

# MassHealth Buy-In

para personas que son elegibles para Medicare

## ¿En qué consiste MassHealth Buy-In?

MassHealth Buy-In es un programa autorizado por el Congreso, dirigido a aquellas personas que son elegibles para Medicare. MassHealth Buy-In permite a MassHealth pagar la totalidad de la prima de Medicare Parte B a los residentes de Massachusetts que no reciben otros beneficios de MassHealth. También les puede ayudar a recibir Medicare Parte B a aquellas personas que sólo reciben Medicare Parte A.

## ¿A cuánto pueden ascender mis ingresos y bienes?

Para MassHealth Buy-In, sus ingresos y bienes (incluyendo cuentas bancarias, acciones, bonos o un segundo auto) tienen que estar por debajo de ciertos límites. En el cuadro se aprecia cuánto se puede tener y qué recibirá si sus ingresos y bienes se ajustan a estos límites.

## Si soy elegible para MassHealth Buy-In, ¿cómo me pagan?

Si MassHealth Buy-In determina que usted es elegible para el pago total de la prima de su Medicare Parte B, nosotros le avisaremos a Medicare.

Si a su cheque del seguro social le restan la cantidad de la prima de Medicare Parte B, el cheque se ajustará de tal manera que se deje de deducir su prima de Medicare. Esto significa que la cantidad de su cheque del seguro social aumentará basada en la cantidad que se deducía para pagar la prima del Medicare Parte B.

Si usted reúne los requisitos para recibir Medicare Parte B pero todavía no está recibiendo este beneficio, o si está pagando su prima de Medicare Parte B de alguna otra manera tal como recibir una factura trimestral de Medicare; MassHealth Buy-In empezará a pagar esta cuenta a por usted.

El ajuste de su cheque del seguro social o el pago de la factura tardará varios meses. Sin embargo, usted recibirá un reembolso de la cantidad que pagó en primas de Medicare Parte B a partir del mes en que se determinó que podía ser elegido para MassHealth Buy-In. Este reembolso lo recibirá de la misma manera en que ahora recibe su dinero del seguro social: ya sea mediante un cheque o mediante depósito directo en su cuenta bancaria.

## ¿Cuándo comienza la cobertura?

Si usted es elegible para MassHealth Buy-In, su cobertura comienza en el mes en que recibamos su solicitud. En algunos casos, puede comenzar hasta tres meses antes del mes de su solicitud.

Recibirá notificación escrita que explica su cobertura y la fecha de inicio. Si usted no es elegible, en la notificación se explicará el (los) motivo(s) de su denegación. Si usted piensa que la decisión está equivocada, tiene el derecho de apelarla. El proceso para apelar se detalla al dorso de la notificación escrita.

## Como utilizamos su número de seguro social (SSN)

Usaremos su SSN para verificar la información que nos ha dado. Los archivos de SSN podrían compararse con los de agencias como: el Servicio de Impuestos Internos, la Administración del Seguro Social, Subvenciones para la Verificación Sistemática

SI	Y	ENTONCES
sus ingresos mensuales antes de impuestos y deducciones son menores de...	sus bienes son de este valor o son menos de...	MassHealth Buy-In pagará...
<b>para individuos</b>		
<b>\$1,357*</b>	<b>\$7,280**</b>	la totalidad de la prima de Medicare Parte B.
<b>para parejas casadas que viven juntos</b>		
<b>\$1,823* (entre ambos)</b>	<b>\$10,930**</b>	la totalidad de las primas de Medicare Parte B suya y de su cónyuge.

\* Estas cifras se hicieron vigentes el 1º de marzo del 2016.

\*\* Estas cifras se hicieron vigentes el 1º de enero del 2016.

de Extranjeros (SAVE, por sus siglas en inglés), Centros para Servicios de Medicare y Medicaid, Registro de Vehículos Automotores, Departamento de Ingresos, Departamento de Asistencia Transitoria, Departamento de Accidentes Industriales, División de Asistencia con el Desempleo, Departamento de Servicios para Veteranos, División de Recursos Humanos, Oficina de Investigaciones Especiales y el Departamento de la oficina de Salud Pública de Estadísticas Vitales. Los archivos también podrían compararse con agencias de servicio social en el estado y en otros estados, y archivos de computación de bancos y otras instituciones financieras, compañías de seguros, empleadores y organizaciones de atención administrada.

## Recuperación (de fondos) del patrimonio

MassHealth tiene el derecho de reembolsarse los dineros del patrimonio de ciertos afiliados a MassHealth que hayan fallecido. En términos generales, el dinero sujeto a reembolso corresponde a pagos de primas de Medicare pagados por MassHealth por servicios prestados a un afiliado después de haber cumplido los 55 años de edad; y, a cualquier edad, mientras el afiliado se encontraba permanentemente en una institución de cuidados a largo plazo. Con efecto sobre las primas de Medicare pagadas a partir del 1o de enero del 2010, MassHealth no recuperará pagos de primas hechos para afiliados que tenían 55 años de edad o más durante el tiempo en el cual las primas fueron pagadas.

También existen algunas protecciones y excepciones adicionales que se aplican a esta regla de recuperación del patrimonio. Si al fallecer, un afiliado deja su cónyuge o un niño ciego, con discapacidad total permanente, o menor de los 21 años, MassHealth no exigirá que se reembolse el pago mientras dichas personas estén con vida. Si es necesaria la venta de un inmueble, como la vivienda, a fin de obtener el dinero para efectuar el reembolso, MassHealth, en circunstancias limitadas, podrá decidir que el patrimonio no tiene que hacer el reembolso a MassHealth. También, ciertos ingresos, recursos y propiedades de Indígenas Norteamericanos y Nativos de Alaska podrían estar exentos de recuperación (de fondos).

Para obtener más información sobre la recuperación (de fondos) del patrimonio, consulte el reglamento de MassHealth en 130 CMR 515.000 y el Capítulo 118E de las Leyes generales de Massachusetts.

## Trato confidencial y justo

MassHealth no puede discriminar contra usted debido a raza, color, sexo, edad, discapacidad, país de origen, orientación sexual, religión o credo. MassHealth está comprometido a mantener confidencialmente la información personal que poseemos sobre usted. Toda la información personal que MassHealth tenga sobre cualquier solicitante o afiliado, incluyendo datos médicos, estado

de salud y la información personal que nos dé durante la solicitud y recibo de beneficios es confidencial. Esta información no podría ser usada o divulgada sin su permiso excepto para propósito de la administración de MassHealth a menos que sea requerida por ley o por orden judicial. Puede darnos su permiso escrito para usar su información personal de salud para algún propósito en específico o compartirla con una persona u organización en específico.

### **El representante autorizado**

Un representante autorizado es alguien que usted escoge para ayudarlo a obtener cobertura de atención de salud por medio de programas ofrecidos por MassHealth y el Health Connector de Massachusetts. Puede hacerlo completando un Formulario de designación de representante autorizado (ARD, por sus siglas en inglés) o un formulario de designación similar. Un representante autorizado puede completar su solicitud o formularios de revisión de elegibilidad, obtener prueba de información dada en estos formularios de elegibilidad, informar cambios en sus ingresos, dirección u otras circunstancias, obtener copias de todos los avisos de inscripción o elegibilidad de MassHealth o el Health Connector que le fueran enviados y a actuar en su nombre en todos los otros temas con MassHealth o el Health Connector.

Un representante autorizado puede ser un amigo, un familiar, pariente, u otra persona u organización de su elección que acepte ayudarlo. Depende de usted escoger a un representante autorizado, si lo desea. MassHealth o el Health Connector no escogerán un representante autorizado para usted.

Debe designar por escrito en el Formulario de designación de representante autorizado o un documento de autorización similar a la persona u organización que desea que sea su representante autorizado. En la mayoría de los casos, su representante autorizado también debe completar este formulario o un documento similar de designación. Este formulario está incluido en el paquete de solicitud, o puede llamarnos, o visitar [www.mass.gov/masshealth](http://www.mass.gov/masshealth) para obtener uno. Por favor consulte las instrucciones en el formulario para obtener más detalles.

Un representante autorizado también puede ser alguien que esté actuando responsablemente en su nombre si usted no puede designar un representante autorizado de manera escrita debido a una condición mental o física, o ha sido designado por ley para actuar en su nombre o en nombre de su patrimonio. Esta persona debe completar las partes correspondientes del Formulario de designación de representante autorizado o proporcionar un documento similar de designación. Si esta persona ha sido designada por ley para representarlo, usted o esta persona debe enviar a MassHealth o al Health Connector una copia del documento legal correspondiente declarando que esta persona lo representa legalmente a usted o su patrimonio. Esta persona puede ser un tutor legal, conservador, poseedor de poder notarial, o representante de atención médica, o a si el solicitante o afiliado ha fallecido, el administrador o ejecutor del patrimonio.

### **Autorización para compartir información**

Si desea que compartamos su información de salud personal, incluso el envío de copias de sus avisos de elegibilidad, con alguien que no sea su representante autorizado, puede hacerlo dándonos permiso por escrito. Tenemos formularios que puede usar para hacerlo. Puede llamarnos, o visitar [www.mass.gov/masshealth](http://www.mass.gov/masshealth) para obtener una copia del formulario apropiado.

### **Cómo reportar cambios**

Si hay cambios en sus ingresos, bienes, dirección, seguro de salud, condición inmigratoria o condición de discapacidad, debe avisarnos de los cambios dentro de 10 días calendario o tan pronto como sea posible. Si no nos avisa acerca de estos cambios, podría perder sus beneficios. Avísenos sobre cualquier cambio llamando al 1-888-665-9993 (TTY: 1-888-665-9997 para personas sordas, con dificultad auditiva o discapacidad del habla).

### **Otros beneficios de MassHealth**

MassHealth ofrece otros beneficios de atención médica mediante los cuales se pagan directamente servicios médicos o se pagan los copagos y deducibles de Medicare. Usted podría ser elegible para recibir estos beneficios si sus ingresos y bienes son menos de cierta cifra o si usted es discapacitado y aún no ha cumplido los 65 años de edad. Para enterarse de estos beneficios, llame al Centro de inscripción de MassHealth al 1-888-665-9993 (TTY: 1-888-665-9997 para personas sordas, con dificultad auditiva o discapacidad del habla). También debe llamar a este número si tiene preguntas sobre MassHealth Buy-In.

### **Otros beneficios**

Las personas que reciben Medicare pueden obtener ayuda para pagar los costos de los medicamentos con receta por medio de Medicare. Para obtener más información llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY: 1-877-486-2048 para personas sordas, con dificultad auditiva o discapacidad del habla), o visite nuestro sitio web [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov).

La Oficina ejecutiva para asuntos de personas de la tercera edad (Executive Office of Elder Affairs) también ofrece ayuda con el pago de medicamentos recetados mediante el programa Prescription Advantage. Para obtener más información sobre estos beneficios, llame a Elder Affairs gratis marcando el 1-800-AGE-INFO (1-800-243-4636) (TTY: 1-877-610-0241 para personas sordas, con dificultad auditiva o discapacidad del habla).

### **¿Cómo solicito MassHealth Buy-In?**

1. Para solicitar MassHealth Buy-In, complete la solicitud adjunta. Incluya información sobre su cónyuge si viven juntos.
2. Firme y feche la solicitud completada, con prueba de sus ingresos (excepto por ingresos del seguro social)

**y envíela al:**

**MassHealth Enrollment Center  
Central Processing Unit  
P.O. Box 290794  
Charlestown, MA 02129-0214**

**o por fax a: 1-857-323-8300**

3. Cuando recibamos la solicitud, verificaremos que esté completa. Si necesitamos más información, le escribiremos o le llamaremos. Una vez que tengamos toda la información, determinaremos si usted es elegible. También decidiremos si su cónyuge es elegible.
4. Con su solicitud se incluye un formulario de inscripción para votar. (No tiene que inscribirse para votar para recibir MassHealth Buy-In.)
5. Si desea que alguien actúe a nombre suyo como su representante autorizado, déjenoslo saber usando el Formulario de designación de representante autorizado.

# Solicitud de MassHealth Buy-In para personas elegibles para Medicare

La presente es una solicitud para el pago de su prima de Medicare Parte B. También puede ayudarlo a conseguir Medicare Parte B si ahora recibe sólo Medicare Parte A. Si desea solicitar otros beneficios de MassHealth, llame al Centro de inscripción de MassHealth al 1-888-665-9993 (TTY: 1-888-665-9997 para personas sordas, con dificultad auditiva o discapacidad del habla) para pedir una solicitud diferente. **Por favor escriba claramente en letra de imprenta y complete todas las secciones.**

## Información general

¿Quién está solicitando?  usted  usted y su cónyuge

Si usted vive con su cónyuge, también tiene que darnos información sobre él o ella, incluso si su cónyuge no está solicitando beneficios.

### Usted

Apellido	Nombre	Inicial
Dirección residencial	Ciudad	Estado Código Zip
Dirección postal (si es diferente a la anterior) <input type="checkbox"/> sin hogar	Ciudad	Estado Código Zip
Fecha de nacimiento / /	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Idioma que prefiere escribir
Número de Seguro Social	For office use only	Número de reclamación Medicare
		For office use only

### Su cónyuge

Apellido	Nombre	Inicial
Fecha de nacimiento / /	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Idioma que prefiere escribir
Número de Seguro Social	For office use only	Número de reclamación Medicare
		For office use only

## Ingresos

Complete esta sección para usted y para su cónyuge. Indique ingresos mensuales brutos (antes de impuestos y otras deducciones tales como la prima de Medicare Parte B).

**Envíe prueba** de su ingreso, como la copia de un talonario de pago reciente o copia de un talonario de cheque de pensión. (Usted no tiene que enviar prueba de ingresos del seguro social.)

Fuente de ingresos	Su ingreso mensual bruto antes de impuestos y deducciones	Ingreso mensual bruto de su cónyuge antes de impuestos y deducciones
Seguro Social	\$ For office use only	\$ For office use only
Pensiones	\$	\$
Beneficios de veteranos	\$	\$
A anualidades o fideicomisos	\$	\$
Dividendos y/o intereses	\$	\$
Ingreso de empleo (antes de las deducciones)	\$	\$
Ingreso de arriendos (después de los gastos)	\$	\$
Otra (por favor especifique)	\$	\$

