

# Medicat

*Y otros beneficios médicos*

*¿Quién paga primero?*

Resource ID#: 3945

**Medicare- y Otros Beneficios Médico  
Primero?**

## Dónde puedo ir a buscar información

- Si usted tiene preguntas sobre el Medicare como pagador secundario u otras preguntas con temas relacionados a Medicare, puede llamar al programa de Asesoría y Asistencia en el estado donde vive. Las oficinas de asesoría se señalan en *Su Manual de Medicare (Your Medicare Handbook)*.
- Si tiene preguntas sobre como inscribirse en Medicare puede llamar a la Oficina del Seguro Social al siguiente número 1-800-772-1213. Por favor no llame a la Oficina del Seguro Social si tiene preguntas sobre reclamos (solicitudes de pago) o sobre lo que cubre el Medicare.
- Si desea ordenar gratis cualquiera de las publicaciones mencionadas en esta publicación, puede escribir a la siguiente dirección:

**Medicare Publications  
7500 Security Boulevard  
Baltimore, MD 21233-1850**

*Esta publicación describe al Medicare como pagador secundario pero no es un documento legal. Las disposiciones oficiales del programa de Medicare están contenidas en las leyes, los reglamentos y resoluciones pertinentes.*

## Índice de Materias

Medicare y planes de salud de grupo .....	1
Sus opciones de planes de salud de grupo .....	5
Medicare y compensación del trabajador .....	12
Medicare y "Pulmón Negro" .....	14
Medicare y beneficios de Veteranos .....	16
CHAMPUS y Medicare .....	19
Medicare y seguros de riesgo legal o de no-culpa .....	22

---

## Medicare y planes de salud de grupo

Muchos beneficiarios de Medicare reciben otro seguro de salud por su empleo o por el empleo de un miembro de la familia. Para la mayoría de estas personas, Medicare es el pagador principal o primario. Esto significa que Medicare paga primero sus reclamos (cuentas) de cuidado de la salud. Para estas personas, Medicare es el seguro principal ya sea porque son jubilados y sus planes de salud son para jubilados; o porque la compañía con la que tienen su seguro de salud es pequeña; o porque escogen no aceptar un Plan de salud de grupo (Group Health Plan).

Si usted puede conseguir Medicare y le ofrecen cobertura bajo un Plan de salud de grupo, tiene la opción de aceptar o rechazar el plan. El Plan de sa-

lud de grupo puede ser un plan de cuota-por-servicio regular o un Plan de atención administrada tal como un HMO (Health Maintenance Organization).

Si usted acepta el Plan de salud de grupo y si está en alguno de los tres grupos de personas que se describen a continuación, Medicare será su pagador secundario.

NOTA: Si usted no acepta el plan de salud de grupo, su empleador no le puede ofrecer el tipo de cobertura suplementaria de servicios cubiertos por Medicare.

### I. Personas mayores de 65 Años

Medicare es el pagador secundario si usted tiene 65 años o más de edad, y:

- Usted está cubierto bajo un plan de salud de grupo por su empleo actual o el de su cónyuge (no importa la edad de su cónyuge), y
- La empresa ocupa a más de 20 empleados.

Medicare, además, es el pagador secundario si usted o su cónyuge son trabajadores independientes y los cubre un plan de salud de grupo de una empresa que tiene 20 empleados o más.

**UNA REGLA QUE LO PROTEGE A USTED:**

**Los planes de salud de grupo no pueden discriminar a los trabajadores de edad avanzada ni a sus cónyuges de los beneficios de salud que ellos ofrecen a sus empleados. Esto es, los planes de salud de grupo deben ofrecerle los mismos beneficios de salud bajo las mismas condiciones que ofrecen a trabajadores más jóvenes y a sus cónyuges.**

## II. Personas incapacitadas

Medicare es el pagador secundario si usted acepta un plan de salud de grupo, y:

- Si usted tiene menos de 65 años y tiene Medicare porque está incapacitado, y
- Su empleo actual o el empleo de un miembro de la familia lo cubre bajo un plan de salud de grupo (el familiar puede ser de cualquier edad), y
- El empleador tiene 100 empleados o más.

Medicare es también el pagador secundario si usted o un miembro de la familia es trabajador independiente y está cubierto por un plan de salud de grupo de una empresa que tiene 100 o más empleados.

**UNA REGLA QUE LO PROTEGE A USTED:**

**Si usted está incapacitado, los planes de salud de grupo no pueden negarle cobertura, reducir su cobertura o cobrarle una prima o cuota más alta porque ya tiene Medicare.**

## III. Personas con insuficiencia renal crónica

Medicare es el pagador secundario (aún cuando tiene trabajo de tiempo completo, medio tiempo o está jubilado y sin importar el número de empleados trabajando para el empleador) si:

- usted tiene Medicare por insuficiencia renal crónica, y
- está cubierto bajo un plan de salud de grupo gracias a su propio empleo actual o empleo anterior, o por medio del empleo

actual o anterior de un miembro de su familia.

Medicare es el pagador secundario por un cierto período (generalmente 18 meses). El período comienza cuando usted es elegible para la Parte A de Medicare, ya sea esté o no inscrito y tenga una tarjeta de Medicare. Al final del período, Medicare llega a ser el pagador principal para aquellas personas que se inscriben en Medicare. Si necesita más información sobre la cobertura de Medicare en enfermedades del riñón, consulte *Cobertura de Medicare para los Servicios de Diálisis y Transplante de Riñón*. (Vea la parte interior de la cubierta posterior si desea información sobre cómo conseguirlo.)

UNA REGLA QUE LO PROTEGE A USTED:

Los planes de salud de grupo no pueden negarle cobertura, reducir cobertura, o cobrarle una prima más alta porque usted tiene una insuficiencia crónica renal y tiene Medicare. Esto es, los planes deben ofrecerle los mismos beneficios bajo las mismas condiciones ofrecidas a otros.

## Dígale a su Doctor

Si usted acepta el seguro de salud de grupo de su empleador y éste es su pagador principal, dígame a su doctor y a otros profesionales de la salud para que primero envíen sus cuentas al plan de salud de grupo y se eviten retrasos.

## Dónde conseguir ayuda

Si su plan de salud de grupo niega su cobertura,

ofrece una cobertura diferente, le cobra una prima más alta, o paga beneficios que son secundarios cuando Medicare debería ser el pagador secundario, notifique a la compañía de seguros encargada de administrar sus reclamos de Medicare. También puede llamar al programa de Asesoría y Asistencia de Seguros (*Insurance Counseling and Assistance*) del estado donde vive. Los números de teléfono de Medicare y de las oficinas de Asesoría de Seguros para llamar gratis están en *Su Manual de Medicare*. (Vea la parte interior de la cubierta posterior si desea información sobre cómo conseguir un manual.)

## Sus opciones de planes de salud de grupo

### ¿Debe aceptar el plan?

Usted puede aceptar o rechazar el plan ofrecido por el empleador. Si usted acepta el plan y está en uno de los tres grupos explicados en la sección anterior, ese plan será su pagador principal. Esto significa que el plan es el primero que recibe sus reclamos de seguro de salud. Si usted rechaza el plan, Medicare es su seguro principal. Esto significa que Medicare es el que primero recibe sus reclamos de seguro de salud.

Si usted rechaza el plan de salud de grupo, el plan:

- **No puede** ofrecer pagar por servicios cubiertos por Medicare y no puede ofrecer comprar o patrocinar coberturas que sean pagadas después de que Medicare paga los servi-

cios que cubre. Si usted cree que necesita protección adicional, puede comprar un suplemento de seguro de Medicare llamado "Medigap". Una póliza Medigap es una póliza de seguro de salud privada no relacionada con el empleo que llena algunos de esos 'vacíos' en la cobertura de Medicare cuando Medicare es el pagador principal. O tal vez usted quiera afiliarse a una organización de medicina preventiva (Health Maintenance Organization—HMO) y recibir su Medicare y beneficios suplementarios directamente de ésta organización o HMO. (Puede obtener más información acerca del seguro Medigap y Medicare de una organización de medicina preventiva en la *Guía del*

*Seguro Médico para Usuarios de Medicare.* Vea la parte interior de la cubierta posterior si desea información sobre cómo conseguirla.)

- **Puede** ofrecer beneficios de seguro de salud que no estén cubiertos por Medicare (tales como: audífonos, espejuelos, medicinas con receta o cuidado dental rutinario). Si el empleador ofrece estos beneficios, los debe ofrecer a todos los que sean elegibles bajo el plan.

NOTA: La mayoría de las compañías de seguros que ofrecen pólizas Medigap lo hacen solamente a beneficiarios de Medicare por razones de edad (porque ellos tienen 65 años o más). Si usted consigue Medicare por incapacidad o por insuficiencia renal crónica, pregunte al Departamento de Salud de su estado o a la Oficina de Asesoría y Asistencia de

Seguros si hay cobertura de Medigap para personas menores de 65 años en el estado donde vive. Hay una lista de los departamentos estatales y las oficinas de Asesoría y Asistencia de Seguros en *Su Manual de Medicare*. (Vea la parte interior de la cubierta posterior si desea información sobre cómo ordenarlo.)

### **Si acepta el plan de salud de grupo, usted debería conseguir la Parte A de Medicare**

Si todavía no lo ha hecho, usted debería solicitar el seguro de hospital de Medicare (Parte A). La mayoría de los beneficiarios de Medicare, no pagan prima por la Parte A. La Parte A puede complementar su plan de salud de grupo. (Solicitarlo inmediatamente quizás no sea lo mejor si usted sufre de insuficiencia renal crónica. Vea la página 9: “Regla

especial para personas con insuficiencia renal crónica”).)

Comuníquese con la oficina del Seguro Social si tiene preguntas sobre como solicitar la Parte A, ya que el inscribirse tarde puede ocasionar retrasos en su cobertura.

### **Si acepta el plan de salud de grupo, quizás quiera inscribirse en la Parte B de Medicare**

Hay una prima mensual para el seguro médico de Medicare (Parte B). Por lo tanto, si usted escoge solicitar la Parte B de Medicare dependerá de los pagos que hace el plan de salud de grupo por gastos médicos y de otros servicios de salud que cubre la Parte B. Usted necesita tomar en cuenta si los beneficios secundarios que la Parte B pagaría equivalen al costo de la prima. También debe tomar en

cuenta el momento oportuno para inscribirse en la Parte B en relación con la inscripción en un plan de Medigap. (Vea “El período de inscripción abierta de Medigap” más adelante.)

Si usted desea inscribirse en la Parte B de Medicare mientras está bajo la cobertura de un plan de salud de grupo, puede hacerlo durante su período de inscripción inicial o durante cualquier período de inscripción general (1° de enero a 31 de marzo de cada año). Su período inicial de inscripción es un período de 7 meses que comienza tres meses antes de que usted cumpla 65 años, incluye el mes de su cumpleaños y termina tres meses después de ese cumpleaños. Si usted se inscribe durante los tres primeros meses del período de inscripción, su protección de seguro médico comenzará con el mes de su elegibilidad. Si usted se inscribe

durante los últimos cuatro meses, su protección comenzará de uno a tres meses después de que se inscriba.

## El período de inscripción abierta de Medigap

Si usted solicita un seguro de Medigap durante los 6 meses después de haber cumplido sus 65 años o más y de haberse inscrito en la Parte B, no le pueden rechazar ni cobrar una prima más alta por la póliza debido a un estado de salud delicado. Este período de 6 meses se llama período de inscripción abierta de Medigap.

Como existe un período de inscripción abierta, usted debería considerar cuidadosamente sus opciones para inscribirse en la Parte B. Si usted está en un plan de salud de grupo, quizás quiera retrasar su inscripción en la Parte B y así

retrasar el período de inscripción abierta de Medigap. Encontrará más información acerca del seguro Medigap en la *Guía del Seguro Médico para Usuarios de Medicare* (Vea la parte interior de la cubierta posterior si desea información sobre cómo conseguirla.)

## ¿Cuándo debería usted inscribirse en la Parte B de Medicare?

Si usted *no* tiene un plan de salud de grupo, debería inscribirse en la Parte B durante el período inicial de inscripción. Si se inscribe después que el período inicial de inscripción termina, usted debe esperar un período de inscripción general. Si se inscribe durante un período de inscripción general, su cobertura comenzará en el mes de julio próximo y quizá tenga que pagar una prima mensual más alta que si se

hubiera inscrito durante el período inicial de inscripción.

Si tiene un plan de salud de grupo, usted *podría* retrasar la inscripción en la Parte B de Medicare (o la inscripción en la Parte A de Medicare si no es elegible para obtenerla sin pagar prima) sin pagar primas más altas y sin esperar un período de inscripción general. Podría inscribirse con retraso, sin multa o espera, si ha estado cubierto por un plan de salud de grupo (no un plan para jubilados) desde el momento en el que pudo conseguir Medicare.

NOTA: Si usted espera que su empleo o su cobertura bajo un plan de salud de grupo termine en breve después de haber conseguido la Parte A de Medicare por primera vez, debería comunicarse inmediatamente con la oficina del Seguro Social en el número 1-800-772-1213 para discutir el mejor tiem-

po para inscribirse en la Parte B.

## Regla especial para personas con insuficiencia renal crónica

Las reglas de Medicare sobre los derechos para personas con insuficiencia renal crónica indican que se puede retrasar la inscripción en las Partes A y B. Por ejemplo, si tiene una cobertura de un plan de salud de grupo comprensiva puede inscribirse en la Parte A y Parte B de Medicare después que el período de coordinación de 18 meses haya expirado. Usted puede declarar que sus derechos a la Parte A y la Parte B sean efectivos a partir del mes 19 de su cobertura de Medicare por su enfermedad renal. Es decir, usted puede hacer efectivos sus derechos cuando su plan de salud de grupo ya no tenga la obli-

gación de pagar como seguro primario.

Si no necesita Medicare por que ya está cubierto por un plan de salud de grupo, usted *no* debería aceptar la Parte A si pospone la Parte B. Las personas que califican para la Parte A de Medicare por enfermedad renal, pagan una multa si posponen su inscripción en la Parte B.

### **Si usted retrasa su inscripción**

Si siendo elegible por primera vez no se inscribió en la Parte B de Medicare porque ya estaba cubierto por otro plan de salud de grupo, ¿cuándo puede conseguir la Parte B?

Si tiene 65 años o más, tiene opciones para inscribirse en la Parte B.

- Puede inscribirse mientras esté cubierto bajo el plan de salud de grupo, o
- Puede inscribirse duran-

te el período de 8 meses que comienza con el mes en que termina su empleo actual o en el mes en que termina la cobertura del plan de salud de grupo, si uno u otro caen primero.

Usted tiene estas opciones aún si su plan de salud de grupo no es su pagador principal.

Si está incapacitado tiene las mismas opciones para inscribirse en la Parte B como la persona que tiene 65 años de edad. Además, puede inscribirse el mes que su empleador tenga menos de 100 empleados.

NOTA: Puede enviar su solicitud para la Parte B hasta 3 meses por adelantado. Si desea más información comuníquese con el Seguro Social al número 1-800-772-1213.

### **¿Qué sucede si está incapacitado y regresa al trabajo?**

Si tiene menos de 65 años y:

- Tiene un seguro de hospital con prima gratis (Parte A) porque está incapacitado, y
- Va al trabajo a pesar de estar incapacitado, su Parte A de Medicare sin prima continuará por lo menos 48 meses. Si tiene seguro médico de Medicare (Parte B), también continuará por lo menos 48 meses si usted continúa pagando las primas mensuales.

Si usted pierde la Parte A de Medicare sin una prima solamente porque está trabajando, puede pagar Medicare (Partes A y B) por el tiempo que se encuentre incapacitado. (Medicare es siempre el pagador principal para aquéllos que deben pagar la Parte A).

Si tiene preguntas sobre la inscripción en Medicare, comuníquese con la oficina del Seguro Social.

### **Asegúrese de decirle a los doctores y a otros proveedores de salud sobre su plan de salud de grupo**

Usted no puede enviar las cuentas de pago de Medicare, son los hospitales, doctores y otros proveedores de servicios quienes las deben enviar. Ellos necesitan saber si usted está cubierto bajo otro plan primario a Medicare antes de enviar cualquier cuenta. Si tiene cobertura primaria a Medicare, debería comunicarle a los doctores y a otros proveedores:

- El nombre y la dirección del plan,
- El número de póliza y
- Que la factura debería ser enviada al otro plan.

## Contacto con los empleadores

Por ley Medicare está autorizado a utilizar información de la Oficina Federal de Impuestos (Internal Revenue Service—IRS) y de la oficina del Seguro Social para averiguar si los beneficiarios

de Medicare o sus cónyuges están trabajando. Medicare utiliza esta información para enterarse si un plan de salud de grupo pueda ser primario sobre Medicare. Medicare se comunica con el empleador para confirmar la cobertura del plan de salud de grupo.

---

## Medicare y compensación del trabajador

### Sobre la compensación del trabajador

Cada estado exige a los empleadores que ofrezcan un seguro, llamado “compensación del trabajador” (*workers’ compensation*), para proteger a los empleados cuya enfermedad o lesión está relacionada con el trabajo. La mayoría de los empleados tienen cobertura de planes de compensación del trabajador. Si usted no sabe si está

cubierto por compensación del trabajador, pregúntele a su empleador.

Medicare no puede pagar por artículos o servicios si un pago ha sido hecho bajo la ley o el plan de compensación del trabajador. Medicare tampoco puede pagar si es razonable que el pago por esos artículos y servicios pueda ser hecho por el plan de compensación del trabajador. (El criterio para considerar la posibilidad de pago razo-

nable incluye puntualidad: tiene que pagar dentro de 120 días). Si está cubierto bajo la compensación del trabajador y está siendo tratado contra alguna enfermedad o lesión relacionada al trabajo, primero se debe cobrar compensación del trabajador y después Medicare.

Usted se hace responsable de tomar las acciones necesarias para conseguir cualquier pago que pueda hacerse bajo la compensación del trabajador. Tiene que decirle a su empleador que cree tener una enfermedad relacionada al trabajo o que ha tenido un accidente relacionado al trabajo. Usted debe asegurarse que el reclamo por compensación del trabajador sea escrito por su doctor u otro proveedor de salud.

Algunas veces hay un retraso entre el tiempo en que se llena un reclamo por enfermedad o lesión relacionada al trabajo y la

decisión de la agencia estatal de compensación del trabajador sobre el pago del reclamo. Si el plan de compensación del trabajador no paga su reclamo dentro de 120 días, se puede enviar un formulario de reclamo de Medicare y Medicare puede hacer un pago condicional.

### Pago condicional de Medicare

Medicare hace pagos condicionales para que usted no tenga que usar su propio dinero para pagar las cuentas mientras espera la decisión por la compensación del trabajador. Cuando Medicare hace un pago condicional, usted recibe una Explicación de Beneficios de Medicare detallando cuántos y cuáles fueron los servicios que Medicare pagó a su doctor u otro proveedor de salud. Se debe reembolsar a Medicare estos pagos condicionales cuando la

compensación del trabajador paga su reclamo.

Cuando reciba la notificación de compensación del trabajador indicando que ya se ha pagado su reclamo, usted deberá notificarle a su doctor u otro proveedor de salud y asegurarse que devuelvan el pago condicional a Medicare.

### **Acuerdos**

Algunas veces la compensación del trabajador no estará de acuerdo en pagar el reclamo en su totalidad. Puede que no paguen el

reclamo completo si se ha hecho parte de los gastos a condiciones previas. Por ejemplo, si usted ya tenía un problema de disco en la espalda que empeoró en el trabajo, la compensación del trabajador quizá acepte pagar parte de sus cuentas médicas. En este caso, usted y la compensación del trabajador podrían ponerse de acuerdo y llegar a un acuerdo mutuo. Entonces Medicare pagaría una porción de los servicios relacionados con la condición si esa condición está cubierta bajo Medicare.

---

## **Medicare y “Pulmón Negro”**

Algunos beneficiarios de Medicare pueden obtener beneficios médicos bajo el Programa Federal del Pulmón Negro (Federal Black Lung Program) por servicios relacionados con enfermedades pulmonares y

otras condiciones causadas por la minería del carbón. Medicare no pagará por servicios de salud cubiertos bajo el Programa Federal del Pulmón Negro. A los beneficios del “pulmón negro” (black lung) se les

considera como beneficios de compensación del trabajador. Su doctor o proveedor de salud deberían enviar todas las reclamaciones por servicios relacionados con diagnóstico de “pulmón negro” a la siguiente dirección:

**Federal Black  
Lung Program  
P.O. Box 828  
Lanhan-Seabrook,  
MD 20703-0828**

Si el Programa Federal del Pulmón Negro niega un reclamo por beneficios, su doctor u otro proveedor pueden enviar la cuenta a Medicare. El proveedor

debería adjuntar a la cuenta una copia de la nota de negación del Programa Federal del Pulmón Negro.

Si usted obtiene servicios no relacionados con la condición de pulmón negro, debería enviar sus reclamaciones directamente a Medicare.

### **Para más información**

Si usted necesita llamar al Programa Federal del Pulmón Negro para averiguar si debería enviar su reclamo a ellos o a Medicare, llame al número 1-800-638-7072.

## Medicare y beneficios de Veteranos

### Información general

Si tiene o puede conseguir beneficios de Medicare y de Veteranos, usted puede escoger tratamientos bajo cualquier programa. Pero tiene que escoger uno de los dos programas cada vez que necesite cuidado. Medicare no puede pagar el mismo servicio que paga el Departamento de Asuntos de Veteranos de Guerra (Veterans Affairs—VA). El VA no puede pagar el mismo servicio que Medicare paga.

No siempre tiene que ir a un hospital de Asuntos de Veteranos de Guerra o a un doctor afiliado al VA para que paguen por su cuidado.

### Si usted escoge usar sus beneficios de Veteranos

Si usted escoge usar sus beneficios de Veteranos, Medicare generalmente *no puede* pagar servicios que usted recibe.

- Medicare *no puede* pagar servicios que usted recibe en hospitales de Asuntos de Veteranos u otros establecimientos del VA. (Hay una excepción a esta regla. Hay casos donde Medicare puede pagar servicios de emergencia en un hospital ya sea que haya sido o no hospitalizado).
- Por lo general, Medicare *no puede* pagar si la oficina de VA autoriza servicios de hospitales que no pertenecen al sistema del VA o de un doctor que no esté afiliado con el VA.

### Si usted escoge usar sus beneficios de Medicare

Si usted escoge usar sus beneficios de Medicare, éste puede pagar por servicios cubiertos por Medicare que usted recibe de hospitales y doctores no afiliados al VA, siempre y cuando el VA no pague por los mismos servicios.

### Cuando los servicios cubiertos son diferentes, Medicare y el VA pueden ayudar a pagar

Si la oficina de VA le autoriza recibir servicios hospitalarios en un hospital que no sea del VA, pero no paga por todos los servicios que usted recibe durante su estancia, Medicare puede pagar los servicios que cubre y que no paga el VA. Por ejemplo, si la oficina de VA autoriza una estancia de 5 días y usted permanece 10 días, Medi-

care puede pagar por los servicios que usted recibió durante los primeros 5 días no autorizados por VA y que Medicare cubre.

### Pagos complementarios del VA: Algunas veces Medicare puede pagar o ayudar a pagar

La oficina de VA cobra pagos complementarios o co-pagos (*copayments*) a algunos veteranos con condiciones no relacionadas con el servicio. El pago complementario es la porción del tratamiento que el veterano paga. Los veteranos que tienen que pagar un pago complementario son aquéllos que tienen un ingreso igual o superior a cierto nivel. Algunas veces, Medicare puede pagar toda o una parte de la cantidad del pago complementario.

- Medicare *no puede* pagarle por los pagos

complementarios del VA por servicios prestados por hospitales y establecimientos del VA, a menos que los servicios fueran de emergencia como paciente interno o ambulatorio.

- Medicare *podría* pagar toda o una parte del pago complementario si el VA le cobra un pago complementario por atención autorizada por el VA y que recibe de un doctor u hospital no afiliado al VA.

### Tarjetas de pago especial del VA: Algunas veces Medicare puede pagar

El VA da tarjetas de pago especial (*fee basis ID cards*) a ciertos veteranos. Usted puede obtener una tarjeta de pago especial si:

- Usted tiene una discapacidad relacionada con el servicio militar;
- Usted necesita servicios médicos durante un

período de tiempo extendido; o

- No hay establecimientos afiliados al VA que puedan proporcionarle el cuidado que necesita en el área donde vive.

Si tiene una tarjeta de pago especial, usted puede escoger el doctor que quiera para que le trate la condición especificada en la tarjeta. Si el doctor lo acepta como paciente y cobra por sus servicios al VA, el doctor debe aceptar el pago de VA como pago total. El doctor no puede cobrarle a usted o a Medicare por costos que el VA no cubre.

Si el doctor no acepta la tarjeta de pago especial, usted mismo puede llenar un reclamo con la oficina de VA. El VA paga la cantidad aprobada por ellos, ya sea a usted o al doctor. Si el pago de VA por los servicios es menos de la cantidad aprobada por Medicare, Medicare puede pagar beneficios para

complementar el pago de VA. Para que esto suceda, su doctor debe cobrar a Medicare la porción de sus cargos que el VA no paga. Su doctor debe adjuntar una copia de la explicación de beneficios de VA al reclamo presentado a Medicare. (La explicación de beneficios del VA viene con el pago del VA.)

NOTA: Si usted tiene seguro Medigap, se le podría exigir que pague por los servicios de VA como si fueran servicios cubiertos por Medicare.

### Dónde conseguir ayuda

Si tiene preguntas sobre quien debería pagar (VA o Medicare) por los servicios que recibe de su doctor u otros servicios médicos, comuníquese con el agente que paga sus reclamos de Medicare. Si tiene preguntas sobre si VA o Medicare deberían pagar por servicios de hospital o servicios proporcionados en otros establecimientos, pida al proveedor de dichos servicios que se comunique con el intermediario de Medicare.

---

## CHAMPUS y Medicare

### Información general

CHAMPUS es el Programa Médico y de Salud Civil de los Servicios Militares. Cubre servicios recibidos en hospitales civiles y

servicios por doctores, abastecedores y otros proveedores civiles. El programa es para jubilados de los servicios militares, y cónyuges e hijos de los miembros en servicio acti-

vo, jubilados o fallecidos.

La mayoría de los beneficiarios de CHAMPUS elegibles para la Parte A de Medicare con prima gratis pierden su elegibilidad a CHAMPUS.

Las personas menores de 65 años y que pierden su cobertura CHAMPUS por elegibilidad Medicare en base a una enfermedad renal, pueden perder su cobertura Medicare más tarde si su condición mejora. Si esto sucede, por lo general, se recobra la cobertura de CHAMPUS.

NOTA: Si usted vive fuera de los Estados Unidos, confirme su cobertura de cuidado médico. Por lo general, Medicare no paga servicios médicos o de hospital fuera de los Estados Unidos.

## Personas cubiertas bajo CHAMPUS y Medicare

Los dependientes de miembros en servicio activo siempre pueden conservar ambos programas: CHAMPUS y Medicare. Otros tres grupos pueden conservar ambos programas, y son:

- Las personas elegibles solamente para la Parte B de Medicare,
- Las personas que pagan primas mensuales de la Parte A de Medicare, y
- Las personas que tienen derecho a Medicare en base a una discapacidad (pero no insuficiencia renal crónica). Esas personas deben inscribirse en la Parte B para mantener su elegibilidad de CHAMPUS.

Estas personas no pierden su cobertura de CHAMPUS cuando se inscriben en Medicare.

## Medicare paga primero

Si una persona tiene ambos programas, Medicare y CHAMPUS, Medicare es el primer pagador de las cuentas de atención de la salud. (A menos que los servicios los proporcione un proveedor federal como por ejemplo, un hospital militar. El Medicare generalmente no paga por los servicios proporcionados por proveedores federales). Si Medicare no paga todos los costos en su totalidad, CHAMPUS puede complementar el pago de Medicare hasta la cantidad que CHAMPUS pagaría si no hubiera cobertura de Medicare. Por ejemplo, CHAMPUS puede pagar el deducible de Medicare y

las cantidades del seguro complementario y puede pagar los servicios que Medicare no cubre.

## Si desea más información

Si tiene preguntas sobre si CHAMPUS o Medicare deberían pagar sus servicios de atención médica, comuníquese con el contratista que paga sus reclamaciones de Medicare. Si tiene preguntas específicas sobre la cobertura de CHAMPUS, comuníquese con el asesor de beneficios de la salud de CHAMPUS en un establecimiento de servicio médico militar.

## Medicare y seguros de riesgo legal o de no-culpa

Medicare es el pagador secundario cuando un seguro de riesgo (*liability insurance*) o un seguro de “no-culpa” (*no-fault insurance*) es su pagador principal.

Si los profesionales del cuidado de la salud encuentran que los servicios que ellos le proporcionan, los puede pagar un seguro de riesgo o uno de “no-culpa”, deben intentar cobrarle a ese seguro antes de cobrarle a Medicare.

Medicare puede hacer pagos primarios condicionales si estos seguros no pagan dentro de 120 días. En estos casos, Medicare puede pagar el reclamo; y

recuperar su pago condicional cuando el seguro de riesgo legal o el de “no-culpa” hace el pago.

Aunque los beneficios de Medicare son secundarios a los beneficios pagados por estos seguros, Medicare puede hacer un pago primario condicional. Medicare puede hacer este pago condicional si recibe un reclamo que muestre que estos seguros no pagarán dentro de 120 días. En esos casos, Medicare puede pagar el reclamo; cuando el seguro de riesgo o el de “no-culpa” pague, Medicare recupera su pago condicional.

## Continuación de la Cobertura del Programa COBRA

Algunas personas y sus dependientes que califican tienen una cobertura de salud conocida como Continuación de la Cobertura COBRA. El Departamento del Trabajo de los Estados Unidos (U.S. Department of Labor) administra el programa de COBRA para planes privados de cobertura de salud de grupo. El Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services) administra el programa COBRA para planes del gobierno.

Si tiene preguntas sobre el programa de continuación COBRA y sobre un plan privado de salud de grupo, llame al número (202) 219-8776.

Si tiene preguntas sobre el programa de continuación COBRA y un plan del gobierno, llame al número (202) 205-0396.

U.S. Department of Health and Human Services  
Health Care Financing Administration  
7500 Security Boulevard  
Baltimore, Maryland 21244-1850

Official Business  
Penalty for Private Use, \$300  
Publication No. HCF A 10975  
Revised April 1996

