

# 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.

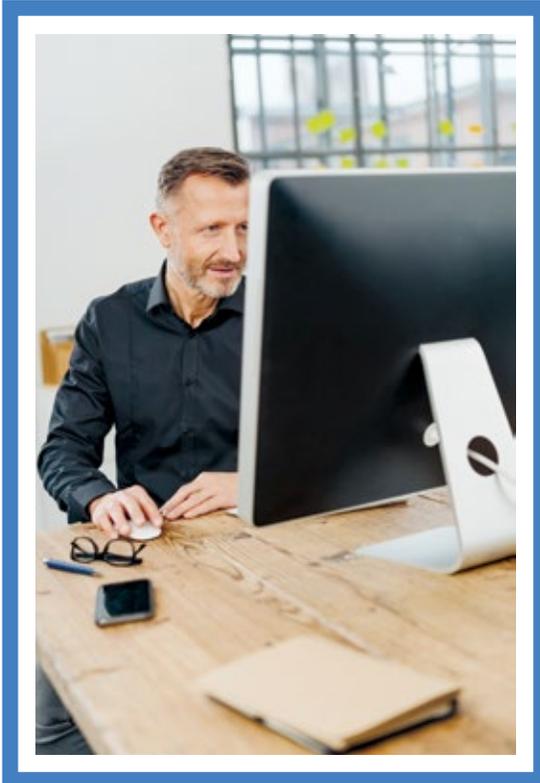
La información de esta publicación describe el programa de Medicare al momento de su impresión. Pueden surgir modificaciones posteriores a la impresión. Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener información más actualizada. Los usuarios de 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 cubren los planes Medicare Advantage? . . . . .	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? . . . . .	13
¿Cómo puedo inscribirme en un plan de Medicare Advantage? . . . . .	14
Tipos de planes Medicare Advantage. . . . .	15
¿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, 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 - como visión, audición, odontología y más.

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).



Parte A



Parte B



Puede agregar:



Parte D



También puede agregar:



Cobertura suplementaria



Esto incluye el Seguro Suplementario de Medicare (Medigap). O puede utilizar la cobertura de Medicaid o un antiguo 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.
- Algunos planes ofrecen beneficios adicionales que el Medicare Original no cubre—como la visión, audición y cuidado dental.



Parte A



Parte B



La mayoría de los planes incluyen:



Parte D



Algunos planes también incluyen:



Costos/Gastos de su bolsillo más bajos



Beneficios adicionales

## Medicare Original vs. Medicare Advantage

### Su elección de médico y hospital

Medicare Original	Medicare Advantage
Usted puede consultar <b>con cualquier médico que acepte Medicare, en cualquier parte de los Estados Unidos.</b>	Es posible que necesite usar los <b>médicos y otros proveedores que participan en la red del plan</b> y área de servicio para los costos más bajos. Algunos planes no cubren los servicios de proveedores fuera de la red y el área de servicio del plan.
En la mayoría de los casos <b>no se necesita</b> un referido para ver a un especialista.	Puede que <b>necesite</b> un referido para ver a un especialista

### Costo

Medicare Original	Medicare Advantage
Para los servicios cubiertos por la Parte B, <b>generalmente paga el 20% de la cantidad aprobada</b> por Medicare después de haber pagado su deducible. A esto se le llama coseguro.	<b>Los gastos directos de su bolsillo varían</b> —los planes pueden tener pocos o ningún gasto de su bolsillo.
Usted <b>paga una prima (pago mensual) por la Parte B.</b> Si inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare (Parte D), pagará esa prima por separado.	Usted <b>paga por la prima del plan y por la prima mensual de la Parte B.</b> (La mayoría de los planes incluyen la cobertura de medicamentos (Parte D). Los planes pueden tener \$0 prima o ayudarán a pagar la totalidad o parte de su prima para la Parte B.
<b>No hay un límite</b> de cuánto paga de su bolsillo, a menos que tenga cobertura suplementaria (como una póliza Medigap).	Los planes tienen un <b>límite anual</b> 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 <b>comprar</b> Medigap 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.	<b>No puede comprar y no necesita Medigap.</b>

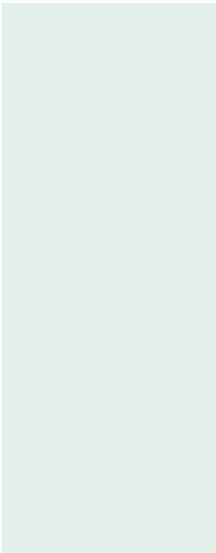
## Medicare Original vs. Medicare Advantage (continuación)

### 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. <b>Los planes ofrecen beneficios adicionales que Medicare Original no cubre</b> , como servicios para la visión, audición, exámenes de rutina, dental y más. Los planes ahora cubren más de estos beneficios.
Puede inscribirse en un <b>plan de medicamentos de Medicare (Parte D) aparte</b> para obtener cobertura de medicamentos.	<b>La cobertura de medicamentos (Parte D) está incluida en la mayoría de los planes.</b> En la mayoría de los planes Medicare Advantage, no es necesario que se inscriba en un plan de medicamentos de Medicare aparte.
En la mayoría de los casos, no necesita autorización previa para que el Medicare Original cubra los servicios o suministros.	En algunos casos, necesita consultar con el plan antes de obtener un servicio o suministro para que el plan lo cubra.

### Viaje

Medicare Original	Medicare Advantage
El Medicare Original, por lo general, <b>no ofrece cobertura fuera de los Estados Unidos.</b> Usted necesita comprar un seguro suplementario que ofrezca cobertura de viajes.	Los planes usualmente <b>no cubren el cuidado fuera de los Estados Unidos.</b>



# Planes Medicare Advantage

## ¿Qué son los planes Medicare Advantage?

Un plan Medicare Advantage es otra forma de obtener su cobertura de las Partes A y B de Medicare. Los planes Medicare Advantage, a veces llamados “Parte C”, son ofrecidos por compañías privadas aprobadas por Medicare que deben seguir las reglas establecidas por Medicare. La mayoría de los planes Medicare Advantage incluyen cobertura de medicamentos (Parte D). Hay varios tipos de planes Medicare Advantage (vea la página 15). Cada uno de estos tipos de planes Medicare Advantage tiene reglas especiales sobre cómo obtener los servicios de las Partes A y B cubiertos por Medicare y los beneficios adicionales de su plan. Si se inscribe en un plan Medicare Advantage, seguirá teniendo Medicare, pero obtendrá la mayor parte de la cobertura de la Parte A y la Parte B de su plan Medicare Advantage, no de Medicare Original.

Debe usar la tarjeta de su plan Medicare Advantage para obtener sus servicios cubiertos por Medicare. Guarde su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en un lugar seguro porque la necesitará si alguna vez regresa al Medicare Original.

## Cómo funcionan los planes Medicare Advantage

Cuando se inscribe en un plan Medicare Advantage, Medicare paga una cantidad fija cada mes a la compañía que ofrece su plan Medicare Advantage para su cobertura. Las empresas que ofrecen planes Medicare Advantage deben seguir las reglas establecidas por Medicare. Sin embargo, cada plan Medicare Advantage puede cobrarle diferentes costos de su bolsillo y tener diferentes reglas sobre cómo obtener los servicios (como si necesita un referido para ver a un especialista o si tiene que ir a médicos, centros o proveedores que pertenecen a la red del plan para atención que no sea de emergencia o de urgencia). Estas reglas pueden cambiar cada año. El plan debe notificarle sobre cualquier cambio antes del inicio del próximo año de inscripción.

Si se inscribe en un plan Medicare Advantage, tendrá los mismos derechos y protecciones que tendría con Medicare Original.

## ¿Qué cubren los planes Medicare Advantage?

Los planes de Medicare Advantage cubren casi 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.

## ¿Qué cubren los planes Medicare Advantage? (continuación)

La mayoría de los planes de Medicare Advantage ofrecen cobertura para algunas cosas que el Medicare Original no cubre, como servicios de la vista, audición, dentales y otros programas de salud y bienestar (como membresías o descuentos en gimnasios). Los planes tienen un **límite anual** en lo que usted paga de su bolsillo para servicios cubiertos bajo las Partes A y B de Medicare. 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.

### **Cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D)**

La mayoría de los planes de Medicare Advantage incluye la cobertura de Medicare para medicamentos (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 de Medicare.

Sin embargo, si se inscribe en un plan de Organización de Mantenimiento de la Salud o de Organización de Proveedores Preferidos que no cubre medicamentos, no puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare aparte. Vea las páginas 15–24 para más información.

**Nota:** Si está en un plan que no ofrece cobertura de medicamentos y no tiene un plan de medicamentos de Medicare, podría tener que pagar una multa por inscripción tardía si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare u obtener. Visite [Medicare.gov/drug](https://www.Medicare.gov/drug) 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 2020, la cantidad estándar de la prima de la Parte B es de \$144.60 (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 (además de los beneficios del Medicare Original) que requieren un costo adicional.
- Si usted tiene Medicaid o recibe ayuda de su estado a través de un Programa de Ahorros de Medicare para pagar sus costos de Medicare.

## ¿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:** 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:** 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. Un representante es alguien que puede nombrar para que lo ayude. Su representante puede ser un familiar, amigo, defensor, abogado, asesor financiero, médico o cualquier otra persona que actúe en su nombre. Según sus necesidades de salud, usted, su representante o su médico pueden solicitar una decisión rápida sobre la solicitud de determinación de su organización. 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?

Para inscribirse en un plan Medicare Advantage, debe:

- Tener la Parte A y Parte B.
- Vivir en el área de servicio del plan.

### ¿Qué hago si tengo una condición preexistente?

Puede inscribirse en un plan Medicare Advantage incluso si tiene una afección preexistente.

### ¿Qué hago si tengo una enfermedad renal en etapa final (ESRD)?

Si tiene ESRD, puede inscribirse en un plan Medicare Advantage durante la Inscripción Abierta (del 15 de octubre al 7 de diciembre de 2020) para obtener cobertura a partir del 1 de enero de 2021.

En muchos de los planes Medicare Advantage, usted deberá utilizar proveedores que participen en la red y el área de servicio del plan. Antes de inscribirse, es posible que desee consultar con sus proveedores y el plan que está considerando para asegurarse de que los proveedores que visita actualmente (como su centro de diálisis o su médico de riñón), o desea ver en el futuro (como un especialista en trasplantes), están en la red del plan. Si ya está inscrito en un plan Medicare Advantage, consulte con sus proveedores para asegurarse de que seguirán siendo parte de la red del plan en 2021. Lea los materiales del plan o comuníquese con el plan que está considerando para obtener más información.

### ¿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.

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

## ¿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 tiene menos de 65 años y tiene una incapacidad**, recibirá automáticamente la Parte A y la Parte B después de recibir los beneficios por incapacidad del Seguro Social o ciertos beneficios por incapacidad de la Junta de Jubilación Ferroviaria durante 24 meses.

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 este período (entre el 1 de enero— 31 de marzo de cada año), también podrá inscribirse en un plan de Medicare Advantage. Su cobertura no puede comenzar hasta el 1 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 de enero (siempre que el plan reciba su solicitud antes del 7 de diciembre).

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

Entre el 1 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 de Medicare.

Durante este período, usted **no podrá**:

- Cambiar de Medicare Original a un plan de Medicare Advantage.
- Inscribirse en un plan de medicamentos si usted tiene Medicare Original.
- Cambiar de un plan de medicamentos de Medicare a otro si usted tiene Medicare Original

## ¿Cuándo puedo inscribirme, cambiar o desafiliarme de un plan de Medicare Advantage? (continuación)

**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.

## ¿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, inscribese de una de las siguientes maneras:

- Visite [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) y busque por código postal para encontrar un plan. 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.
- Visite el sitio web del plan para ver si puede inscribirse en línea.
- Llame al plan que está considerando. Visite [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) para obtener la información de contacto del plan.
- 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.

# 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](https://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 Medicare Advantage que generalmente brinda cuidado médico por médicos, otros proveedores de la salud u hospitales dentro de la red de su plan, (salvo en situaciones de cuidado de emergencia o cuidado de urgencia o diálisis fuera del área).

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?**

No. Por lo general, debe obtener su cuidado y servicios de médicos, otros proveedores de la salud u hospitales que estén dentro de la red del plan (salvo para cuidado de emergencia, cuidado urgente fuera del área o diálisis temporal fuera del área, que es cubierto ya sea que se brinde dentro de la red del plan o fuera de la red del plan). Sin embargo, algunos planes HMO, conocidos como planes de Punto de Servicio de HMO (HMOPOS), ofrecen un beneficio fuera de la red.

## Tipos de planes Medicare Advantage (continuación)

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

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.

### **¿Están cubiertos los medicamentos recetados?**

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, no podrá obtener un plan de medicamentos 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, especialistas, hospitales y otros proveedores de la salud a los 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?**

Si. Los planes PPO tienen médicos, especialistas, hospitales y otros proveedores de la salud dentro de la red que puede usar, pero también puede usar proveedores fuera de la red para los servicios cubiertos, generalmente por un costo más alto. Siempre estará cubierto para el cuidado de emergencia y urgencia.

Si elige recibir servicios de un proveedor fuera de la red, es posible que desee solicitar una determinación anticipada de cobertura de su plan PPO para asegurarse de que los servicios sean médicamente necesarios y que su plan los cubra.

#### **¿Están cubiertos los medicamentos recetados?**

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 Medicare para medicamentos 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.

Sin embargo, si el proveedor decide atenderlo, solo puede facturarle los costos compartidos permitidos por el plan. 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?**

A veces. Si desea tener cobertura de medicamentos recetados de Medicare, y el plan la ofrece, usted deberá obtener su cobertura de medicamentos de ese plan.

Si el plan de PFFS no ofrece cobertura de medicamentos, usted puede inscribirse en un plan de medicamentos 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 son tipos de planes HMO o PPO y cubren los mismos beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare que todos los planes Medicare Advantage cubren. Sin embargo, los SNP 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**).
- Es elegible para Medicare y 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). Sin embargo, si su plan para necesidades especiales es un PPO, entonces puede obtener servicios de cualquier proveedor u hospital calificado, pero generalmente a un costo más alto de lo que pagaría por los servicios de un proveedor dentro de la red.

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 cubiertos los medicamentos?

Todos los SNP deben ofrecer cobertura de Medicare para medicamentos.

## 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.

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:

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.

## Tipos de planes Medicare Advantage (continuación)

### Planes de Cuentas de Ahorros Médicos (continuación)

#### **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](https://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.

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

Por lo general, los planes MSA no tienen una red de proveedores de la salud. Sin embargo, puede obtener los servicios de la Parte A y B de Medicare de cualquier proveedor elegible de Medicare en los estados unidos o sus territorios.

#### **¿Están cubiertos los medicamentos?**

No. Si se inscribe en un plan MSA de Medicare y necesita cobertura de medicamentos, tendrá que inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare aparte.

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

## 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
<b>Prima</b> ¿Tengo que pagar una prima mensual?	<b>Sí</b> Podría cobrar una prima adicional a la prima de la Parte B.	<b>Sí</b> Podría cobrar una prima adicional a la prima de la Parte B.	<b>Sí</b> Podría cobrar una prima adicional a la prima de la Parte B.	<b>Sí</b> Podría cobrar una prima adicional a la prima de la Parte B.	<b>No</b> No tendrá que pagar una prima mensual, pero seguirá pagando la prima mensual de la Parte B.
<b>Medicamentos</b> ¿El plan ofrece cobertura de medicamentos recetados de Medicare?	<b>Usualmente</b> Si se inscribe en una HMO que no ofrece cobertura de medicamentos, no podrá obtener un plan de Medicare para medicamentos por separado.	<b>Usualmente</b> Si se inscribe en un plan de PPO que no ofrece cobertura de medicamentos, no podrá obtener un plan de Medicare para medicamentos por separado.	<b>Usualmente</b> Si se inscribe en un plan de PFFS que no ofrece cobertura de medicamentos, podrá obtener un plan de Medicare para medicamentos.	<b>Sí</b> Todos los SNP deberán ofrecer cobertura de medicamentos recetados de Medicare.	<b>No</b> Tendrá que inscribirse en un plan de Medicare para medicamentos. Si ya cuenta con una póliza de Medigap con cobertura de medicamentos, podrá seguir usando esta cobertura.
<b>Proveedores</b> ¿Puedo usar cualquier médico u hospital que acepta Medicare por los servicios cubiertos?	<b>A veces</b> 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 <b>algunos</b> servicios fuera de la red por un copago o coseguro más alto.	<b>Sí</b> 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.	<b>Sí</b> Puede visitar a cualquier médico aprobado por Medicare, otro proveedor de servicios de salud u hospital <b>que acepte los términos de pago del plan y esté de acuerdo en brindarle tratamiento</b> . 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).	<b>A veces</b> 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 necesita diálisis fuera del área). Sin embargo, si su SNP es un PPO, puede obtener servicios cubiertos por Medicare fuera de la red.	<b>Sí</b> Por lo general, los planes MSA no tienen una red de proveedores. Usted puede elegir cualquier proveedor aprobado por Medicare para obtener los servicios cubiertos por el Medicare Original.
<b>Referidos</b> ¿Necesito un referido de mi médico para hacerme ver con un especialista?	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Quizá</b> Los planes pueden variar.	<b>Quizá</b>	<b>No</b>

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

Si tiene una póliza de Medigap y se inscribe en plan Medicare Advantage, debería pensar en discontinuar su póliza de Medigap. Usted no puede usar Medigap para pagar los copagos, deducibles y primas del plan 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. Comuníquese con su Departamento Estatal de Seguros si no piensa cancelar su plan Medicare Advantage y alguien intenta venderle una póliza Medigap.

Si se inscribe en un plan 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”), bajo ley federal, para comprar una póliza de Medigap y un plan de Medicare para medicamentos. Tiene este derecho si vuelve a Medicare Original dentro de 12 meses de haberse inscrito.

- Si se inscribió en un plan Medicare Advantage cuando fue elegible por primera vez para Medicare (y no está satisfecho con el plan), puede elegir entre cualquier póliza de Medigap dentro del primer año de inscribirse.
- 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.

Los planes Medigap vendidos a personas recientemente elegibles para Medicare no pueden cubrir el deducible de la Parte B. Debido a esto, los Planes C y F no están disponibles para las personas recientemente elegibles para Medicare a partir del 1 de enero de 2020. Si ya tiene o estaba cubierto por el Plan C o F (o la versión con deducible alto del Plan F) antes 1 de enero de 2020, puede mantener su plan. Si era elegible para Medicare antes del 1 de enero de 2020, pero no se inscribió, es posible que pueda comprar uno de los planes que cubren el deducible de la Parte B..

## ¿Dónde puedo obtener más información?

- **Buscador de planes de Medicare**

Compare los planes de salud y de medicamentos para encontrar la cobertura adecuada. También puede ingresar sus medicamentos para obtener costos más precisos para los planes en su área. Visite [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) para buscar y comparar los planes apropiados.

- **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](https://shiptacenter.org) o llamando al 1-800-MEDICARE.

- **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](https://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  
Noviembre 2020

### 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).

