Servicios Cubierto por Medicaid y Medicare

Servicios	Medicaid-Obligatorio	Medicare
Servicios de hospital (paciente interno)	Sí	Sí
Servicios de hospital (paciente externo)	Sí	Sí
Servicios del médico	Sí	Sí
Servicios de Laboratorio y Rayos X	Sí	Sí
Evaluaciones Tempranas, Diagnóstico y Tratamiento	Sí	No se especifica
Planificación Familiar	Sí	No
Centros de Servicios de Salud con Autorización Federal	Sí	Sí
Servicios de Enfermera-Partera	Sí	Sí
Servicios de Practicante de Enfermería	Sí	Sí
Equipo Médico Duradero y Cuidados Médicos en el Hogar	Sí	Sí
Servicios en Casa de Asistencia	Sí	Sí
Transportación Incluyendo Servicio de Ambulancia	Sí	Solo Servicio de Ambulancia
	Medicaid-Opcional	
Medicamentos con Prescripción Médica (pacientes internos y externos)	Sí	Generalmente solo medicamentos con prescripción médica para pacientes internos
Cuidado de Quiroprácticos, Psicólogos y Podólogos	Solo Quiroprácticos y Podólogos	Sí
Evaluaciones Preventivas y de Diagnóstico	Sí	Sí, con algunas restricciones
Servicios de Rehabilitación	Sí	Sí, con algunas restricciones
Servicios en Clínica	Sí	Sí
Dentaduras, Cuidado Dental	Cuidado dental de emergencia solamente, y dentaduras	No
Terapia Física	Sí	Sí
Dispositivos prostéticos, lentes	Sí	Se excluyen lentes
Cuidado de Hospital por Enfermedades Mentales para pacientes internos	Sí	Sí pero Medicare no paga por cuidados en instituciones mentales
Facilidades de Cuidados Intermedios para aquellos con retraso mental	Sí	No
Servicios con Base en el Hogar y en la Comunidad (exentos)	Sí	No
Servicio de Manejo de Casos	Sí	No
Servicios de Cuidado Personal	No	No
Cuidados para Pacientes Terminales	Sí	Sí

Recycled Paper • Soybean Inks • Printed by Authority of the State of Illinois
LPU Order 34612 • November 2002 • 500 copies

MEDICARE Y MEDICAID

¿CUÁL ES LA DIFERENCIA?

Comisión para Cooperación Intergubernamental de Illinois

Introducción

Tanto Medicare como Medicaid son programas del gobierno para seguro médico, pero existen algunas diferencias. Medicare recibe fondos de, y es dirigido por el gobierno federal en Washington. Principalmente apoya a los trabajadores jubilados, a sus cónyuges, y en algunos casos a trabajadores discapacitados jóvenes. Se comparten los gastos, es decir la gente que recibe los beneficios paga una parte (coaseguro) y en algunos casos se pagan primas. Medicaid es dirigido por el gobierno estatal y recibe fondos tanto federales como estatales. Principalmente es para familias con niños de bajos ingresos así como para personas de la tercera edad de bajos ingresos que necesitan cuidados médicos en casas de asistencia (asilos). Provee a las familias con una amplia variedad de servicios médicos. También puede ayudar a ciertas personas jubiladas de bajos ingresos con los pagos necesarios para Medicare como las primas y coaseguros. Algunos miembros de la tercera edad con bajos ingresos pueden también recibir ayuda para los gastos de medicamentos y otros servicios que no son cubiertos por Medicare. Se puede pagar muy poco e incluso nada por este servicio.

Para más información sobre Medicaid:
Llame al Departamento de Servicios Humanos en su línea de ayuda al 1-800-252-8635 o al 1-800-447-6404 si necesita ayuda auditiva.
Para mayor información y ayuda en línea vaya a:
www.state.il.us/dpa

Para más información sobre Medicare:
Para Español o Inglés llame al 1-800-772-1213 o al 1-800-325-0778 si necesita ayuda auditiva.
Para mayor información y ayuda en línea vaya a:
www.medicare.gov

Comisión para Cooperación Intergubernamental de Illinois
707 Stratton Building
Springfield, IL 62706
(217) 782-6924

http://www.legis.state.il.us/commission/igcc/igcc_home.html

"Preguntas Frecuentes"

Medicaid

¿Qué es?

Es un programa de seguro médico para familias de bajos ingresos y para las personas de la tercera edad que necesitan cuidados médicos en casas de asistencia. Recibe fondos tanto estatales como federales y es dirigido por el Estado. En Illinois el programa está dirigido por el Departamento de Ayuda Pública.

¿Quién está cubierto?

Generalmente, familias de bajos ingresos con niños e individuos de la tercera edad de bajos ingresos que necesitan cuidados médicos en casas de asistencia son elegibles para recibir Medicaid. Otras familias de bajos ingresos pueden ser elegibles para algunos beneficios. Algunas personas jubiladas que reciben Medicare son elegibles para recibir Medicaid para pagar las primas y los costos para recibir servicios así como para proveerlos de algunos servicios médicos que no están cubiertos por Medicare como medicamentos y cuidados médicos en casas de asistencia.

¿Qué cubre?

Medicaid cubre una amplia variedad de servicios de salud incluyendo cuidado en un hospital, servicios de un médico, planificación familiar y artículos necesarios, servicios para casas de asistencia, servicios médicos en el hogar, medicamentos con prescripción y servicios de ambulancia entre otros. (Vea el cuadro al reveso).

¿Cuánto cuesta?

Un pago por parte de los costos para cuidado en un hospital se ha requerido en los últimos 20 años. Desde enero del 2002 se requieren pagos para recibir otros servicios. Generalmente son pequeños, normalmente $1. Estos pagos no se requieren para niños (menores de 21 años), mujeres embarazadas o individuos en casas de asistencia.

Medicare

¿Qué es?

Un programa de seguro médico federal para personas de la tercera edad y trabajadores discapacitados jóvenes. Es dirigido por la Administración del Seguro Social.

¿Quién está cubierto?

Generalmente, trabajadores jubilados que son elegibles para recibir pagos del Seguro Social. Algunos trabajadores jóvenes que han sido incapacitados y que ya no pueden trabajar también son elegibles. Las personas que no son elegibles para recibir Seguro Social pero que tienen más de 65 años y son ciudadanos o residentes permanentes pueden comprar una cobertura de hospital. La gente con enfermedades terminales del riñón tienen derecho a cobertura hospitalaria sin importar su edad.

¿Qué cubre?

Hay dos partes en Medicare: La Parte A cubre costos de hospital; y la Parte B, la cual es opcional, cubre las cuotas de los médicos y algunas otros gastos médicos (Vea el cuadro al reverso). Una nueva opción, los planes de Medicare + CHOICE cubren la mayoría de los beneficios del Medicare regular y puede ofrecer servicios adicionales como medicinas para pacientes externos, visitas a un consultorio médico y exámenes de la vista.

¿Cuánto cuesta?

Para aquellos que son elegibles no tiene costo la Parte A, seguro de hospital; la Parte B se puede comprar. Para el 2002 la prima mensual para la Parte B es de $54. Además, existe un número de deducibles y costos para recibir varios de los servicios. El costo de Medicare + CHOICE varía de plan a plan.