

Medicare

Medicare es un programa de seguro médico federal que ofrece beneficios a las personas que reúnen los requisitos necesarios. El programa consta de dos partes: la "Parte A" se refiere al seguro hospitalario y la "Parte B" al seguro médico propiamente dicho. Medicare no cubre todo. El número telefónico para recibir información general es (800) MEDICARE.

¿REÚNO YO LOS REQUISITOS?

► 1. Parte A

Se considera que usted reúne los requisitos para recibir Medicare Parte A de manera gratuita, si cumple con los criterios que se detallan a continuación: Tiene usted 65 años de edad o más, y:

- Reúne los requisitos para recibir beneficios de Seguridad Social, en base a su propio empleo, o al de su cónyuge.
- Es usted empleado federal jubilado después de 1982, y tiene suficiente cantidad de trimestres de cobertura deducible.
- Ha estado recibiendo pagos de Ingresos de Seguridad Social por Discapacidad, por 24 meses consecutivos.
- Tiene usted 50 años de edad o más, y es viudo (a) discapacitado (a) que ha recibido beneficios de Seguridad Social en razón de su cónyuge por al menos 2 años.

• Padece usted de insuficiencia renal terminal, sin consideración de edad (debe aún haber trabajado los mismos trimestres, sin embargo no necesita tener un mínimo de 65 años de edad)

• Padece usted de esclerosis lateral amiotrófica (enfermedad de Lou Gehrig).

Las personas que no reúnen los requisitos para recibir automáticamente Medicare Parte A, pueden matricularse de manera voluntaria si cumplen con los siguientes criterios:

- Tiene usted 65 años de edad o más, y.
- Es usted ciudadano estadounidense, o inmigrante legal que ha residido en los Estados Unidos de manera continua por al menos cinco años, y
- Adquiere usted tanto la Parte A como la parte B de Medicare, o la parte B únicamente. No puede usted comprar sólo la Parte A.

Si cumple usted con estos tres criterios para recibir la Parte A por su iniciativa, la cantidad de las primas mensuales que pagará dependerá de cuántos trimestres de empleo remunerado figuran en su expediente de Seguridad Social. Si tiene usted entre 30 y 39 trimestres su prima mensual de la Parte A en 2005 es de **\$206**. Si tiene usted menos de 30 trimestres, su prima mensual de la Parte A es de **\$375**.

► 2. Parte B

Se considera que si cumple usted con los criterios de la Parte A, cumple asimismo con los criterios de la Parte B. La prima mensual de la Parte B es la misma para todos, pague o no pague usted cualquier tipo de prima por la parte A. Su prima mensual de la Parte B es de **\$78.20**

De contar usted con bajos ingresos y bajos recursos, el Estado podría pagar sus primas federales de Medicare, de acuerdo con Medi-Cal o el programa de Ahorros de Medi-Care.

¿QUÉ CUBRE?

Medicare no cubre todo tipo de problemas médicos, y tampoco es gratuito. Dentro de los beneficios que Medicare NO cubre se encuentran casi todos los medicamentos de venta bajo receta, atención de pacientes recluidos (que no sea especializada) en un centro de enfermería o en el hogar, asistencia odontológica, lentes ópticos, y audífonos. Por los servicios cubiertos por Medicare, se le exige un pago de coparticipación.

► 1. Cobertura de la Parte A

En 2005, si tiene usted Medicare Parte A, paga usted una cantidad deducible única de **\$912** por asistencia hospitalaria, dentro de un periodo de beneficios.

Luego de ello, Medicare Parte A paga todos los gastos de hospital que se consideren "medicamente necesarios", por los primeros 60 días de internación por período de beneficios.

De permanecer usted en el hospital, desde el día 61 hasta el día 90 usted paga **\$228**, y Medicare paga el saldo. Si necesita usted asistencia después del día 90 en el hospital, usted recibe 60 días adicionales de "reserva", los que no

son renovables y pueden usarse únicamente una vez. Durante ese periodo usted paga **\$456** por cada día y Medicare paga el saldo.

Medicare pagará por gastos de hospital únicamente si:

- Un médico ha determinado que necesita usted asistencia hospitalaria
- El hospital participa en Medicare
- Un comité de evaluación del hospital, o una organización de Revisión Externa por Especialistas no desapruueban su permanencia en el hospital.

La Parte A puede también cubrir:

- Cuidados paliativos para pacientes desahuciados (se debe volver a declarar a los pacientes como "desahuciados", luego de 210 días de cuidados paliativos)
- Cuidados en un centro de enfermería especializado aprobado, por hasta 100 días de periodo de beneficios, con un pago de \$117 por día después de los primeros 120 días (Medicare cubrirá los cuidados en un centro de enfermería únicamente si resulta "medicamente necesario" y están precedidos por una estadía en el hospital de por lo menos 3 días).
- Algunos cuidados de salud especializados en el hogar, si la persona se encuentra confinada en su casa, los tratamientos son médicamente necesarios, y el médico los ordena.

► 2. Cobertura de la Parte B

La Parte B paga el 80% de los gastos "deducibles" por servicios de médicos, fisioterapia, servicios hospitalarios externos, equipo médico y servicios de ambulancia.

Usted paga el restante 20%, una cantidad deducible anual de \$100 y a veces cierta suma que el médico cobra por encima de los gastos deducibles de Medicare.

Algunos médicos y otros proveedores de servicios aceptan "asignación" según la Parte B. Esto implica que le facturarán a Medicare y aceptarán la suma por "gastos deducibles" y su participación del 20% como pago total. Los proveedores de servicios de laboratorios clínicos deben aceptar "asignación". Pregúntele a su médico si acepta asignación.

Todos los médicos deben presentar las reclamaciones directamente a Medicare, en representación del beneficiario y no puede cobrar por ese servicio.

3. Medicare HMO

Toda persona que tenga Medicare (excepto aquellos que padezcan de insuficiencia renal terminal) tiene la opción de participar de un Medicare HMO. Si usted se afilia a un Medicare HMO, debe usar el HMO para toda su asistencia médica, excepto para emergencias y asistencia de urgencia cuando se encuentra usted fuera de la zona de servicios del HMO. Los proveedores de Medicare HMO deben proporcionar todos los servicios cubiertos por Medicare a todos los beneficiarios que participan de HMO. El gobierno paga al HMO una cantidad mensual fija por cada afiliado. Algunas de las **ventajas** de afiliarse a un HMO son que en general pagará usted menos dinero de su bolsillo que en el Medicare original (por ejemplo no paga la mayoría de las sumas en concepto de coparticipación) y puede usted recibir beneficios adicionales a los que recibe en el Medicare original (por ejemplo, algunas coberturas por medicamentos de venta bajo receta y asistencia odontológica).

Algunas de las **desventajas** son que usted no tiene la libertad de ir a cualquier hospital o médico de su elección; generalmente debe obtener la aprobación previa de su médico de cabecera para ver a un especialista o someterse a cirugía, y algunos proveedores de HMO tienen que reducir la cobertura prometida, luego de que la gente se afilia.

4. Otra información

Muchas personas reciben tanto Medicare como Medi-Cal. (véase la página 47 "Medi-Cal.") Las personas que tienen los dos programas, en general no tienen que efectuar pagos mensuales de Medicare, pagar cantidades deducibles, ni cuotas de coparticipación, y pueden obtener los beneficios que aquéllos que reciben sólo Medicare no reciben.

Si recibe usted tanto Medicare como Medi-Cal tendría que intentar siempre ir a médicos y hospitales que acepten ambos, y mostrarles ambas tarjetas al recibir los servicios.

Las personas que reciben SSI se consideran idóneas automáticamente para recibir Medi-Cal.

De tener usted 65 años de edad (o más) o ser discapacitado y no recibir SSI, podría usted considerarse idóneo para recibir los beneficios de Medi-Cal. (véase la página 47 de "Medi-Cal")

Tendría que saber usted lo siguiente:

- Siempre lleve con usted la tarjeta de Medicare.
- Póngase en contacto inmediatamente con la oficina de Seguridad Social, en caso de perder su tarjeta o no recibir una.
- Apele toda decisión incorrecta o injusta acerca de sus beneficios (Véase la página 70 "Audiencias y Quejas"). Para recibir asistencia en lo relacionado a Medicare, puede usted llamar al centro de Derechos de la Asistencia Médica (800) 824-0780. De no encontrarse en el Condado de Los Ángeles puede llamar al (800) 434-0222).



Viviendas

Este capítulo incluye información sobre albergues para personas sin hogar; viviendas de alquileres bajos; asistencia a arrendadores y propietarios; derecho de los inquilinos; y asistencia en las cuentas de servicios públicos.

SI ES USTED UNA PERSONA SIN HOGAR

Familias: Si es usted una persona sin hogar o reúne los requisitos para recibir los beneficios de CalWORKs, podrá obtener Fondos de Asistencia para Personas sin Hogar, dinero para asistirlo a prevenir el desalojo o ayudarlo con su alquiler. (páginas 15-16 CalWORKs).

Personas sin pareja: Si está usted solicitando los beneficios de Ayuda General, puede usted obtener vales de albergue o dinero para prevenir el desalojo. (página 29 Ayuda General.)

Albergue de emergencia: Hay en Los Ángeles más de 300 instituciones particulares que ofrecen albergue, por lo cual no podemos presentar aquí la lista de todas ellas. Los números y sitios web que se detallan a continuación son útiles:

• **Albergues del todo el año y albergues de invierno:** (800) 548-6047 para información de la ubicación de los albergues y de las paradas del transporte. Estos albergues están generalmente operados por la ciudad y el condado de Los Ángeles desde comienzos de noviembre hasta fine de marzo. Algunos de los albergues funcionan todo el año.

• **Línea informativa:** 211 , o (800) 339-6993

• **Internet:** www.healthycity.org presenta una lista de albergues y otros recursos según el código postal, para todo el Condado.

• Algunas instituciones y albergues pueden ofrecer **vales de hotel o motel**, de no existir otra opción de albergue disponible, o si el albergue está completo por la noche.

Detalles importantes para recordar al buscar albergue:

• Es mejor buscar albergue por la mañana, ya que muchos de ellos están llenos a la tarde.

- Los albergues pueden estipular sus propias normas acerca de qué grupos de gente pueden permanecer en los mismos, por ejemplo un albergue puede

ser sólo para familias o sólo para personas sin pareja. Pueden limitar la edad de los niños que admiten, o pueden aceptar sólo personas con enfermedades mentales o problemas de drogas. Los albergues pueden también estipular cuánto tiempo puede usted quedarse.

- Las condiciones de los albergues pueden variar mucho. En los albergues subsidiados por el gobierno, tales como los Albergues de Invierno, si usted considera que ha habido abuso o maltrato, o que el albergue no ofrece condiciones de seguridad y sanidad, usted puede entablar un procedimiento de queja formal.

Centros de Acceso:

La mejor manera de obtener albergue es acudir a uno de los siguientes Centros de Acceso en el Condado de Los Ángeles. No son albergues en sí mismos pero pueden dirigirlo a los recursos disponibles en el área.

Antelope Valley– Lancaster
Centro de Acceso (661) 949-1916
Centro de L.A.: Weingart Center
506 S. Main (213) 689-2114