

Los Planes Medicare Advantage



Esta es la guía oficial del gobierno que contiene información importante sobre:

- Cómo los planes Medicare Advantage son diferentes de Medicare Original
- Cómo funcionan los planes Medicare Advantage
- Cómo se puede inscribir en un plan Medicare Advantage



“Los planes de Medicare Advantage” no es un documento legal. Las pautas legales oficiales del programa de Medicare están descritas en las leyes, regulaciones y disposiciones correspondientes.

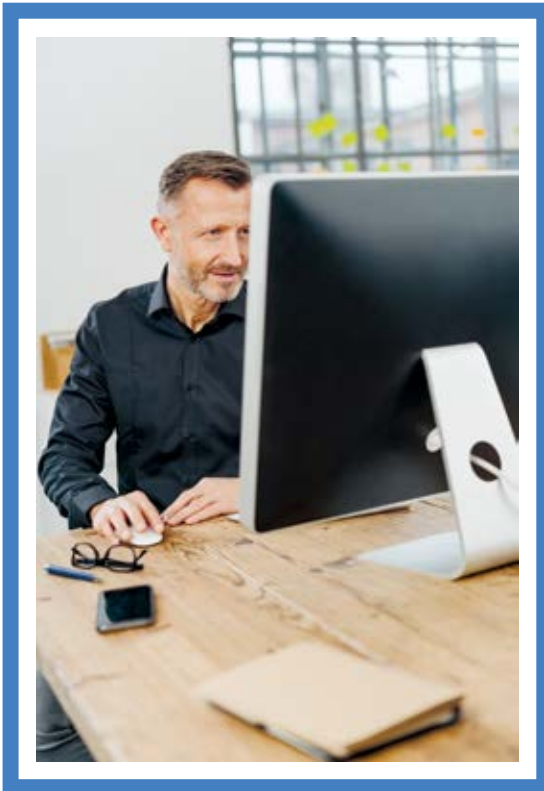
La información de esta publicación describe el programa de Medicare al momento de su impresión. Pueden surgir modificaciones posteriores a la impresión. Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener información más actualizada. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Contenido



Introducción	4
¿Cuáles son las diferencias entre Medicare Original y Medicare Advantage?.	5
¿Qué son los planes Medicare Advantage?	9
Cómo funcionan los planes Medicare Advantage	9
¿Qué está cubierto?	9
¿Cuáles son mis gastos?	10
¿Quién puede inscribirse en un plan de Medicare Advantage?.	12
¿Cuándo puedo inscribirme, cambiar o desafiarme de un plan de Medicare Advantage?	12
¿Cómo puedo inscribirme en un plan de Medicare Advantage?	13
¿Puedo inscribirme en un plan de Medicare Advantage si padezco de Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD, en inglés)?	14
Tipos de planes Medicare Advantage.	15
Comparación directa de planes de Medicare Advantage	24
¿Qué ocurre si tengo una póliza de Seguro Suplementario de Medicare (Medigap)?	25
¿Dónde puedo obtener más información?	26

Introducción



Cuando se inscribe en Medicare por primera vez y durante ciertas épocas del año (como la Inscripción Abierta), puede elegir cómo quiere recibir su cobertura de Medicare.

Tiene 2 formas principales de obtener Medicare:

- **Medicare Original** incluye la Parte A de Medicare (Seguro de Hospital) y la Parte B (Seguro Médico). Si desea tener cobertura de medicamentos, formas principales de obtener Medicare inscribirse en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare (Parte D).
- **Medicare Advantage (también conocido como “Parte C”)** es una alternativa integral al Medicare Original. Estos planes “combinados” la Parte A, Parte B y, usualmente, la Parte D. También podrían incluir beneficios que el Medicare Original no cubre.

Sus decisiones sobre el plan de salud de Medicare afectan cuánto pagará por la cobertura, cuáles servicios obtendrá, cuáles médicos podrá usar y la calidad del cuidado.

Aprendiendo sobre opciones de cobertura de Medicare, obteniendo ayuda de personas de confianza y comparando los diferentes planes le ayudará a entender todas las opciones disponibles para usted.

¿Cuáles son las diferencias entre Medicare Original y Medicare Advantage?

Medicare Original

- El Medicare Original incluye la Parte A (Seguro de Hospital) y Parte B (Seguro Médico) de Medicare.
- Si desea cobertura de medicamentos, tendrá que inscribirse en un plan separado de la Parte D.
- También es posible que necesite comprar cobertura suplementaria para ayudar con los costos de su bolsillo en el Medicare Original (como su deducible y 20% del coseguro).
- Puede usar cualquier médico u hospital que acepte Medicare, en cualquier lugar de los Estados Unidos.



Parte A



Parte B



Puede agregar:



Parte D



También puede agregar:



Cobertura suplementaria



(Algunos ejemplos incluyen cobertura de un seguro suplementario póliza (Medigap), o cobertura de un ex empleador o sindicato.)

Medicare Advantage

(también conocido como la Parte C)

- Medicare Advantage es una alternativa al Medicare Original (todo en un lugar). Este “conjunto” de planes incluyen las Partes A, B y usualmente la Parte D.
- Algunos planes pueden tener costos de su bolsillo más bajos que el Medicare Original.
- La mayoría de los planes ofrecen beneficios adicionales que el Medicare Original no cubre—como la visión, audición, cuidado dental y más.



Parte A



Parte B



La mayoría de los planes incluyen:



Parte D



Beneficios adicionales

Algunos planes también incluyen:



Costos/Gastos de su bolsillo más bajos

Medicare Original vs. Medicare Advantage

Su elección de médico y hospital

Medicare Original	Medicare Advantage
Usted puede consultar con cualquier médico que acepte Medicare, en cualquier parte de los Estados Unidos.	Es posible que necesite usar los médicos que participan en la red del plan. Pregúntele a su médico si participa en algún plan Medicare Advantage.
En la mayoría de los casos no se necesita un referido para ver a un especialista.	Puede que necesite un referido para ver a un especialista

Costo

Medicare Original	Medicare Advantage
Para los servicios cubiertos por la Parte B, generalmente paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare después de haber pagado su deducible.	Los gastos directos de su bolsillo varían —los planes pueden tener pocos o ningún gasto de su bolsillo.
Usted paga una prima (pago mensual) por la Parte B. Si elige comprar cobertura de medicamentos (Parte D), pagará esa prima por separado.	Usted paga por la prima del plan y por la prima mensual de la Parte B. Los planes pueden tener \$0 prima o ayudarán a pagar la totalidad o parte de su prima para la Parte B.
No hay un límite de cuánto paga de su bolsillo anualmente, a menos que tenga cobertura suplementaria (como una póliza Medigap).	Los planes tienen un límite anual de lo que usted paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y B de Medicare. Una vez alcance el límite de su plan, usted no paga por los servicios cubiertos por el resto del año.
Puede comprar cobertura suplementaria para ayudar con los gastos directos de su bolsillo (deducibles y 20% de copagos). O, puede usar la cobertura de un empleador o sindicato anterior, o Medicaid.	No puede comprar o usar cobertura suplementaria por separado.

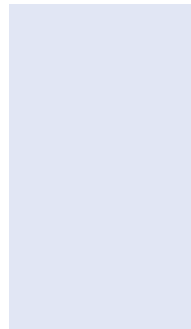
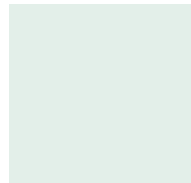
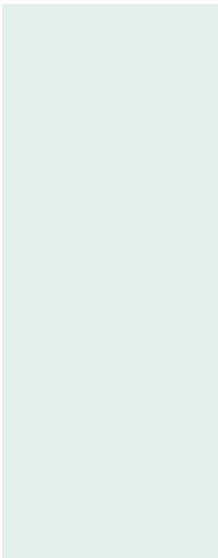
Medicare Original vs. Medicare Advantage (continuación)

Cobertura

Medicare Original	Medicare Advantage
Medicare Original cubre los servicios médicos y suministros en hospitales, consultorios médicos y otros entornos de atención médica.	Los planes deben cubrir todos los servicios que cubre el Medicare Original. Los planes pueden ofrecer beneficios adicionales que Medicare Original no cubre , como servicios para la visión, audición, dental y más.
Tendrá que inscribirse en un Plan de Medicare para Recetas Médicas (Parte D) para obtener cobertura de medicamentos. .	La cobertura de medicamentos recetados está incluida en la mayoría de los planes.
En la mayoría de los casos, no necesita autorización previa para servicios o suministros.	En algunos casos, necesita consultar con el plan antes de obtener un servicio o suministro para averiguar si está cubierto por el plan.

Viaje

Medicare Original	Medicare Advantage
El Medicare Original, por lo general, no ofrece cobertura fuera de los Estados Unidos . Usted necesita comprar un seguro suplementario que ofrezca cobertura de viajes.	Los planes usualmente no cubren el cuidado fuera de los Estados Unidos . Tampoco cubre cuidado, que no es de emergencia, fuera de la red del plan.



Planes Medicare Advantage

Resumen

¿Qué son los planes Medicare Advantage?

Los planes de Medicare Advantage son otra forma de obtener la cobertura de Medicare. Los planes de Medicare Advantage, a veces denominados “Parte C” o “planes de MA”, son ofrecidos por compañías privadas aprobadas por Medicare que deberán seguir las reglas establecidas por Medicare. Si usted se inscribe en un plan de Medicare Advantage, aún tendrá Medicare pero obtendrá la cobertura de la Parte A (Seguro de Hospital) y la Parte B (Seguro Médico) de Medicare del plan de Medicare Advantage, no de Medicare Original.

Cómo funcionan los planes Medicare Advantage

Cuando se inscribe en un plan de Medicare Advantage, Medicare paga una cantidad fija a la compañía que ofrece ese plan cada mes para su cobertura. Estas compañías deberán seguir las reglas de cobertura de Medicare. Los planes de Medicare Advantage tienen contratos anuales con Medicare. El plan le notificará a usted sobre cualquier cambio antes del comienzo de la inscripción para el próximo año.

Si usted se inscribe en un plan de Medicare Advantage, tendrá todos los mismos derechos y protecciones que tendría bajo Medicare Original.

¿Qué está cubierto?

Los planes de Medicare Advantage cubren todos los servicios de la Parte A y Parte B. Sin embargo, si usted está afiliado en un plan de Medicare Advantage, Medicare Original seguirá cubriendo los gastos de cuidado de hospicio, algunos nuevos beneficios de Medicare y algunos gastos de ensayos clínicos. En todos los tipos de planes de Medicare Advantage, usted siempre tendrá cobertura para el cuidado urgente y de emergencia.

Algunos planes de Medicare Advantage ofrecen cobertura adicional para cosas como servicios de la vista, audición, dentales y otros programas de salud y bienestar. Los planes tienen un **límite anual** en lo que usted paga de su bolsillo para servicios cubiertos bajo las Partes A y B. Una vez que haya alcanzado el límite de su plan, usted no pagará nada por los servicios cubiertos bajo las Partes A y B por el resto del año.

¿Qué está cubierto? (continuación)

Cobertura de medicamentos recetados

La mayoría de los planes de Medicare Advantage incluye la cobertura de Medicare para medicamentos recetados (Parte D). En ciertos tipos de planes que no incluyen cobertura de medicamentos (como planes de Cuentas de Ahorros Médicos y algunos planes particulares de Pago por Servicio), usted podría inscribirse en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare.

Nota: Si está en un plan que no ofrece cobertura de medicamentos y no tiene un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare, podría tener que pagar una multa por inscripción tardía si decide inscribirse en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare u obtener un plan con cobertura de medicamentos más luego. Visite es.Medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/part-d-late-enrollment-penalty para aprender más sobre la multa por inscripción tardía en la Parte D.

¿Cuáles son mis gastos?

Cada año, los planes fijan las cantidades que cobrarán en concepto de primas, deducibles y servicios. El plan (no Medicare) decide cuánto pagará usted por los servicios cubiertos que obtenga. Lo que paga al plan podrá cambiar solamente una vez al año, el 1.º de enero.

Usted debe pagar la prima de la Parte B. En 2019, la cantidad estándar de la prima de la Parte B es de \$135.50 (o más según su ingreso). Algunas personas con beneficios del Seguro Social pagan menos (\$130, en promedio).

Al calcular sus gastos de bolsillo en un plan de Medicare Advantage, además de su prima, deducible, copagos y coseguro, también debería considerar:

- Los tipos de servicios de cuidado médico que usted necesita y con qué frecuencia los recibe.
- Si usted se hace ver con un médico que acepta la asignación. La asignación significa que su médico o proveedor acuerda (o está obligado por ley) a aceptar la cantidad aprobada por Medicare como pago completo por los servicios cubiertos.
- Si el plan ofrece beneficios adicionales que requieren una prima adicional.
- Si usted tiene Medicaid o recibe ayuda de su estado con gastos de cuidado médico.

¿Cuáles son mis gastos? (continuación)

¿Qué es la diferencia entre un deducible, coseguro y copagos?

Deducibles—La cantidad que usted debe pagar por los servicios médicos o medicamentos antes de que el Medicare Original, su plan de medicamentos recetados u otro seguro comience a pagar.

Coseguro—La cantidad que usted podría tener que pagar por su parte de los costos de los servicios, después de haber pagado cualquier deducible. El coseguro generalmente es un porcentaje (por ejemplo, un 20%).

Copago—La cantidad que podría tener que pagar como su parte del costo de un servicio o suministro médico, como una consulta al médico, una visita como paciente ambulatorio o un medicamento recetado. En general, el copago es una cantidad fija, en lugar de un porcentaje. Por ejemplo, usted podría pagar \$10 o \$20 por una visita al médico o un medicamento recetado.

Más detalles sobre costos bajo cada plan

Si se inscribe en un plan de Medicare Advantage, revise las siguientes notificaciones que recibirá de su plan cada año:

- **“Aviso anual de cambios” (ANOC, en inglés)**. Incluye todos los cambios de cobertura, costos, área de servicio y más que entrarán en efecto a partir del mes de enero. Su plan le enviará una copia impresa para el 30 de septiembre.
- **“Evidencia de Cobertura” (EOC, en inglés)**. Le brinda detalles sobre lo que el plan cubre, cuánto paga usted y más. Su plan le enviará una notificación (o una copia impresa) para el 15 de octubre, la cual incluirá información de cómo tener acceso al EOC vía electrónica o solicitar una copia impresa.

Determinaciones de la organización

Puede solicitar la decisión de su plan por anticipado para saber si cubre un servicio, un medicamento o un suministro. También puede averiguar cuánto deberá pagar. **Esto se denomina una “determinación de la organización”**. En ocasiones, debe hacerlo a modo de autorización previa para que se cubra el servicio, el medicamento o el suministro.

Usted, su representante o su médico pueden solicitar una determinación de la organización. También tiene la opción de solicitar una decisión rápida, según sus necesidades de salud. Si su plan se rehúsa a brindar la cobertura, debe informarle a usted por escrito, y usted tiene derecho a una apelación.

Si un proveedor del plan lo deriva a un servicio o a un proveedor fuera de la red, pero no obtiene una determinación de la organización por adelantado, **eso se llama “atención dirigida por el plan”**. En la mayoría de los casos, no tendrá que pagar más que los costos compartidos habituales. Consulte con su plan para más información sobre esta protección.

¿Quién puede inscribirse en un plan de Medicare Advantage?

Usted se puede inscribir en un plan de Medicare Advantage si:

- Tiene la Parte A y Parte B.
- Vive en el área de servicio del plan.
- Usted es ciudadano estadounidense o está en los EE. UU. de manera legal.
- Usted no padece de Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD, en inglés), salvo como se explica en la página 14.

¿Qué debo hacer si tengo otra cobertura?

Hable con su patrono, sindicato u otro administrador de beneficios sobre sus reglas antes de inscribirse en un plan de Medicare Advantage. En determinados casos, si usted se inscribe en un plan de Medicare Advantage, aún podría usar la cobertura de su patrono o sindicato junto con el plan de Medicare Advantage. En otros casos, al inscribirse en un plan de Medicare Advantage, podría perder la cobertura del patrono o sindicato para usted, su cónyuge y sus dependientes.

¿Cuándo puedo inscribirme, cambiar o desafiliarme de un plan de Medicare Advantage?

You can only join, switch, or drop a Medicare Advantage Plan during the enrollment periods below:

- **Período de Inscripción Inicial**—Cuando usted se vuelve elegible para Medicare por primera vez, puede inscribirse durante el Período de inscripción inicial. Es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que usted cumplirá 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y se termina 3 meses después del mes en que usted cumplió 65 años.
Si se inscribe durante los primeros 3 meses de su Período de inscripción inicial, en la mayoría de los casos, su cobertura comenzará el primer día del mes de su cumpleaños. Sin embargo, si su cumpleaños cae el primer día del mes, su cobertura comenzará el primer día del mes anterior.
Si se inscribe durante el mes en que cumplirá 65 años o durante los últimos 3 meses de su Período de inscripción inicial, se atrasará la fecha de inicio de su cobertura.
- **Período de Inscripción General**—Si usted tiene la cobertura de la Parte A y obtiene la Parte B por primera vez durante el Período de inscripción general (entre el 1.º de enero— 31 de marzo de cada año), también podrá inscribirse en un plan de Medicare Advantage en ese momento. Su cobertura no puede comenzar hasta el 1.º de julio.
- **Período de Inscripción Abierta**—Entre el 15 de octubre—7 de diciembre, toda persona con Medicare puede inscribirse, cambiar o desafiliarse de un plan de Medicare Advantage. Su cobertura comenzará el 1.º de enero, siempre que el plan reciba su solicitud antes del 7 de diciembre.

Nota: En determinadas situaciones (por ejemplo, si usted se muda), podrá afiliarse, cambiar, o desafiliarse de planes en otros momentos.]

¿Puedo realizar cambios a mi cobertura después del 7 de diciembre?

Entre el 1ro de enero y el 31 de marzo de cada año, usted podrá realizar los siguientes cambios durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage**:

- Si está en un plan de Medicare Advantage (con o sin la cobertura de medicamentos), usted podrá cambiar a otro plan de Medicare Advantage (con o sin la cobertura de medicamentos).
- Puede abandonar su plan de Medicare Advantage y volver a Medicare Original.
- También podrá inscribirse en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. Durante este período, usted no podrá:
- Cambiar de Medicare Original a un plan de Medicare Advantage.
- Inscribirse en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare si usted tiene Medicare Original.
- Cambiar de un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare a otro si usted tiene Medicare Original

Solamente podrá realizar un cambio durante este período, y todo cambio que realice entrará en efecto el primer día del mes después de que el plan reciba su solicitud. Si usted está volviendo a Medicare Original y se está inscribiendo en un plan de medicamentos, no necesita contactar a su plan de Medicare Advantage para cancelar su inscripción. La cancelación de la inscripción ocurrirá de forma automática al inscribirse en el plan de medicamentos.

Nota: Si se inscribió en un plan de Medicare Advantage durante su Período de Inscripción Inicial, podrá cambiarse a otro plan de Medicare Advantage (con o sin cobertura de medicamentos) o volver a Medicare Original (con o sin plan de medicamentos) dentro de los primeros 3 meses en que usted tiene Medicare.

¿Qué hago si tengo una condición preexistente?

Usted puede inscribirse en un plan de Medicare Advantage aun si tiene una condición preexistente, salvo la Enfermedad Renal en Etapa Fina (ESRD, en inglés), para la cual existen reglas especiales. Vea “¿Puedo inscribirme en un plan de Medicare Advantage si padezco de Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD, en inglés)?” en la página 14.

¿Cómo puedo inscribirme en un plan de Medicare Advantage?

No todos los planes de Medicare Advantage funcionan de la misma manera. Antes de inscribirse, usted puede encontrar y comparar planes de salud de Medicare en su área en la página web [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare). Una vez que usted haya comprendido las reglas y costos del plan, inscríbese de una de las siguientes maneras:

- Visite el buscador de planes de Medicare en [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) y busque planes por código postal. También puede iniciar sesión para obtener resultados personalizados. Si tiene preguntas sobre un plan en particular, seleccione “Detalles del plan” para obtener la información de contacto del plan.

¿Cómo puedo inscribirme en un plan de Medicare Advantage? (continuación)

- Llene un formulario de inscripción impreso. Comuníquese con el plan para obtener un formulario de inscripción; luego, llénelo y envíeselo al plan. Todos los planes deben ofrecer esta opción.
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Cuando se inscribe en un plan de Medicare Advantage, tendrá que proporcionar los siguientes datos de su tarjeta de Medicare:

- Su número de Medicare.
- La fecha en que comenzó su cobertura bajo la Parte A y/o la Parte B.

Recuerde que, cuando se inscribe en un plan de Medicare Advantage, en la mayoría de los casos, **usted deberá usar la tarjeta de su plan de Medicare Advantage** para obtener los servicios cubiertos por Medicare. Para algunos servicios, se le puede pedir que muestre su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare..

¿Puedo inscribirme en un plan de Medicare Advantage si padezco de Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD, en inglés)?

Si padece de Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD en inglés), solamente podrá inscribirse en un plan de Medicare Advantage en determinadas situaciones:

- Si ya está en un plan de Medicare Advantage cuando se le diagnostica con ESRD, podrá permanecer en su plan o podría inscribirse en otro plan de Medicare Advantage que la misma compañía ofrece.
- Si está en un plan de Medicare Advantage, y el plan abandona Medicare o deja de proveer cobertura en su área, usted tendrá el derecho una sola vez de inscribirse en otro plan de Medicare Advantage.
- Si tiene un plan de patrono o sindicato u otra cobertura de salud a través de una compañía que ofrece plan(es) de Medicare Advantage, podría inscribirse en uno de los planes de Medicare Advantage de esa compañía. Si se ha determinado médicamente que ya no padece ESRD (por ejemplo, si ha recibido un trasplante de riñón exitoso), es posible que usted pueda inscribirse en un plan de Medicare Advantage.
- Es posible que pueda inscribirse en un Plan de Necesidades Especiales de Medicare (SNP, en inglés) que ofrece cobertura a personas con ESRD, de haber uno disponible en su área.

Para más información, visite [es.Medicare.gov/Publications](https://www.Medicare.gov/Publications) para ver el folleto “Cobertura Medicare de Diálisis Renal y Trasplante de Riñón.”

Tipos de planes Medicare Advantage

Existen diferentes tipos de planes de Medicare Advantage:

- Planes de Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO, en inglés): Vea las páginas 15–16.
- Planes de Organización de Proveedor Preferido (PPO, en inglés): Vea la página 17.
- Planes Privados de Pago por Servicio (PFFS, en inglés): Vea las páginas 18–19.
- Planes de Necesidades Especiales (SNP, en inglés): Vea las páginas 20–21.
- Planes de Cuentas de Ahorros Médicos (MSA, en inglés): Vea las páginas 22–23.

El área en que vive usted podría tener todos, algunos o ninguno de estos tipos de planes disponibles. Además, podría haber varios planes disponibles en su área dentro del mismo tipo, si las compañías privadas deciden ofrecerlos. Para ver los planes de Medicare Advantage que están disponibles para usted, visite es.Medicare.gov/plan-compare.

Planes de Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO, en inglés)

Un plan de una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO, en inglés) es un tipo de Plan de Medicare Advantage que usualmente proporciona cobertura de cuidado médico de médicos, especialistas u hospitales dentro de la red de su plan, salvo en situaciones de cuidado urgente o de emergencia.

Una red es un grupo de médicos, hospitales e instalaciones médicas que contratan con un plan para proporcionar servicios. La mayoría de las HMO además requieren que usted obtenga un referido de su médico de cabecera para cuidado de especialistas, para que su cuidado sea coordinado.

¿Puedo obtener cuidado médico de cualquier médico, otro proveedor de la salud u hospital?

En los planes de HMO, usted generalmente deberá obtener su cuidado y servicios de médicos u hospitales dentro de la red del plan, salvo para cuidado de emergencia, cuidado urgente fuera del área o diálisis fuera del área.

Tipos de planes Medicare Advantage (continuación)

Planes de Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO, en inglés) (continuación)

Usted pagará menos si se hace ver con médicos y usa instalaciones médicas que están en la red de su plan. Si recibe cuidado médico fuera de la red del plan, es posible que tenga que pagar el costo completo. Es importante que usted siga las reglas del plan, como obtener aprobación previa para un servicio determinado cuando sea necesario. En la mayoría de los casos, tendrá que elegir un médico de cabecera. Ciertos servicios, como las mamografías anuales, no necesitan referidos. Su plan le notificará si su médico u otro proveedor abandonan la red del plan. Usted podrá elegir otro médico dentro de la red del plan.

Planes de Punto-de-Servicio de HMO (HMOPOS, en inglés) son planes de HMO que **podrían permitir que usted obtenga algunos servicios fuera de la red por un copago o coseguro más alto**. Es importante que usted siga las reglas del plan, como obtener aprobación previa para un servicio determinado cuando sea necesario.

La parte de POS del plan tiene un deducible separado. El cuidado que recibe dentro de la red a través de la HMO tiene un deducible diferente al cuidado que recibe fuera de la red a través del POS. Usted deberá satisfacer los dos deducibles por separado.

¿Están cubiertas sus recetas médicas?

En la mayoría de los casos, los medicamentos recetados son cubiertos bajo los planes de HMO de Medicare. Si desea cobertura de medicamentos, usted deberá inscribirse en un plan de HMO que incluya cobertura de medicamentos recetados. Si se inscribe en una HMO que no incluye cobertura de medicamentos recetados, no podrá obtener un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare (Parte D) por separado.

Tipos de planes Medicare Advantage (continuación)

Planes de Organización de Proveedor Preferido (PPO)

Un plan de una organización de Proveedor Preferido (PPO, en inglés) es un plan de Medicare Advantage que tiene una red de médicos de cuidado primario, especialistas y hospitales a que usted puede acudir. También puede hacerse ver con cualquier médico, especialista u hospital que no está en la lista del plan (fuera de la red), pero usualmente le costará más. Ya que determinados proveedores son “preferidos” (tal como el nombre sugiere), usted puede ahorrar dinero utilizando éstos.

¿Puedo obtener cuidado médico de cualquier médico, otro proveedor de la salud u hospital?

En la mayoría de los casos, usted puede obtener su cuidado médico de cualquier médico, otro proveedor de la salud u hospital con los planes de PPO.

Los planes de PPO tienen médicos, otros proveedores de la salud y hospitales de su red. Cada plan le brinda la opción de hacerse ver con médicos, especialistas u hospitales que no están en la lista del plan, pero usualmente costará menos si usted elige obtener su cuidado de un proveedor de la red.

Puede obtener cuidado de especialistas sin referido o autorización previa de otro médico. Si usa los especialistas del plan, sus gastos por servicios cubiertos usualmente serán menores a los de especialistas que no son del plan.

¿Están cubiertas sus recetas médicas?

En la mayoría de los casos, los medicamentos recetados son cubiertos bajo los planes de PPO. Si desea cobertura de medicamentos de Medicare, deberá inscribirse en un plan de PPO que incluya cobertura de medicamentos recetados. Si se inscribe en un plan de PPO que no incluye cobertura de medicamentos recetados, no podrá inscribirse en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare (Parte D) por separado.

Tipos de planes Medicare Advantage (continuación)

Planes Privados de Pago por Servicio (PFFS)

Un plan privado de Pago por Servicio (PFFS, en inglés) es un plan de Medicare Advantage que una compañía de seguros privada ofrece. Un plan de PFFS no es lo mismo como Medicare Original o una póliza suplementaria de Medicare (Medigap).

¿Puedo obtener cuidado médico de cualquier médico, otro proveedor de la salud u hospital?

Puede visitar a cualquier proveedor aprobado por Medicare, como un médico, otro proveedor de la salud u hospital que acepte los términos de pago del plan y esté de acuerdo en brindarle tratamiento. Si se inscribe en un plan de PFFS que tiene una red, también puede hacerse ver con todos los proveedores de la red que hayan acordado a siempre tratar a los miembros del plan. Además, puede elegir un médico, hospital u otro proveedor fuera de la red que acepte los términos del plan, pero podría tener que pagar más.

Antes de obtener cualquier servicio, pregunte a su médico u hospital si se comunicarán con el plan sobre la información de pago y si aceptarán los términos de pago del plan. Si necesita cuidado de emergencia, será cubierto sin importar si el proveedor acepta los términos de pago del plan o no.

Si su proveedor acepta los términos y condiciones de pago del plan

El proveedor deberá seguir los términos de condiciones de pago del plan y facturar al plan por los servicios que le provean a usted. Sin embargo, el proveedor puede decidir en cada visita si aceptará el plan y acepta tratarlo.

Si su proveedor no acepta los términos y condiciones de pago del plan

El proveedor no debería proporcionarle servicios salvo en emergencias, y usted tendrá que buscar otro proveedor que acepte el plan de PFFS.

Si el proveedor elige tratarlo a usted, no podrán facturarle. Deberán facturar al plan por los servicios médicos cubiertos. Usted solamente se verá obligado a pagar el copago o coseguro permitido por el plan por los tipos de servicios que usted recibe en el momento del servicio. Usted podría tener que pagar una cantidad adicional (hasta un 15% adicional) si el plan permite que los proveedores “facturen el saldo” (cuando un proveedor factura a usted por la diferencia entre lo que cobra el proveedor y la cantidad permitida).

Tipos de planes Medicare Advantage (continuación)

¿Están cubiertos los medicamentos recetados?

Los medicamentos recetados podrían ser cubiertos en un plan de PFFS. Si desea tener cobertura de medicamentos recetados de Medicare, y el plan la ofrece, usted deberá obtener su cobertura de medicamentos recetados de Medicare de ese plan.

Si el plan de PFFS no ofrece cobertura de medicamentos, usted puede inscribirse en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare (Parte D) separado para obtener esa cobertura.

Tipos de planes Medicare Advantage (continuación)

Planes de Necesidades Especiales (SNP, en inglés)

Un plan de Necesidades Especiales (SNP, en inglés) proporciona beneficios y servicios para personas con enfermedades o necesidades de salud específicas. Los SNP adaptan sus beneficios, opciones de proveedores y formularios de medicamentos para mejor satisfacer las necesidades específicas de los grupos a que sirven.

Los SNP cubren los mismos servicios de Medicare que todos los planes de Medicare Advantage cubren. Los SNP de Medicare podrían cubrir servicios adicionales para los grupos especiales a que sirven. Por ejemplo, si usted padece de una afección grave o crónica, como cáncer o insuficiencia cardíaca crónica, y necesita ser internado en el hospital, un SNP podría cubrir días adicionales en el hospital.

Usted podría reunir los requisitos para un SNP si vive dentro del área de servicio del plan y satisface alguno de los siguientes requisitos:

- Padece de una enfermedad crónica, como uno o más de las afecciones a continuación (también denominada un **SNP para afecciones crónicas OC-SNP**):
 - Dependencia crónica del alcohol y otras sustancias
 - Trastornos autoinmunes
 - Cáncer (con excepción de afecciones precancerosas)
 - Trastornos cardiovasculares
 - Insuficiencia cardíaca crónica
 - Demencia
 - Diabetes mellitus
 - Enfermedad Hepática en Etapa Final
 - Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD, en inglés) que requiere diálisis (cualquier forma de diálisis)
 - Trastornos hematológicos graves
 - VIH/Sida
 - Trastornos pulmonares crónicos
 - Trastornos de salud mental crónicos e incapacitantes
 - Trastornos neurológicos
 - Derrame cerebral

Tipos de planes Medicare Advantage (continuación)

Planes de Necesidades Especiales (SNP, en inglés) (continuación)

- Usted vive en una institución (como un asilo para ancianos), o necesita cuidado de enfermería en casa (**también denominado un SNP Institucional o I-SNP**).
- Usted tiene tanto Medicare como Medicaid (también denominado un **SNP de Doble Elegibilidad o D-SNP**).

Cada SNP limita su membresía a personas en uno de estos grupos, o una parte de uno de estos grupos. Usted solamente puede mantenerse inscrito en un SNP si sigue satisfaciendo las condiciones especiales del plan.

¿Puedo obtener cuidado médico de cualquier médico, otro proveedor de la salud u hospital?

En general debe atenderse con médicos, otros proveedores de servicios de salud u hospitales que se encuentran en la red del plan (salvo en casos de cuidado de emergencia, cuidado urgente o diálisis fuera del área).

En la mayoría de los casos, los SNP podrán requerir que usted tenga un médico de cabecera, o el plan podrá requerir que usted tenga un coordinador de cuidado para ayudar con su cuidado médico. Un coordinador de cuidado es alguien que ayuda a asegurar que las personas obtengan el cuidado e información correcta. Por ejemplo, un SNP para personas con diabetes podría usar un coordinador de cuidado para ayudar a los miembros a vigilar el azúcar en la sangre y seguir sus dietas.

Los planes SNP suelen tener médicos especialistas en las enfermedades o afecciones que afectan a sus miembros. Por lo general, usted deberá obtener su cuidado y servicios de médicos u hospitales dentro de la red del plan, salvo:

- Cuando usted necesita cuidado urgente o de emergencia, como cuidado por una enfermedad o lesión repentina que necesita cuidado médico inmediato.
- Si usted padece de Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD, en inglés) y necesita diálisis fuera del área.

¿Están cubiertas sus recetas médicas?

Todos los SNP deben ofrecer cobertura de recetas médicas para Medicare (Parte D).

Tipos de planes Medicare Advantage (continuación)

Planes de Cuentas de Ahorros Médicos

Los planes de Cuentas de Ahorros Médicos (MSA, en inglés) combinan un plan de seguro de deducible alto con una cuenta de ahorros médicos que usted puede usar para pagar los costos de su cuidado médico.

1. **Plan de salud de deducible alto:** La primera parte de un plan de MSA es una forma especial de un plan de Medicare Advantage de deducible alto. El plan solamente comenzará a cubrir sus costos una vez que usted satisfaga un deducible anual alto, el cual varía según el plan.
2. **Cuenta de Ahorros Médicos (MSA, en inglés):** La segunda parte de un plan de MSA es una forma especial de una cuenta de ahorros. El plan de MSA deposita dinero en su cuenta. Usted puede elegir usar el dinero de esta cuenta de ahorros para el pago de los costos de su cuidado antes de satisfacer el deducible.

Además de los servicios de la Parte A y Parte B de Medicare que todos los planes de MSA deberán cubrir, algunos planes de MSA podrían cubrir beneficios adicionales por un costo adicional, tal como:

- Servicios dentales
- Servicios de la vista
- Cuidado a largo plazo que no es cubierta por Medicare

¿Puedo obtener cuidado médico de cualquier médico, otro proveedor de la salud u hospital?

Con un plan de MSA, usted puede elegir sus servicios y proveedores de la salud.

¿Están cubiertas sus recetas médicas?

Si se inscribe en un plan de MSA, tendrá que inscribirse en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare (Parte D) para obtener cobertura de medicamentos.

Sin embargo, si usted se inscribe en un plan de MSA y ya cuenta con una póliza de Medigap con cobertura de medicamentos (algunas pólizas que se vendieron antes del 1ro de enero de 2006 ofrecían cobertura de medicamentos), usted puede seguir usando esta cobertura para pagar una parte de sus medicamentos.

Una vez que haya decidido cuál plan de MSA usted desea, tendrá que comunicarse con el plan para la información de inscripción y para inscribirse. Una vez se haya inscrito, el plan le avisará cómo establecer su cuenta con un banco elegido por el plan. Usted deberá establecer esta cuenta antes de que se pueda procesar su inscripción. Después de recibir una carta del plan avisándole cuándo comenzará su cobertura:

Tipos de planes Medicare Advantage (continuación)

Planes de Cuentas de Ahorros Médicos (continuación)

1. Medicare entrega al plan una cantidad de dinero cada año para su cuidado médico.
2. El plan deposita dinero en su cuenta en nombre de usted. Usted no puede depositar su propio dinero.
3. Usted puede usar el dinero de la cuenta para pagar los costos de su cuidado, incluidos los costos de cuidado médico no cubierto por Medicare. Cuando usa el dinero de la cuenta para servicios cubiertos bajo la Parte A y Parte B de Medicare, se aplica al deducible de su plan.
4. Si usa todo el dinero de su cuenta y tiene gastos de bolsillo adicionales, tendrá que pagar por los servicios cubiertos por Medicare de su propio bolsillo hasta satisfacer el deducible de su plan.
5. Durante el tiempo en que usted paga del bolsillo para servicios antes de satisfacer el deducible, los médicos y otros proveedores no le pueden cobrar más de la cantidad aprobada por Medicare.
6. Luego de satisfacer su deducible, su plan pagará los servicios cubiertos por Medicare.
7. El dinero aún está en su cuenta al final del año permanece en la cuenta, y se podrá usar para gastos de cuidado médico en años futuros. Si usted mantiene el mismo plan de MSA el año siguiente, el depósito nuevo se añadirá a la cantidad restante del año anterior.

Planes de MSA y sus impuestos

Si usted usa fondos de su cuenta, deberá incluir el Formulario del IRS 8853 con información sobre cómo usó el dinero de su cuenta al presentar sus impuestos.

Cada año, usted debería recibir un formulario 1099-SA de su banco que incluye todos los retiros de su cuenta. Usted tendrá que mostrar que tuvo Gastos médicos calificados de esta cantidad o más, o podría tener que pagar impuestos y multas adicionales.

Para una lista de servicios y productos que califican como Gastos médicos calificados y para otra información sobre los impuestos, visite irs.gov/forms-pubs/about-publication-969 (en inglés) para obtener una copia gratuita de la publicación del IRS #969 para el año fiscal correspondiente para obtener más información acerca del formulario de impuestos 8853.

Comuníquese con su asesor financiero personal (si tiene uno) para asesoramiento y consejos acerca de cómo elegir un plan de MSA podría afectar su situación económica.

Comparación directa de planes de Medicare Advantage

La tabla a continuación muestra información básica sobre cada tipo de plan de Medicare Advantage.

	HMO	PPO	PFFS	SNP	MSA
Prima ¿Tengo que pagar una prima mensual?	Sí Podría cobrar una prima adicional a la prima de la Parte B.	Sí Podría cobrar una prima adicional a la prima de la Parte B.	Sí Podría cobrar una prima adicional a la prima de la Parte B.	Sí Podría cobrar una prima adicional a la prima de la Parte B.	No No tendrá que pagar una prima mensual, pero seguirá pagando la prima mensual de la Parte B.
Medicamentos ¿El plan ofrece cobertura de medicamentos recetados de Medicare?	Usualmente Si se inscribe en una HMO que no ofrece cobertura de medicamentos, no podrá obtener un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare por separado.	Usualmente Si se inscribe en un plan de PPO que no ofrece cobertura de medicamentos, no podrá obtener un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare por separado.	Usualmente Si se inscribe en un plan de PFFS que no ofrece cobertura de medicamentos, podrá obtener un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare.	Sí Todos los SNP deberán ofrecer cobertura de medicamentos recetados de Medicare.	No Tendrá que inscribirse en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. Si ya cuenta con una póliza de Medigap con cobertura de medicamentos, podrá seguir usando esta cobertura para pagar una parte de sus medicamentos.
Proveedores ¿Puedo usar cualquier médico u hospital que acepta Medicare por los servicios cubiertos?	Quizá Por lo general, deberá hacerse ver con médicos, otros proveedores de servicios de salud u hospitales que se encuentran en la red del plan (salvo en caso de cuidado de emergencia o diálisis fuera del área). En un HMOPOS, podría obtener algunos servicios fuera de la red por un copago o coseguro más alto.	Sí Cada plan tiene una red de médicos, hospitales y otros proveedores que usted puede usar. Sus costos podrán ser más altos si usa proveedores fuera del plan.	Sí Puede visitar a cualquier médico aprobado por Medicare, otro proveedor de servicios de salud u hospital que acepte los términos de pago del plan y esté de acuerdo en brindarle tratamiento . Si el plan tiene una red, usted puede usar cualquiera de los proveedores de la red (si se hace ver con un proveedor de fuera de la red que acepta los términos del plan, podría pagar más).	No Por lo general, deberá obtener su cuidado y servicios de médicos u hospitales de la red del SNP (salvo en el caso de cuidado urgente o de emergencia, o si padece de Enfermedad Renal en Etapa Final y necesita diálisis fuera del área).	Sí Usted tiene la flexibilidad de elegir sus servicios y proveedores de la salud.
Referidos ¿Necesito un referido de mi médico para hacerme ver con un especialista?	Sí	No	Quizá Los planes pueden variar.	Quizá	No

¿Qué ocurre si tengo una póliza de Seguro Suplementario de Medicare (Medigap)?

Las pólizas Medigap no son compatibles con los planes de Medicare Advantage. Si tiene una póliza de Medigap y se inscribe en un plan de Medicare Advantage, debería pensar en discontinuar su póliza de Medigap. No puede usar su póliza de Medigap para pagar los copagos, deducibles y primas del plan de Medicare Advantage.

Si desea anular su póliza de Medigap, comuníquese con la compañía de seguros que ofrece su póliza. Si usted anula la póliza de Medigap, es posible que no podrá obtener la misma o, en algunos casos, ninguna póliza de Medigap después. Si ya tiene un plan de Medicare Advantage, es ilegal que le vendan una póliza de Medigap, a menos que usted esté por volver a Medicare Original.

Si se inscribe en un plan de Medicare Advantage por primera vez y decide que el plan no es el indicado para usted, tendrá un derecho especial (que se denomina un “derecho de prueba”) para comprar una póliza de Medigap. Tiene este derecho si vuelve a Medicare Original dentro de 12 meses de haberse inscrito.

- Si tenía una póliza de Medigap antes de inscribirse, es posible que pueda recuperar la misma póliza si la compañía todavía la tiene en venta. Si no está disponible, puede adquirir otra póliza de Medigap.
- La póliza de Medigap ya no puede tener cobertura de medicamentos recetados aunque la haya tenido antes, pero usted puede inscribirse en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare.
- Si se inscribió en un plan de Medicare Advantage al volverse elegible para Medicare por primera vez, podrá elegir cualquier póliza de Medigap que esté disponible en su estado.

A partir del 1 de enero de 2020, los planes Medigap vendidos a personas que son nuevas en Medicare no podrán cubrir el deducible de la Parte B. Debido a esto, los Planes C y F no estarán disponibles para las personas que son elegibles recientemente para Medicare a partir del 1 de enero de 2020. Si ya tiene uno de estos 2 planes (o la versión de deducible alto del Plan F) o está cubierto por uno de estos planes antes del 1 de enero de 2020, podrá conservar su plan. Si era elegible para Medicare antes del 1 de enero de 2020, pero aún no estaba inscrito, es posible que pueda comprar uno de estos planes.

¿Dónde puedo obtener más información?

- **Buscador de planes de Medicare**

El Buscador de planes de Medicare es un recurso virtual que le ayuda a ver y comparar todas las opciones de planes de medicamentos y salud. Para buscar y comparar los planes disponibles en [es.Medicare.gov/plan-compare](https://www.Medicare.gov/plan-compare) y buscar por código postal. También puede iniciar sesión en [MiMedicare.gov](https://www.MiMedicare.gov) para resultados personalizados.

- **1-800-MEDICARE**

La línea de Medicare puede ayudarle con preguntas específicas relativa a la facturación, reclamaciones, expedientes médicos, gastos y más. Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

- **Programas Estatales de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP, en inglés)**

Los SHIP son programas estatales que reciben dinero del gobierno federal para brindar asesoría gratuita sobre seguros de salud locales a personas con Medicare. Los SHIP no están relacionados con ninguna compañía de seguros ni plan de salud. Los voluntarios de los SHIP pueden ayudarle con las siguientes preguntas o dudas acerca de Medicare:

- Sus derechos con Medicare
- Problemas de facturación
- Querellas sobre su cuidado médico o tratamiento
- Opciones de planes
- Cómo funciona Medicare con otros seguros
- Buscando ayuda para pagar costos de cuidado médico

Puede obtener el número de teléfono del SHIP de su estado visitando shiptacenter.org o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono de texto (TTY) pueden llamar al 1-877-486-2048.

- **Planes de Medicare Advantage**

Comuníquese con los planes que le interesan para información detallada sobre los costos y la cobertura.

Comunicaciones accesibles de CMS

Para ayudar a garantizar que las personas con incapacidades tengan la misma oportunidad de participar en nuestros servicios, actividades, programas y otros beneficios, brindamos comunicaciones en formatos accesibles. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) brindan ayuda y servicios auxiliares gratuitos, incluyendo información en formatos accesibles como Braille, letra grande, archivos de datos/audio, servicios de retransmisión y comunicaciones TTY. Si solicita información en un formato accesible de CMS, no se verá perjudicado por el tiempo adicional necesario para proporcionarla. Esto significa que obtendrá tiempo adicional para tomar cualquier medida si hay un retraso en el cumplimiento de su solicitud.

Para solicitar información de Medicare o del Mercado en un formato accesible, puede:

1. Llamarnos:

Para Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) TTY: 1-877-486-2048

2. Enviar un correo electrónico: [to altformatrequest@cms.hhs.gov](mailto:altformatrequest@cms.hhs.gov).

3. Enviar un fax: 1-844-530-3676

4. Enviar una carta a:

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
Oficinas de Audiencias e Investigaciones (OHI)
7500 Security Boulevard, Mail Stop S1-13-25
Baltimore, MD 21244-1850

Atención: Personal de Recursos de Accesibilidad al Cliente

Su solicitud debe incluir su nombre, número de teléfono, tipo de información que necesita (si se conoce) y la dirección postal a la que debemos enviar los materiales. Podríamos comunicarnos con usted para obtener información adicional.

Nota: Si está inscrito en un plan Medicare Advantage o un plan de medicamentos recetados de Medicare, comuníquese con su plan para solicitar su información en un formato accesible. Para Medicaid, comuníquese con su oficina estatal o local de Medicaid.

Aviso de no discriminación

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) no excluyen, no niegan beneficios ni discriminan de manera alguna a ninguna persona por su raza, color, origen, incapacidad, sexo o edad para la admisión, participación o recepción de los servicios y beneficios de cualquiera de sus programas y actividades, sean estos realizados por los CMS directamente o a través de un contratista de cualquier otra entidad con el que los CMS coordinen la realización de sus programas y actividades.

Puede comunicarse con CMS de cualquiera de las maneras incluidas en este aviso si tiene alguna duda sobre cómo obtener información en un formato que pueda utilizar.

También puede presentar una queja si cree que ha sido objeto de discriminación en un programa o actividad de CMS, incluyendo problemas para obtener información en un formato accesible de cualquier plan Medicare Advantage, plan de medicamentos recetados de Medicare, oficina de Medicaid estatal o local, o Planes de salud calificados del Mercado. Hay tres formas de presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.:

1. **En línea** en hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html.
2. **Por teléfono:** Llame al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-537-7697.
3. **Por escrito:** Envíe información sobre su queja a:

Oficina de Derechos Civiles
Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201



DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

7500 Security Boulevard
Baltimore, Maryland 21244-1850

Asunto oficial

Penalidad por uso privado, \$300

CMS Producto No. 12026-S

Septiembre 2019

Explicando los Planes Medicare Advantage

- Medicare.gov
- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
- TTY: 1-877-486-2048

Do you need a copy in English?

Call 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

