

Conceptos Básicos de Medicare para Usuarios del Programa de VIH/SIDA Ryan White

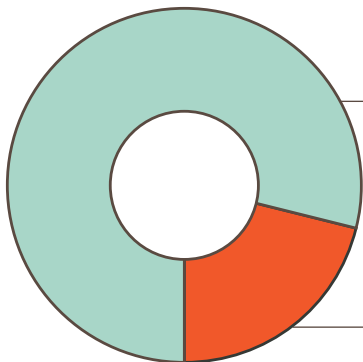
Medicare es un programa federal de cobertura de salud para personas de 65 años o mayores y ciertas personas de menor edad con discapacidades.¹ Medicare en este momento es la mayor fuente de financiamiento federal para cuidados por VIH/SIDA en los Estados Unidos. Aproximadamente un cuarto de las personas con VIH que reciben cuidados obtiene su cobertura de salud a través de Medicare.²

Históricamente, la mayoría de los beneficiarios de Medicare que vivían con VIH estaban por debajo de los 65 años y reunían los requisitos para Medicare debido a una discapacidad. Sin embargo, existen más adultos mayores que nunca antes que viven con VIH y reciben servicios del RWHAP.

50+

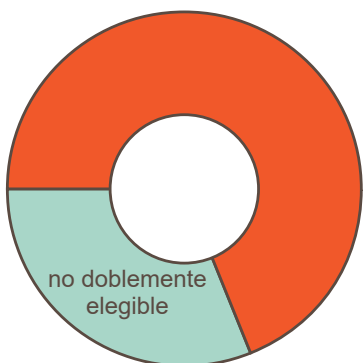
Hay más de medio millón de usuarios que reciben servicios del RWHAP, de los cuales 44.4% son mayores de 50 años de edad.⁴

Beneficiarios de Medicare que Viven con VIH³



79% son menores de 65 años y reúnen las condiciones debido a una discapacidad (en comparación con el 17% de los beneficiarios de Medicare en general)

21% tienen más de 65 años (63% de estos clientes pasaron a ser elegibles simplemente debido a su edad)



69% son doblemente elegibles para Medicare y Medicaid

Este recurso brinda al personal y los administradores del Programa de VIH/SIDA Ryan White (RWHAP, por sus siglas en inglés) un resumen sobre la elegibilidad y cobertura de Medicare para usuarios del RWHAP y otras personas con VIH.



Encuentre las respuestas a estas preguntas:

1. ¿Cuáles son las vías habituales para la elegibilidad de Medicare para personas con VIH?
2. Conozca sobre las diferentes partes de Medicare, incluyendo la cobertura y los costos.
3. ¿Cómo puede usted ayudar a los usuarios del RWHAP a inscribirse en Medicare?
4. ¿Cómo puede el RWHAP ayudar a los usuarios con los costos de Medicare?



Consulte el **Planificador de Beneficios de la Administración de la Seguridad Social** para mayor información: www.ssa.gov/planners/disability

Elegibilidad para Medicare para Personas con VIH

Para inscribirse en Medicare, una persona debe tener la ciudadanía de los Estados Unidos o la residencia legal por al menos cinco años. Existen tres caminos principales por los cuales las personas con VIH pueden reunir los requisitos para Medicare.⁷

1. Personas de 65 años de edad o mayores

Estas personas deben tener al menos 65 años y **40 trimestres de créditos laborales** para calificar para ciertas partes de Medicare sin pagar una prima mensual. Las personas obtienen créditos laborales cuando trabajan en un empleo y pagan los impuestos de la Seguridad Social.⁵ Individuals can earn up to four credits each year. La gente puede ganar hasta cuatro créditos por cada año. La suma necesaria para un crédito laboral cambia cada año.⁶

2. Personas menores de 65 años con una discapacidad que esté contemplada entre los requisitos

Las personas deben reunir los requisitos para el **Seguro por Discapacidad de la Seguridad Social (SSDI, por sus siglas en inglés)** y haber recibido pagos del SSDI por al menos 24 meses.




La condición de VIH solamente por lo general no alcanza para reunir los requisitos para el SSDI. Una persona puede calificar cuando tiene una condición grave relacionada con el VIH, un recuento de CD4 dentro de ciertos parámetros, repetidas hospitalizaciones o «repetidas manifestaciones» de VIH que den lugar a limitaciones funcionales.⁹ Una persona con VIH que no reúne los requisitos para el SSDI según las normas para VIH aún puede calificar al reunir los requerimientos médicos para otra condición física o mental. HIV who does not qualify for SSDI under the HIV rules can still qualify by meeting the medical requirements for another physical or mental condition.

La Oficina para VIH/SIDA de la HRSA (HAB, por sus siglas en inglés) espera que los receptores y subreceptores de la HRSA realicen todos los esfuerzos razonables para garantizar que todos los usuarios no asegurados sean evaluados para todas las opciones, tanto de cobertura de cuidados de salud pública (p.ej., Medicare y Medicaid) como privada. Ver **Aviso de Aclaración de Política (PCN, por sus siglas en inglés) #18-01 de la HAB** de la HRSA para conocer detalles adicionales.

Use esta calculadora de CMS con los usuarios para determinar la elegibilidad para Medicare:

www.medicare.gov/eligibilitypremiumcalc/#eligibility

Desglose de las Diferentes Partes de Medicare⁸




 Medicare Parte A - Cobertura Hospitalaria	 Medicare Parte B - Cobertura Hospitalaria	 Medicare Parte D - Cobertura de Medicamentos Recetados
<p>Cubre:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Cuidados de internación hospitalaria▪ Cuidados de un centro de enfermería especializada▪ Cuidados terminales▪ Atención médica domiciliaria	<p>Cubre:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Servicios de doctores y otros proveedores del cuidado de la salud▪ Servicios preventivos▪ Atención ambulatoria▪ Medicamentos administrados por un médico▪ Atención médica domiciliaria▪ Equipamiento médico de larga duración	<p>Cubre:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Costo de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, incluyendo todas las medicaciones antirretrovirales para VIH

3. Tener Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD, por sus siglas en inglés)

Las personas con ESRD pueden calificar para Medicare incluso si son menores de 65 años y no tienen una discapacidad contemplada en los requerimientos. El VIH, y algunos de sus tratamientos, se asocia con complicaciones renales, inclusive la ESRD. La elegibilidad de la ESRD para Medicare se basa sobre el cronograma para iniciar diálisis.

Aunque existe varias partes de Medicare, los clientes solo se inscriben de una o dos maneras.

Esta tabla compara las dos opciones principales para inscribirse en Medicare.

Medicare Original (Partes A y B)  	Medicare Advantage (también llamado Parte C) 
<p>Incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Parte A (seguro hospitalario) ▪ Parte B (seguro médico) <p>Los clientes pueden contratar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Parte D (cobertura de medicamentos recetados) <input type="checkbox"/> Cobertura suplementaria para ayudar a pagar los costos no incluidos, como la política de Seguro Suplementario de Medicare (Medigap) <p>Planes administrados por:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El gobierno federal 	<p>Incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Parte A (seguro hospitalario) ▪ Parte B (seguro médico) <p>La mayoría de los planes incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Parte D (cobertura de medicamentos recetados) <p>Algunos planes también incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Costos no incluidos menores <input type="checkbox"/> Beneficios extra <p>Planes administrados por:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Empresas privadas de seguros que tienen contratos con el gobierno

* Tabla adaptada de <https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-11/10050-Medicare-and-You.pdf>

Políticas del Seguro Suplementario de Medicare (Medigap)

Aunque Medicare Original paga la mayoría de los costos de los servicios y suministros cubiertos, las políticas del seguro suplementario o «Medigap» pueden ayudar a cubrir los costos restantes de la cobertura de Medicare Partes A y B, como los copagos y los deducibles.

- Las pólizas de Medigap se ofrecen a través de empresas privadas.
- Las pólizas están estandarizadas mediante la legislación estatal y federal y deben estar claramente identificadas para los usuarios como «Seguro Suplementario de Medicare».
- Una persona debe tener Medicare Partes A y B (Medicare Original) para inscribirse en la política Medigap; no pueden inscribirse tanto en Medicare Advantage como en una póliza Medigap.
- Las pólizas Medigap no cubren copagos, coseguros, ni deducibles para la cobertura de medicamentos recetados de Medicare Parte D.

La mayoría de los programas del RWHAP recomiendan que los usuarios se inscriban en Medicare Original, pero esta decisión depende del mercado de Medicare Advantage en su área. Es importante revisar los planes disponibles de Medicare Advantage en su jurisdicción para determinar si son una buena opción para sus usuarios.



Tenga en cuenta que, en la mayoría de los casos, las personas que reúnen los requisitos para Medicare debido a que tienen una Enfermedad Renal en Etapa Terminal no pueden ingresar a un Plan de Medicare Advantage.⁹

Los clientes pueden elegir su opción de cobertura preferida cuando se inscriben inicialmente para Medicare y en ciertos momentos del año. Ver la hoja informativa sobre Cómo Funciona la Inscripción para Medicare, para mayor información.

Si un usuario no reúne los requisitos para un plan Medigap, el RWHAP, incluyendo su Programa de Asistencia de Medicamentos contra el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés), tal vez pueda ayudar a pagar los copagos y deducibles. Ver aviso de **HAB de la HRSA (PCN) #18-01** por información adicional acerca del uso de fondos del RWHAP para costos de Medicare.

Comparación de Cobertura y Costos

Los planes de Medicare Original y Medicare Advantage se diferencian en términos de cobertura y costos.¹⁰

Medicare Original 	Medicare Advantage 
<p>COBERTURA Y DOCTORES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cubre servicios médicos y suministros en hospitales, consultorios médicos y otros entornos del cuidado de la salud ▪ Los inscriptos pueden ir a cualquier doctor que acepte Medicare ▪ En la mayoría de los casos, los inscriptos no necesitan obtener una aprobación previa para recibir los servicios ni una derivación para ver a un especialista 	<p>COBERTURA Y DOCTORES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cubre todos los servicios que cubre Medicare Original ▪ La cobertura de los medicamentos recetados está incluida en la mayoría de los planes ▪ Se permite implementar terapia escalonada para manejar la cobertura de medicamentos ▪ Algunos planes ofrecen beneficios extra para usar los servicios de doctores que Medicare Original no cubre, como médicos de la visión, audición o dentales ▪ En algunos casos, los inscriptos necesitarán doctores que están en la red del plan (para cuidados no urgentes) ▪ Es posible que se necesiten recibir servicios previamente aprobados u obtener una derivación para ver a un especialista
<p>COSTOS</p> <p>Primas</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La cobertura de la Parte A no requiere una prima mensual para la mayoría de las personas. ▪ La cobertura de la Parte B requiere una prima mensual. Para personas que califican debido a una discapacidad, la prima de Medicare Parte B se deduce directamente de su cheque mensual del SSDI, lo cual hace que sea muy difícil para los beneficiarios del RWHAP pagar la prima en nombre de los usuarios. ▪ La cobertura de medicamentos recetados de la Parte D requiere una prima separada. <p>Otros costos no incluidos</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Para los servicios médicos cubiertos por la Parte B, los inscriptos normalmente pagan el 20% de la suma aprobada por Medicare luego de haber alcanzado su deducible. Los inscriptos pueden contratar pólizas Medigap para ayudar con esos costos y, en algunos estados, el RWHAP también puede ayudar. ▪ No hay un límite anual sobre lo que usted paga de su bolsillo. 	<p>COSTOS</p> <p>Primas</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Los inscriptos pueden pagar una prima mensual por el plan (la mayoría incluyen la cobertura de medicamentos recetados) y una prima por la Parte B. ▪ Algunos planes no tienen prima o ayudarán a pagar toda o parte de la prima de la Parte B. ▪ Los planes tienen un límite anual para los costos no incluidos de los servicios cubiertos de Medicare Parte A y B. ▪ Usted no puede contratar o usar una cobertura suplementaria separada, pero algunos planes tienen costos no incluidos menores que Medicare Original.

Doble Elegibilidad para Medicaid y Medicare

La mayoría de los beneficiarios de Medicare con VIH son elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Esto se conoce como **doble elegibilidad**. La mayoría de la gente que está inscrita en ADAP y Medicaid eventualmente pasa a Medicare, ya sea por alcanzar los 65 años o por reunir los requisitos antes de los 65 años debido a una discapacidad o por la condición de Enfermedad Renal en Etapa Terminal.

Para los beneficiarios de doble elegibilidad, **Medicare** paga primero por los servicios médicos cubiertos, porque Medicaid por lo general es quien paga como último recurso. Medicaid podría cubrir los costos médicos que Medicare no puede cubrir o cubre de manera parcial.

Los beneficios de doble elegibilidad de Medicare y Medicaid varían según el estado. Algunos estados ofrecen Medicaid a través de planes de atención administrados, mientras que otros estados brindan cobertura con pagos según el servicio. En algunos casos se ofrecen ciertos planes para beneficiarios con doble elegibilidad llamados Planes de Medicare para Necesidades Especiales (SNP, por sus siglas en inglés), que incluyen todos los beneficios de Medicare y Medicaid. Los SNP son administrados por empresas privadas a las que el gobierno federal les paga por administrar los beneficios de Medicare. Como en todos los Planes de Medicare Advantage, los SNP deben ofrecer los mismos beneficios, derechos y protecciones que Medicare, pero pueden hacerlo con diferentes normas, restricciones y costos. Algunos SNP ofrecen beneficios adicionales, como atención para la visión y para la audición.

Los inscritos en Medicare que tienen ingresos y recursos limitados podrían recibir ayuda para pagar sus primas de Medicare y sus gastos de bolsillo de Medicaid a través del **Programa de Ahorros de Medicare (MSP, por sus siglas en inglés)**.

Apoyo a Clientes que se Inscriben en Medicare

Garantizar el acceso continuo a los medicamentos para el VIH y a la atención médica es esencial para las personas con VIH. Antes de inscribirse en Medicare Original o en un plan de Medicare Advantage, los gerentes de casos del RWHAP pueden ayudar a los usuarios con lo siguiente:

1. **Confirmar que sus proveedores actuales acepten Medicare.** La página web de Medicare cuenta con una herramienta de búsqueda para encontrar médicos de Medicare: www.medicare.gov/physiciancompare.
2. Comparar **planes de medicamentos de Medicare** en su área y escoger uno que cubra sus medicamentos para el VIH y de otro tipo. Verificar con su Programa RWHAP/ADAP local o estatal para ver si ellos recomiendan un plan para medicamentos.



Conozca más sobre el Programa de Ahorros de Medicare: www.medicare.gov/your-medicare-costs/get-help-paying-costs/medicare-savings-programs

Recursos Locales de Inscripción Uno a Uno para Medicare

Los Programas Estatales de Asistencia para Seguros de Salud (SHIP, por sus siglas en inglés) ofrecen asesoramiento sobre seguro local gratuito y asistencia para personas elegibles para Medicare, sus familias y cuidadores. Es posible que el programa tenga un nombre diferente en su estado.

Use el localizador de SHIP en www.shiptacenter.org para encontrar un programa en su área, o llame al 1-877-839-2675.

Cómo Inscribirse en Medicare

Algunas personas reciben Medicare Parte A y Medicare Parte B automáticamente (p.ej., alguien que ya recibe beneficios por jubilación de la Seguridad Social o SSDI) y otras personas deben registrarse para obtenerlo (p.ej., alguien que aún trabaja a los 65 años y no recibe beneficios de jubilación de la Seguridad Social).

- Las personas que están automáticamente inscritas recibirán su tarjeta de Medicare por correo 3 meses antes de cumplir los 65 años o de que se cumplan 25 meses de su discapacidad.
- Las personas que no reciban Medicare automáticamente necesitarán aplicar para Medicare en línea: www.ssa.gov/medicare.





Cómo RWHAP Ayuda a los Usuarios con los Costos de Medicare

El RWHAP puede ayudar a los beneficiarios elegibles de Medicare con los gastos de cobertura de cuidados de salud. El RWHAP, Medicaid y otros encargados de los pagos también pueden ofrecer servicios adicionales, como la gestión de casos y la asistencia con el transporte, que Medicare no ofrece.

Según el aviso **PCN #18-01 de HAB de la HRSA**, hay fondos del RWHAP que podrían usarse para pagar las primas de Medicare y los costos compartidos asociados con la cobertura de **Medicare Partes B, C y D** cuando se determine que eso sea rentable y la cobertura incluya:¹¹

- Servicios de salud extrahospitalarios/ambulatorios (Medicare Parte B)
- Cobertura de medicamentos recetados (Medicare Parte D) que incluya al menos un medicamento en cada clase de terapia antirretroviral esencial

Costos Permitidos de Medicare en el RWHAP (de la PCN #18-01)

Parte de Medicare	Fondos del RWHAP
Medicare Parte A 	No debe usarse por parte de ningún receptor del RWHAP para pagar primas o compartir costos. <i>Nota: La mayoría de las personas no tiene que pagar una prima para Medicare Parte A.</i>
Medicare Parte B 	Puede usarse por parte de todos los receptores del RWHAP para pagar primas y/o compartir costos en combinación con el pago de las primas de Medicare Parte D o los costos compartidos.
Medicare Parte C 	Puede usarse por parte de todos los receptores del RWHAP para pagar primas y/o compartir costos cuando el plan de Medicare Parte C incluya cobertura de medicamentos recetados; o en combinación con el pago de las primas de Medicare Parte D y los costos compartidos para planes que no incluyen la cobertura de medicamentos recetados.
Medicare Parte D 	Puede usarse por parte de receptores de las Partes A, B, C y D del RWHAP para pagar primas y/o compartir costos en combinación con el pago de las primas de Medicare Parte B o Medicare Parte C o los costos compartidos. Puede usarse por parte de los receptores del ADAP de RWHAP para pagar las primas de Medicare Parte D y compartir costos cuando sea rentable frente al pago del costo completo de los medicamentos.

Vea nuestra otra hoja informativa para conocer información adicional sobre Medicare:

- Cobertura de Medicare para Medicamentos Recetados para Usuarios del RWHAP
- Cómo Funciona la Inscripción para Medicare

Verifique con el director de su programa para averiguar cuáles de estos costos están cubiertos en su organización.

Referencias

- 1 <https://www.medicare.gov/what-medicare-covers/your-medicare-coverage-choices/whats-medicare>
- 2 <https://www.kff.org/hiv aids/fact-sheet/medicare-and-hiv/>
- 3 <https://hab.hrsa.gov/sites/default/files/hab/Publications/factsheets/population-factsheet-older-adults.pdf>
- 4 <https://hab.hrsa.gov/sites/default/files/hab/Publications/factsheets/population-factsheet-older-adults.pdf>
- 5 <https://www.ssa.gov/pubs/EN-05-10072.pdf>
- 6 <https://www.ssa.gov/planners/disability/qualify.html#anchor1>
- 7 <https://www.kff.org/hiv aids/fact-sheet/medicare-and-hiv/>
- 8 <https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-11/10050-Medicare-and-You.pdf>
- 9 <https://www.medicare.gov/pubs/pdf/11219-understanding-medicare-part-c-d.pdf>
- 10 <https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-11/10050-Medicare-and-You.pdf>
- 11 <https://hab.hrsa.gov/sites/default/files/hab/program-grants-management/18-01-use-of-rwhap-funds-for-premium-and-cost-sharing-assistance.pdf>



The Access, Care, and Engagement (ACE) TA Center aims to help Ryan White HIV/AIDS Program recipients and subrecipients support their clients, especially people of color, to navigate the health care environment through enrollment in health coverage and improved health literacy. For more information, visit: www.targetshiv.org/ACE



This resource was prepared by JSI Research & Training Institute, Inc., and supported by the Health Resources and Services Administration (HRSA) of the U.S. Department of Health and Human Services (HHS) under grant number U69HA30143: Building Ryan White HIV/AIDS Program Recipient Capacity to Engage People Living with HIV in Health Care Access. This information or content and conclusions are those of the author and should not be construed as the official position or policy of, nor should any endorsements be inferred by HRSA, HHS or the U.S. Government.