Cumpliendo 65 años y lo que muchas personas podrían desconocer

Guía para agentes sobre lo que las personas deben saber acerca de sus opciones de planes de Medicare



Índice

Lo que deben hacer antes y después de cumplir 65 años 2

En qué podría necesitar ayuda 3

Lo que muchas personas desconocen al cumplir 65 años 4–8

Apéndice A 10

yourFMO
Your one-stop-shop for growth

The information herein is proprietary and for agent use only. Not affiliated with the U.S. government or federal Medicare program. For agent use only. Not for use with consumers.

RO5994728

Introducción

De los 67 millones de personas inscritas en Medicare, casi el 90 % tiene 65 años o más. Cuando una persona cumple 65 años y comienza a familiarizarse con Medicare, hay una gran cantidad de información y detalles importantes que fácilmente puede pasar por alto.

Los agentes con licencia deben estar preparados para ayudar a cubrir estas brechas de conocimiento y destacar aspectos que muchas personas suelen pasar por alto al inscribirse en Medicare y elegir su plan.

Las decisiones que un beneficiario debe tomar con respecto a Medicare Original, Medicare Advantage (MA) y los planes de Medicare Supplement (Medigap) pueden resultar abrumadoras. Muchas personas desconocen los períodos de inscripción específicos de Medicare y las posibles penalizaciones por no inscribirse a tiempo. Además, la terminología de Medicare puede resultar confusa.

"Casi el 90% de las personas inscritas en Medicare tienen 65 años o más."

Lo que deben hacer antes y después de cumplir 65 años

Aunque una persona que se acerca a los 65 años puede desconocer muchos aspectos de Medicare, hay cuatro cosas básicas que deberá hacer:

1. **Inscribirse en Medicare**
   Debe inscribirse en las Partes A y B de Medicare durante su Período de Inscripción Inicial (IEP), que comienza tres meses antes de cumplir 65 años, incluye el mes de su cumpleaños y termina tres meses después. Si recibe beneficios del Seguro Social, su inscripción será automática.

2. **Elegir la cobertura**
   Decida entre Medicare Original, con o sin un plan de Medicare Supplement (Medigap), o un plan Medicare Advantage (MA).

3. **Agregar cobertura de medicamentos recetados**
   Considere inscribirse en un plan de Medicare Parte D para obtener cobertura de medicamentos recetados si esta no está incluida en el plan de Medicare que haya elegido.

4. **Revisar anualmente**
   La revisión anual es una de las reuniones más importantes para la retención de clientes. Todos los planes deben enviar cada año a sus miembros actuales un Aviso Anual de Cambios (ANOC). El ANOC resume los cambios en la cobertura y los costos que entrarán en vigor el 1 de enero. Las dos semanas previas al Período de Inscripción Anual (AEP), del 1 al 14 de octubre, son un momento ideal para que los agentes revisen las cartas del ANOC con los beneficiarios y los ayuden a evaluar las opciones disponibles para el nuevo año del plan.

Al comprender estos pasos y orientar a las personas que cumplen 65 años durante su proceso de inscripción en Medicare, los agentes con licencia pueden ayudar a garantizar una transición más sencilla y la selección de una cobertura adecuada para sus necesidades.

"La revisión anual es una de las reuniones más importantes para la retención de clientes."

En qué podría necesitar ayuda

Cuando tenga un posible cliente que esté por cumplir 65 años, hay varias cosas que puede comenzar a hacer por esa persona de inmediato, independientemente de la época del año. Puede ayudarle desde ahora brindándole asistencia con lo siguiente:

1. **Revisar la cobertura actual**
   Conozca la cobertura de seguro médico que tiene actualmente, incluidos los planes proporcionados por un empleador o los planes para jubilados. Explique cómo interactúa esta cobertura con Medicare.

2. **Conocer las diferentes Partes de Medicare**
   Explique las Partes A, B, C (Medicare Advantage) y D de Medicare. Presentar la información parte por parte puede ayudar a las personas a tomar decisiones más informadas sobre sus opciones de cobertura.

3. **Comparar los planes**
   Compare las ventajas y desventajas de Medicare Original, Medicare Advantage (MA) y los planes de Medicare Supplement (Medigap) para determinar cuál se adapta mejor a sus necesidades de atención médica y a su presupuesto.

4. **Considerar cobertura adicional**
   Infórmeles sobre las opciones de cobertura complementaria, como un plan de medicamentos recetados de la Parte D, seguro de indemnización hospitalaria o cobertura de atención a largo plazo, que pueden ayudar a cubrir las brechas de cobertura de Medicare. Para las ventas de planes Medicare Advantage y Parte D, los agentes solo pueden analizar otros productos que estén dentro del alcance de lo que puede cubrirse y de lo acordado en el Formulario de Alcance de la Cita (Scope of Appointment, SoA).

5. **Verificar las redes de proveedores**
   Determine si sus médicos y hospitales preferidos pertenecen a la red del plan Medicare Advantage, en caso de que opten por este tipo de cobertura.

6. **Comprender los costos**
   Estime los costos de bolsillo, incluidos primas, deducibles, copagos y coseguro.

"Presentar Medicare parte por parte puede ayudarles a tomar decisiones más informadas sobre sus opciones de cobertura."

Lo que muchas personas desconocen al cumplir 65 años

Al comprender los siguientes errores comunes y aspectos de Medicare que suelen pasarse por alto, los agentes pueden ser una fuente de apoyo y ayudar a sus clientes a tomar las mejores decisiones para su salud y su futuro:

1. **El momento de la inscripción es importante**
   Muchas personas no se dan cuenta de la importancia de inscribirse en Medicare a tiempo. No cumplir con los plazos establecidos puede resultar en penalizaciones y períodos sin cobertura.

   - **Explique el IEP:** Asegúrese de que comprendan que no inscribirse durante el Período de Inscripción Inicial (IEP) de Medicare puede ocasionar períodos sin cobertura y posibles penalizaciones. El IEP comienza tres meses antes de cumplir 65 años, incluye el mes de su cumpleaños y termina tres meses después.

   - **Penalizaciones por inscripción tardía:** Si no se inscriben durante su IEP y no cuentan con otra cobertura de salud que califique, podrían estar sujetos a una penalización por inscripción tardía en la Parte B. Esta penalización aumenta su prima en un 10% por cada período de 12 meses durante el cual fueron elegibles para inscribirse, pero no lo hicieron. Este costo adicional continúa mientras tengan la Parte B.

   - **Períodos de Inscripción Especial (SEP):** Si sus clientes o sus cónyuges todavía trabajan y cuentan con cobertura médica proporcionada por su empleador, es posible que no necesiten inscribirse inmediatamente en la Parte B. Infórmeles sobre el Período de Inscripción Especial (SEP), que les permite inscribirse en la Parte B en cualquier momento mientras estén cubiertos por el plan del empleador o dentro de los ocho meses posteriores a la finalización del empleo o de la cobertura, sin tener que pagar penalizaciones por inscripción tardía.

   - **Consideraciones sobre el tamaño del empleador:** Es importante que las personas que trabajan para empresas pequeñas (menos de 20 empleados) sepan que Medicare se convierte en su cobertura principal al cumplir 65 años. Deben inscribirse durante su IEP para evitar períodos sin cobertura, ya que el plan de su empleador solo cubrirá lo que Medicare no cubra.

2. **Brechas de cobertura**
   Medicare no cubre todos los servicios. Existen algunas brechas de cobertura que las personas pueden desconocer.

   - **Atención a largo plazo:** Medicare no cubre la atención de custodia, incluida la ayuda con actividades diarias como bañarse y vestirse, ya sea en el hogar o en un centro de atención especializada. Esto puede representar un gasto inesperadamente alto. Algunas personas pueden considerar la posibilidad de adquirir un seguro de atención a largo plazo o una póliza de seguro de vida con un beneficio adicional para atención a largo plazo que ayude a cubrir estos costos.

- **Medicamentos recetados:** Medicare Parte D cubre medicamentos recetados y la antigua brecha de cobertura conocida como el "Donut Hole" fue eliminada. En 2026, los beneficiarios no pagarán más de $2,100 de su bolsillo por medicamentos cubiertos por la Parte D durante el año. Una vez alcanzado este límite, los medicamentos cubiertos tendrán un costo de $0 por el resto del año.
- **Cargos en exceso y copagos:** Medicare Parte B generalmente cubre el 80% del costo de los servicios de atención médica cubiertos después de que se haya alcanzado el deducible, mientras que el beneficiario es responsable del porcentaje restante. Estos costos pueden acumularse, especialmente si necesita una cantidad considerable de atención médica. Los planes Medigap pueden ayudar a cubrir algunos de estos gastos, según el plan elegido.
- **Cobertura fuera de Estados Unidos:** Las personas que viajan con frecuencia deben saber que Medicare generalmente no cubre la atención médica fuera de Estados Unidos, salvo en circunstancias limitadas. Algunos planes Medigap ofrecen cobertura limitada para emergencias médicas durante viajes al extranjero, lo que puede ser de gran ayuda cuando se presenta una emergencia mientras se está de viaje.

3. **Costos de bolsillo**
   Medicare tiene deducibles, copagos y coseguro que las personas pueden no comprender completamente hasta que utilizan sus beneficios.

   - **Deducibles:** Son las cantidades que el beneficiario debe pagar antes de que Medicare comience a cubrir su parte de los costos. En 2026, el deducible de la Parte A para hospitalización es de $1,736 por período de beneficios, mientras que el deducible anual de la Parte B es de $283.
   - **Copagos y coseguro:** Después de cumplir con el deducible, los beneficiarios siguen siendo responsables de ciertos costos mediante copagos y coseguro. En la Parte A, si permanecen hospitalizados más de 60 días, pagarán $434 por día entre los días 61 y 90, y $868 por cada día de reserva de por vida después del día 90 durante cada período de beneficios. En la Parte B, una vez cumplido el deducible, generalmente pagan el 20% del monto aprobado por Medicare para la mayoría de los servicios cubiertos.
   - **Sin límite máximo de gastos de bolsillo:** Medicare Original (Partes A y B) no tiene un límite máximo anual de gastos de bolsillo. Esto significa que no existe un tope para la cantidad que una persona puede llegar a pagar en un año, lo que puede resultar en gastos médicos considerables si enfrenta un problema de salud grave.
   - **Límite máximo de gastos de bolsillo (MOOP) de Medicare Advantage:** A diferencia de Medicare Original, los planes Medicare Advantage (MA) cuentan con un Máximo de Gastos de Bolsillo (MOOP) que ayuda a proteger a los beneficiarios contra costos médicos elevados. En 2026, este límite varía según el plan, pero establece un tope anual para los gastos de bolsillo por servicios cubiertos. Una vez que el beneficiario alcanza este límite,

el plan paga el 100% de los servicios cubiertos durante el resto del año.

- **Medigap puede ayudar:** Para las personas que tienen Medicare Original, adquirir una póliza Medigap puede ayudar a cubrir algunos gastos de bolsillo, como deducibles, copagos y coseguro. Puede ser una buena opción para quienes buscan costos más predecibles.

"Muchas personas no se dan cuenta de la importancia de inscribirse en Medicare a tiempo."

4. **Limitaciones de las redes**
   Las personas que tienen Medicare Original pueden acudir a cualquier médico u hospital que acepte Medicare en cualquier lugar de Estados Unidos. Casi todos los médicos y hospitales aceptan Medicare. Sin embargo, los planes Medicare Advantage (MA) suelen contar con redes de médicos y hospitales, lo que puede aumentar los gastos de bolsillo y limitar las opciones de proveedores de atención médica si la red no se verifica adecuadamente.

   - **Tipos de redes:** La mayoría de los planes Medicare Advantage son de uno de los siguientes tipos:
     - *Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud (HMO)*: Por lo general, requieren que el miembro elija un médico de atención primaria (PCP) y obtenga referencias para consultar con especialistas, y los servicios deben recibirse dentro de la red del plan.
     - *Organizaciones de Proveedores Preferidos (PPO)*: Ofrecen mayor flexibilidad y permiten consultar a proveedores fuera de la red, aunque generalmente a un costo más alto.
   - **Tamaño y calidad de la red:** El tamaño y la calidad de las redes de proveedores pueden variar considerablemente entre los diferentes planes Medicare Advantage.
   - **Cambios en las redes:** Las redes de proveedores pueden cambiar cada año. Esto significa que un médico u hospital que estaba cubierto un año podría no estar incluido al año siguiente. Esto puede ser especialmente difícil para los miembros que necesitan atención continua para enfermedades crónicas.
   - **Acceso a la información:** Encontrar información actualizada y confiable sobre las redes de los planes puede ser difícil. Los directorios de proveedores con frecuencia no están actualizados y puede no ser fácil comparar directamente las redes de diferentes planes Medicare Advantage. Por eso, es fundamental que los beneficiarios verifiquen cada año, durante el período de inscripción, si sus médicos y hospitales preferidos forman parte de la red del plan.

5. **Formularios de medicamentos**
   Los planes de Medicare Parte D cuentan con formularios que contienen una lista de los medicamentos cubiertos. Las personas deben verificar si sus medicamentos están cubiertos antes de inscribirse en un plan.

   - **Comprender los formularios:** Los formularios están organizados en diferentes niveles o categorías, que determinan la cantidad que el beneficiario debe pagar por cada medicamento. Por lo general, los medicamentos de niveles más bajos son genéricos y tienen un costo menor, mientras que los medicamentos de niveles más altos suelen ser de marca y tienen un costo mayor.

   - **Verificar la cobertura:** Si un medicamento no aparece en el formulario del plan, podría existir un medicamento similar que sí esté cubierto. Sin embargo, es fundamental consultar con un profesional de la salud para determinar si la alternativa es adecuada.

   - **Cambios en los formularios:** Los planes de Medicare Parte D pueden modificar sus formularios durante el año. Estos cambios pueden incluir agregar o eliminar medicamentos, o cambiar el nivel en el que se encuentra un medicamento, lo que podría afectar el costo de bolsillo. Los planes notificarán a los miembros sobre cualquier cambio significativo que pueda afectar su cobertura. Anime siempre a las personas a revisar su cobertura de Medicare Parte D cada año durante el Período de Inscripción Anual (AEP).

6. **Cambios en los planes**
   Los planes de Medicare pueden modificar su cobertura y sus costos cada año. Las personas deben revisar sus planes durante el Período de Inscripción Anual (AEP) para asegurarse de que continúen satisfaciendo sus necesidades.

   - **Documentos clave que deben revisar:** Los principales documentos que deben revisar son la "Evidencia de Cobertura" (EOC) y el "Aviso Anual de Cambios" (ANOC). Por lo general, estos documentos son enviados por los proveedores de los planes y contienen información detallada sobre cualquier cambio en los costos, la cobertura y las redes de proveedores del plan.

   - **Fecha de recepción de los avisos:** Los miembros del plan deben recibir el ANOC en septiembre, antes del inicio del Período de Inscripción Anual (AEP) en octubre.

   - **Próximos pasos:** Si los cambios realizados en el plan de Medicare no son satisfactorios, las personas pueden cambiar de plan durante el AEP.

"Las limitaciones de las redes de Medicare Advantage... pueden aumentar los gastos de bolsillo... si no se investigan adecuadamente."

Su apoyo puede ser la clave para su éxito

Navegar por Medicare puede ser complejo, especialmente para las personas que se acercan a los 65 años. Inscribirse a tiempo es fundamental para evitar penalizaciones y períodos sin cobertura. Elegir entre Medicare Original, Medicare Advantage y los planes Medigap requiere considerar cuidadosamente los costos, la cobertura y las preferencias relacionadas con las redes de proveedores. Como agente con licencia y conocimientos especializados, puede orientar a los futuros beneficiarios durante este proceso de toma de decisiones, asegurándose de que comprendan sus opciones y conozcan aspectos que suelen pasarse por alto, como la cobertura de medicamentos recetados y la atención a largo plazo. Su orientación puede ser precisamente lo que una persona necesita para obtener una cobertura de salud adecuada y proteger tanto su bienestar financiero como su bienestar físico.

No afiliado al Gobierno de los Estados Unidos ni al programa federal de Medicare.

Recursos de YourFMO

Visite YourFMO.com para explorar una amplia variedad de recursos gratuitos que pueden ayudarle a promover, desarrollar y optimizar su proceso de ventas de Medicare.

Fuentes

1. https://data.cms.gov/summary-statistics-on-beneficiary-enrollment/medicare-and-medicaid-reports/medicare-monthly-enrollment
2. https://www.cms.gov/training-education/find-provider-type/employers-unions/top-five-medicare-enrollment
3. https://www.aarp.org/health/medicare-qa-tool/turning-65-when-to-apply-for-medicare.html
4. https://www.kiplinger.com/retirement/medicare/what-does-medicare-not-cover-things-you-should-know
5. https://www.healthline.com/health/medicare/medicare-out-of-pocket-maximum
6. https://www.commonwealthfund.org/publications/explainer/2024/jan/medicare-advantage-policy-primer
7. https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/what-medicare-part-d-drug-plans-cover
8. https://www.webmd.com/health-insurance/features/formulary-list-medications
9. https://www.cms.gov/priorities/key-initiatives/medicare-open-enrollment-partner-resources

yourFMO
Your one-stop-shop for growth

The information herein is proprietary and for agent use only. Not affiliated with the U.S. government or federal Medicare program. For agent use only. Not for use with consumers.

RO5994728