamentos recetados. El MA OEP ocurre cada año entre el 1.º de enero y el 31 de marzo. Recuerde que solo puede usar este periodo de inscripción si tiene un Plan Medicare Advantage. Los cambios realizados durante este periodo entran en vigor el primer día del mes siguiente a su inscripción. Por ejemplo, si cambia a un Plan Medicare Advantage nuevo en febrero, su cobertura nueva inicia el 1.º de marzo. A diferencia del periodo anual de inscripción abierta de Medicare, solo puede hacer un cambio durante el MA OEP.

**6. ¿Tendré otras oportunidades de cambiar mi cobertura en 2022?**

Dependiendo de sus circunstancias, usted puede tener oportunidades de cambiar su cobertura de salud y de medicamentos de Medicare en 2022.

**Si tiene 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 para la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Si tiene Ayuda Adicional en 2022, usted cuenta con un periodo especial de inscripción (SEP, por sus siglas en inglés) para inscribirse en un plan de la Parte D o para cambiar de planes. Este SEP está disponible una vez cada trimestre natural durante los tres primeros trimestres del año (de enero a marzo, de abril a junio y de julio a septiembre). Si usted usa el SEP de Ayuda Adicional para cambiar su cobertura, el cambio entrará en vigor el primer día del mes siguiente al mes en el cual usted realizó el cambio. Por ejemplo, si usted usó el SEP de Ayuda Adicional para elegir un nuevo plan de medicamentos recetados de la Parte D en marzo, este plan entrará en vigor el 1.º de abril. Si usó su SEP de Ayuda Adicional en un trimestre, tendrá que esperar al siguiente trimestre para hacer otro cambio, a menos que tenga un SEP diferente.

**Si se inscribió en un plan por equivocación o debido a información errónea:** si se inscribió en un Plan Medicare Advantage o en un plan de la Parte D independiente por equivocación o después de haber recibido información errónea, puede cancelar su inscripción y cambiar de planes. Generalmente, usted tiene derecho a cambiar de planes si:

* Se inscribió de forma no intencional: puede haberse inscrito creyendo que se estaba registrando en un plan Medigap para complementar Medicare original o que tenía la intención de inscribirse en un plan independiente de la Parte D, pero se inscribió sin querer en un Plan Medicare Advantage.
* Se inscribió debido a información errónea o engañosa: es posible que lo/a hayan engañado, por ejemplo, si un representante del plan le dijo que sus médicos son parte de la red del plan, pero en realidad no lo son, o si le prometieron beneficios que el plan no cubre realmente.
* Por un motivo ajeno a usted, se quedó o lo/a mantuvieron en un plan que usted no quería: trató de cambiar de planes durante un periodo de inscripción, pero lo/a mantuvieron en su plan anterior. También puede hacer un cambio si quedó inscrito/a en un plan debido a un error administrativo o computacional.

Los pasos que debe tomar para cancelar su inscripción dependen de si ya utilizó los servicios y si el plan pagó por dichos servicios.

* Si usted utilizó cualquier servicio después de inscribirse en el plan (por ejemplo, vio a un médico o surtió una receta) y recibió una denegación de cobertura, debe solicitar una cancelación retroactiva de la inscripción, es decir, una cancelación de la inscripción a partir de la fecha en que se inscribió en el plan. Dependiendo de su situación, podría seleccionar Medicare original (con o sin un plan de la Parte D) o un Plan Medicare Advantage diferente. Si se le concede una cancelación retroactiva de la inscripción, asegúrese de pedirles a sus proveedores que vuelvan a presentar sus reclamos con su nuevo plan.
* Si usted no ha usado ningún servicio desde que se inscribió en el plan, puede solicitar un periodo especial de inscripción (SEP, por sus siglas en inglés) para cancelar su inscripción al plan. Esta opción puede procesarse más rápidamente que una cancelación retroactiva de la inscripción. Si se concede su solicitud, se cancelará su inscripción al plan a finales del mes en el cual usted hizo la solicitud. Para prevenir interrupciones en la cobertura, regístrese en una nueva cobertura inmediatamente después de cancelar la inscripción al plan que usted no quería.

Para solicitar una cancelación retroactiva o un SEP, llame al 1-800-MEDICARE y explíquele al representante de Atención al Cliente exactamente cómo se inscribió en el plan por equivocación.

**Si reúne los requisitos para otro periodo especial de inscripción (SEP):** Existen diferentes circunstancias en las cuales usted puede hacer cambios a su cobertura de salud/medicamentos de Medicare. Por ejemplo, usted tiene un SEP si se muda fuera del área de servicio de su plan, si su Plan Medicare Advantage eliminó una cantidad significativa de proveedores de su red o si usted se inscribió en algunos Programas estatales de asistencia farmacéutica (SPAP, por sus siglas en inglés). También podría tener un SEP si desea inscribirse en un Plan Medicare Advantage o plan de la Parte D de cinco estrellas, o si ha estado en un Plan Medicare Advantage o de la Parte D con un bajo desempeño constante.

Si necesita hacer cambios a su cobertura, pero no sabe si reúne los requisitos para un SEP, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés) para obtener más información. La información de contacto de su SHIP se encuentra en la última página de este documento.

**7. ¿Cuáles son algunos ejemplos de infracciones de comercialización?**

Recuerde que los representantes, agentes e intermediarios de los planes deben seguir los lineamientos federales cuando le ofrezcan productos. Estos lineamientos lo(a) protegen en contra de tácticas de ventas y de inscripción manipuladoras y engañosas que pueden hacer que un plan cometa infracciones de comercialización. Estas son algunas señales de alerta:

* Usted se inscribió en un plan después de que un agente o una compañía le dijo que ciertos servicios o medicamentos recetados estaban cubiertos, pero, después de inscribirse, descubrió que ese plan no los cubría.
* Una compañía le dijo que provenía de Medicare, del Seguro Social o de Medicaid, o que alguna de estas la envió.
* Usted recibió una llamada telefónica o mensaje de texto no solicitado de un plan con el cual usted no tiene una relación previa, al cual le ha pedido que no se comunique con usted o que usted canceló.
* Un agente de un plan regresó a su casa sin invitación después de faltar a una cita previa.
* Un agente habla sobre otros productos de seguros, como seguro de vida o anualidades, durante una visita o reunión que estaba programada para hablar únicamente sobre un producto de la Parte C o D de Medicare Advantage.

**8. ¿Qué es una reposición de transición?**

Una reposición de transición ("transition fill") es generalmente un suministro único de 30 días de un medicamento que usted estaba tomando antes de cambiar a un plan diferente de la Parte D (ya sea un plan independiente o través de un Plan Medicare Advantage) o antes de que su plan actual cambiara de cobertura al inicio de un nuevo año natural. Las reposiciones de transición le permiten obtener cobertura temporal para los medicamentos que no están incluidos en la lista de medicamentos cubiertos de su plan o que tienen ciertas restricciones de cobertura (por ejemplo, autorización previa o terapia en etapas). **Las reposiciones de transición no son para los medicamentos nuevos.** Solo puede obtener reposiciones de transición para los medicamentos que ya estaba tomando antes de cambiar de planes o antes de que su plan actual cambiara de cobertura.

Las siguientes situaciones describen cuándo puede usted obtener una reposición de transición si no vive en una residencia geriátrica (existen reglas diferentes para las reposiciones de transición para las personas que viven en residencias):

**1. Su plan actual está cambiando la forma en que cubre un medicamento cubierto por Medicare que usted estaba tomando.**

* Si su plan va a eliminar su medicamento de la lista de medicamentos cubiertos o va a agregar restricciones de cobertura para el siguiente año natural por motivos no relacionados con la seguridad, el plan debe tomar una de las siguientes acciones:
	+ Debe ayudarle a cambiar a un medicamento similar que esté incluido en la lista de medicamentos cubiertos de su plan antes del 1.º de enero.
	+ Debe ayudarle a presentar una solicitud de excepción antes del 1.º de enero.
	+ O, debe darle una reposición de transición de 30 días dentro de los primeros 90 días del nuevo año natural, junto con un aviso sobre la nueva política de cobertura.

**2. Su nuevo plan no cubre un medicamento cubierto por Medicare que usted ha estado tomando.**

* Si un medicamento que usted ha estado tomando no está en la lista de medicamentos cubiertos de su nuevo plan, este plan debe darle una reposición de transición de 30 días dentro de los primeros 90 días a partir de la fecha en que se inscribió. También debe entregarle un aviso que explique que su reposición de transición es temporal y que le informe sobre sus derechos de apelación.
* Si un medicamento que ha estado tomando está incluido en la lista de medicamentos cubiertos de su nuevo plan, pero tiene una restricción de cobertura, este plan debe darle una reposición de transición de 30 días sin restricciones dentro de los primeros 90 días a partir de la fecha en que se inscribió. También debe entregarle un aviso que explique que su reposición de transición es temporal y que le informe sobre sus derechos de apelación.
* En ambos casos, si un medicamento que ha estado tomando no está incluido en la lista de medicamentos cubiertos de su nuevo plan, asegúrese de averiguar si su plan cubre un medicamento similar (pregunte a su médico sobre las posibles alternativas) y, de no ser así, presente una solicitud de excepción. (Si se deniega su solicitud, usted tiene derecho a presentar una apelación).

Si presenta una solicitud de excepción y su plan no la procesa a más tardar al final del periodo de 90 días de su reposición de transición, su plan debe proporcionarle reposiciones temporales hasta que se complete la excepción.

Recuerde que todos los planes independientes de la Parte D y los Planes Medicare Advantage que ofrecen cobertura de medicamentos deben proporcionar reposiciones de transición en los casos anteriores. Cuando usted usa su reposición de transición, su plan debe enviarle un aviso por escrito en un plazo de tres días hábiles. El aviso le informará que el suministro es temporal y que usted debe cambiarse a un medicamento cubierto o presentar una solicitud de excepción con el plan.

**9. ¿Cómo afectará la emergencia de salud pública a la cobertura de Medicare en 2022?**

Debido a la emergencia de salud pública (PHE, por sus siglas en inglés) por COVID-19, se establecieron ciertas flexibilidades y se eliminaron algunas restricciones en 2020 y 2021. Los ejemplos de estas flexibilidades incluyen la ampliación de la cobertura de los servicios de telesalud y cobertura de los suministros para 90 días de medicamentos recetados, cuando se solicitan. A partir del 17 de diciembre de 2021, la declaración de emergencia de salud pública estará disponible hasta el 16 de enero de 2022. La declaración de la PHE se ha extendido previamente en múltiples ocasiones, pero no hay indicación de que se vaya a volver a extender. Si la PHE vence, muchas de las flexibilidades actuales y las restricciones eliminadas también pueden vencer. El Congreso y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) están trabajando para extender algunas de estas flexibilidades, independientemente del estatus de la PHE, así que los detalles sobre la forma en que estas reglas de cobertura de Medicare cambiarán aún sigue siendo objeto de debate. Para mantenerse al tanto sobre esta conversación en constante evolución, ponga atención a las noticias, a sus Programas Estatales de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés) locales y a los CMS. La información de contacto de su SHIP local se encuentra en la última página de este documento.

**10. ¿A quién debo contactar si tengo preguntas sobre mi cobertura de Medicare para 2022?**

**1-800-MEDICARE (800-633-4227):**llame al 1-800-MEDICARE para usar un SEP, solicitar otra copia del manual *Medicare & You (Medicare y usted)* o para obtener más información sobre su cobertura de 2022.

**Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés):** comuníquese con su SHIP si tiene preguntas acerca de los cambios en los costos y la cobertura de su Medicare en 2022, para que le ayuden a entender los SEP o para obtener información sobre los programas que pueden ayudarle con los costos de Medicare. Los asesores del SHIP brindan asesoría y asistencia imparcial sobre Medicare. La información de contacto de su SHIP se encuentra en la última página de este documento.

**Patrulla de Medicare para Adultos Mayores (SMP, por sus siglas en inglés):** comuníquese con su SMP si cree que se ha inscrito en un plan para 2022 debido a información errónea o por infracciones de comercialización, o si lo(a) inscribieron en un plan sin su consentimiento. Las SMP habilitan y ayudan a los beneficiarios de Medicare, a sus familias y a los cuidadores a prevenir, detectar y reportar fraudes, errores y abusos relacionados con la atención de salud. La información de contacto de su SMP se encuentra en la última página de este documento.

**Plan Medicare Advantage o plan de la Parte D:** si usted tiene un Plan Medicare Advantage o plan de la Parte D, comuníquese con su plan para preguntar sobre los cambios en sus costos o cobertura para 2022. También puede comunicarse con los Planes Medicare Advantage si está usando un MA OEP para cambiar de planes.

**Estudio de caso práctico de SHIP**

Rosa ha tenido un Plan Medicare Advantage durante muchos años. No revisó su cobertura durante el periodo de inscripción abierta en 2021 y ahora le preocupa que su plan pueda no ser el mejor plan que se adapte a sus necesidades en 2022. Está pensando en hacer un cambio y quiere saber qué tipo de cambios puede hacer, cuándo puede hacerlos y qué factores debe tomar en cuenta.

**¿Qué debe hacer Rosa?**

* Rosa debe comunicarse con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés) para obtener información sobre sus opciones.
	+ Si Rosa no sabe cómo comunicarse con su SHIP, puede llamar al 877-839-2675 y decir "Medicare" cuando se lo pidan, o puede visitar [www.shiphelp.org](http://www.shiphelp.org).
* El asesor del SHIP puede informarle a Rosa que, como tiene un Plan Medicare Advantage, tiene la opción de cambiar su cobertura durante el periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA OEP, por sus siglas en inglés).
	+ El asesor puede informarle que tiene la opción de cambiar a un nuevo Plan Medicare Advantage o a Medicare original, con o sin un plan de medicamentos recetados de la Parte D independiente.
	+ El asesor también puede decirle a Rosa que el MA OEP ocurre entre el 1.º de enero y el 31 de marzo y que cualquier cambio que haga entrará en vigor el primer día del mes siguiente al mes en que se inscribió.
* El asesor también puede decirle a Rosa dónde puede encontrar información sobre sus opciones de cobertura.
	+ Si Rosa está pensando en inscribirse en Medicare original, el asesor del SHIP puede informarle cuáles son los costos de Medicare Parte A y B en 2022. Para obtener más información, Rosa puede revisar el manual *Medicare y usted* de 2022.
	+ Si Rosa está pensando en elegir otro Plan Medicare Advantage, el asesor puede hablar con ella sobre cómo revisar los costos de los planes que están disponibles en su área, por ejemplo, usando la herramienta de búsqueda de planes de Medicare. El asesor del SHIP también puede ayudarle a Rosa a revisar cuidadosamente los beneficios cubiertos de cualquier plan que esté considerando.
	+ Si Rosa va a elegir un plan de la Parte D independiente, el asesor puede ayudarle a usar la herramienta de búsqueda de planes en Medicare.gov para comparar las opciones de medicamentos. El asesor también puede revisar los costos de la Parte D en 2022 y ayudarle a Rosa a entender las etapas de la cobertura.
* Si Rosa decide cambiar de cobertura, el asesor del SHIP puede decirle que llame al 1-800-MEDICARE para realizar cualquier cambio.

**Estudio de caso práctico de la SMP**

Rodrigo se inscribió en un Plan Medicare Advantage durante el periodo de inscripción abierta de Medicare porque un representante del plan le dijo que el plan cubriría los servicios de la vista. Cuando llamó al plan en enero para obtener una lista de proveedores de la vista, un representante del plan le dijo que su plan no incluía cobertura de la vista. Rodrigo está molesto porque no se hubiera inscrito en este plan si le hubieran dado información correcta durante el periodo de inscripción abierta de Medicare.

**¿Qué debe hacer Rodrigo?**

* Rodrigo debe llamar a su Patrulla de Medicare para Adultos Mayores (SMP, por sus siglas en inglés) para obtener ayuda.
	+ Si no sabe cómo comunicarse con su SMP, puede llamar al 877-808-2468 o visitar [www.smpresource.org](http://www.smpresource.org/).
* La SMP puede informarle a Rodrigo que los Planes Medicare Advantage no deberían haberle dado información engañosa.
	+ La SMP puede recomendarle a Rodrigo que recopile cualquier evidencia de la información engañosa que pueda haber recibido. Si se sospecha que ha ocurrido una infracción de comercialización con base en la información que Rodrigo proporcionó, la SMP puede ayudar a reportar la situación ante las autoridades correspondientes.
* La SMP puede informarle que tiene opciones para cambiar de cobertura si ya no desea estar inscrito en este Plan Medicare Advantage. La SMP puede indicarle a Rodrigo que se comunique con su SHIP para obtener más información sobre sus opciones para cambiar de proveedor de plan y de cobertura.
	+ Rodrigo podría conseguir un periodo especial de inscripción (SEP, por sus siglas en inglés) debido a la información engañosa que recibió de su plan.
	+ Rodrigo también puede usar el periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA OEP) entre el 1.º de enero y el 31 de marzo para cambiar a un Plan Medicare Advantage diferente o a Medicare original, con o sin un plan de medicamentos recetados de la Parte D. Cualquier cambio que realice durante este periodo entrará en vigor el siguiente mes.

|  |
| --- |
|  |
| **​Información de contacto del SHIP local**  | **​Información de contacto de la SMP local**  |
| **​Línea gratuita de SHIP:**  | **​Línea gratuita de la SMP:**  |
| **​Correo electrónico de SHIP:**  | **​Correo electrónico de la SMP:**  |
| **​Sitio web de SHIP:**  | **​Sitio web de la SMP:**  |
| **​****Para encontrar un SHIP en otro estado:**​Llame al 877-839-2675 o visite [www.shiphelp.org](http://www.shiphelp.org).  | **Para encontrar una SMP en otro estado:** ​Llame al 877-808-2468 o visite [www.smpresource.org](http://www.smpresource.org/).  |
| ​  |
| Centro Nacional de Soporte Técnico de SHIP: 877-839-2675 | [www.shiphelp.org](http://www.shiphelp.org) | info@shiphelp.org Centro Nacional de Recursos de la SMP: 877-808-2468 | [www.smpresource.org](http://www.smpresource.org) | info@smpresource.org*© 2022 Medicare Rights Center |* [*www.medicareinteractive.org*](http://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. Este documento recibió apoyo parcial de los números de subvención 90SATC0002 y 90MPRC0002, de parte de la Administración de Vida Comunitaria (ACL, por sus siglas en inglés) 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. Por lo tanto, los puntos de vista o las opiniones no necesariamente representan la política oficial de la Administración para la Vida en Comunidad.* |