

# Medicare-Advantage- Pläne verstehen



**Diese offizielle Broschüre der Regierung  
erklärt Ihnen:**

- Wie sich Medicare-Advantage-Pläne von original Medicare unterscheiden
- Wie Medicare-Advantage-Pläne funktionieren
- Wie sie einem Medicare-Advantage-Plan beitreten können



**“Verstehen, dass Medicare-Advantage-Pläne”** kein juristisches Dokument sind. Offizielle rechtliche Leitlinien des Medicare-Programms sind in den relevanten Statuten, Regeln und Beschlüssen.

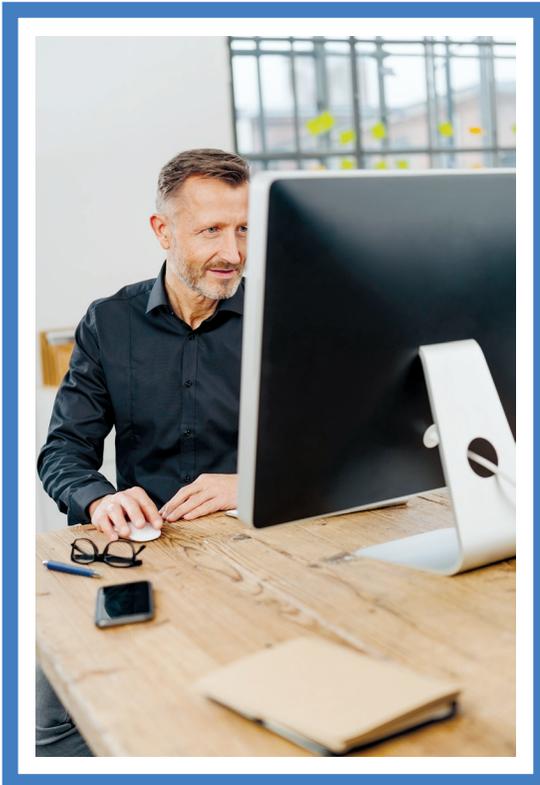
Die Informationen in dieser Broschüre beschreiben das Medicare-Programm zu der Zeit, zu der die Broschüre gedruckt wurde. Veränderungen können nach dem Druck auftreten. Besuchen Sie [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) oder rufen Sie 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) an, um die aktuellsten Informationen zu erhalten. Benutzer von Texttelefonen können die Nummer 1-877-486-2048.

# Inhalt



Einführung . . . . .	4
Was sind die Unterschiede zwischen original Medicare und Medicare Advantage? . . . . .	5
Was sind Medicare-Advantage-Pläne? . . . . .	9
Wie funktionieren Medicare-Advantage-Pläne? . . . . .	9
Was wird abgedeckt? . . . . .	9
Wie hoch sind meine Kosten? . . . . .	10
Wer kann sich für einem Medicare-Advantage-Plan anmelden? . . . . .	12
Wann kann ich mich für einen Medicare-Advantage-Plan anmelden, ihn wechseln oder beenden? . . . . .	12
Wie kann ich mich für einen Medicare-Advantage-Plan anmelden? . . . . .	13
Kann ich mich für einen Medicare-Advantage-Plan anmelden, wenn ich an terminaler Niereninsuffizienz (ESRD) leide? . . . . .	14
Verschiedene Medicare-Advantage-Pläne. . . . .	15
Medicare-Advantage-Pläne direkt miteinander vergleichen. . . . .	24
Was ist, wenn ich eine Medicare-Zusatzkrankenversicherungspolice (Medigap) habe? . . . . .	25
Wo kann ich mehr Informationen erhalten? . . . . .	26

## Einführung



Wenn Sie sich zum ersten Mal bei Medicare anmelden und zu bestimmten Zeitpunkten im Jahr (z. B. offene Anmeldung), können Sie festlegen, wie Sie Ihre Medicare-Deckung erhalten möchten.

Sie haben 2 Möglichkeiten, um Medicare zu erhalten:

- **Original Medicare** umfasst Medicare Teil A (Krankenhausversicherung) und Medicare Teil B (Krankenversicherung). Wenn Sie Versicherungsschutz für Medikamente wünschen, können Sie einem Medicare-Plan für verschreibungspflichtige Medikamente (Medicare Prescription Drug Plan; Teil D) beitreten.
- **Medicare Advantage (auch bekannt als Teil C)** ist eine „alles in einem“-Alternative zum Original Medicare. Diese „gebündelten“ Pläne umfassen Teil A, Teil B und für gewöhnlich Teil D. Sie können auch zusätzliche Vorteile bieten, die Original Medicare nicht deckt.

Ihre Entscheidungen zum Medicare-Krankenversicherungsplan haben Einfluss darauf, wie viel Sie für den Versicherungsschutz bezahlen, welche Leistungen Sie erhalten, welche Ärzte Sie in Anspruch nehmen können und welche Qualität Ihre Pflege hat.

Wenn Sie mehr über Ihre Medicare-Deckungsentscheidungen zu erfahren, Hilfe von Personen zu erhalten, denen Sie vertrauen, und verschiedene Pläne zu vergleichen, kann Ihnen helfen, alle verfügbaren Optionen besser zu verstehen.

## Was ist der Unterschied zwischen original Medicare und Medicare Advantage?

### Original Medicare

- Original Medicare umfasst Medicare Teil A (Krankenhausversicherung) und Medicare Teil B (Krankenversicherung).
- Falls Sie Versicherungsschutz für verschreibungspflichtige Medikamente wünschen, können Sie an einem separaten Teil D-Plan teilnehmen.
- Um Ihnen dabei zu helfen, Ihre im Original Medicare aus eigener Tasche zu bezahlenden Kosten zu bezahlen (wie z. B. Ihre 20% Mitversicherung), können Sie sich auf nach ergänzendem Versicherungsschutz umsehen und diesen anschließen.
- Sie können jeden Arzt oder jedes Krankenhaus, überall in den USA aufsuchen, die Medicare annehmen.

Teil A



Teil B



**Sie können hinzufügen:**

Teil D



**Sie können ebenfalls hinzufügen:**

**Zusätzlicher Versicherungsschutz**

(Einige Beispiele umfassen Versicherungsschutz durch eine Medicare-Zusatzkrankensversicherungspolice (Medigap), oder Versicherungsschutz durch einen früheren Arbeitgeber oder eine frühere Gewerkschaft.)



### Medicare Advantage (auch bekannt als Teil C)

- Medicare Advantage ist eine „alles in einem“-Alternative zum Original Medicare. Diese „gebündelten“ Pläne umfassen Teil A, Teil B und für gewöhnlich Teil D.
- Pläne könnten niedrigere aus eigener Tasche zu bezahlender Kosten haben als das Original Medicare.
- In den meisten Fällen müssen Sie Ärzte aufsuchen, die sich im Netzwerk des Plans befinden
- Die meisten Pläne bieten zusätzliche Leistungen, die das Original Medicare nicht deckt —wie z. B. Augen-, Gehör- und Zahnbehandlungen und mehr.

Teil A



Teil B



**Die meisten Pläne beinhalten:**

Teil D



**Zusätzliche Leistungen**

**Einige Pläne umfassen auch:**

**Niedrigere Zuzahlungskosten**

## Original Medicare vs. Medicare Advantage

### Arzt- und Krankenhauswahl

Original Medicare	Medicare Advantage
Sie können <b>jeden Arzt oder jedes Krankenhaus, überall in den USA</b> aufsuchen, die Medicare annehmen.	In den meisten Fällen müssen Sie <b>Ärzte aufsuchen, die sich im Netzwerk des Plans befinden</b> (wenn es sich nicht um einen Notfall handelt). Fragen Sie Ihre Ärzte, ob sie an Medicare-Advantage-Plänen teilnehmen.
In den meisten Fällen <b>benötigen Sie keine</b> Überweisung, um einen Spezialisten aufzusuchen.	Möglicherweise <b>benötigen Sie eine</b> Überweisung, um einen Spezialisten aufzusuchen.

### Kosten

Original Medicare	Medicare Advantage
Für Dienstleistungen, die Teil B abdecken, zahlen <b>Sie in der Regel 20% des von Medicare genehmigten Betrags</b> , nachdem Sie Ihren Selbstbehalt erfüllt haben.	<b>Die Höhe der Zuzahlungen variieren</b> - Pläne können für bestimmte Dienste niedrigere Auszahlungskosten haben.
Sie <b>zahlen eine Prämie (monatliche Zahlung) für Teil B</b> . Wenn Sie Versicherungsschutz für verschreibungspflichtige Medikamente (Teil D) kaufen, zahlen Sie diese Prämie separat.	Sie können <b>eine Prämie für den Plan</b> zusätzlich zu einer monatlichen <b>Prämie für Teil B</b> zahlen. Die meisten umfassen verschreibungspflichtige Medikamente. Pläne haben möglicherweise eine Prämie von \$0 oder können Ihnen helfen, die Prämien für Teil B ganz oder teilweise zu zahlen.
Es gibt <b>kein jährliches Limit</b> für die Zuzahlung aus eigener Tasche, es sei denn, Sie haben einen zusätzlichen Schutz (wie eine Medigap-Police).	Für Medicare-Leistungen, die Teil A und B sind, gilt ein <b>jährliches Limit</b> für die Zuzahlung. Sobald Sie das Limit Ihres Plans erreicht haben, zahlen Sie für den Rest des Jahres nichts mehr für Leistungen, die Teil A und Teil B betreffen.
Sie <b>können</b> eine zusätzliche Deckung <b>erhalten</b> (wie eine Medigap-Police), um Ihre verbleibenden Zuzahlungen zu begleichen (wie Ihre 20% -Mitversicherung). Sie können auch die Deckung eines früheren Arbeitgebers oder einer früheren Gewerkschaft oder von Medicaid verwenden.	Sie <b>können keine</b> separate Zusatzversicherung <b>abschließen oder nutzen</b> .

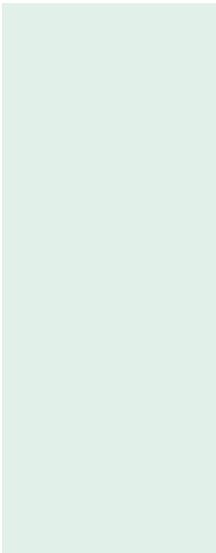
## Original Medicare vs. Medicare Advantage (Fortsetzung)

### Abdeckung

Original Medicare	Medicare Advantage
Original Medicare deckt die meisten medizinisch notwendigen Dienstleistungen und Lieferungen in Krankenhäusern, Arztpraxen und anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens ab.	Die Pläne müssen alle medizinisch notwendigen Leistungen abdecken, die Original Medicare abdeckt. Die meisten Pläne <b>bieten möglicherweise zusätzliche Leistungen, die Original Medicare nicht abdeckt</b> , wie z. B. Augen-, Gehör- und Zahnbehandlungen und mehr Pläne können jetzt mehr von diesen Vorteilen abdecken als in der Vergangenheit.
Sie können einem <b>separaten Medicare-Plan für verschreibungspflichtige Medikamente (Teil D)</b> beitreten, um die Kostenübernahme für Medikamente abzusichern	<b>Verschreibungspflichtige Medikamente sind</b> in den meisten Plänen <b>enthalten</b> .
In den meisten Fällen ist es nicht erforderlich, dass eine Dienstleistung oder Lieferung im Voraus genehmigt wird, um abgedeckt zu werden.	In einigen Fällen muss eine Dienstleistung oder Lieferung im Voraus genehmigt werden, damit sie vom Plan abgedeckt wird.

### Reisen

Original Medicare	Medicare Advantage
Original Medicare <b>deckt generell keine Behandlung außerhalb der USA</b> . Sie könnten die Möglichkeit haben, eine Medigap-Versicherung zu erwerben, die Behandlungen außerhalb der USA abdeckt.	Pläne <b>decken generell keine Behandlung außerhalb der USA</b> . Pläne decken in der Regel auch keine Behandlungen außerhalb Ihres Plans ab, wenn es kein Notfall ist.



# Medicare-Advantage-Pläne

## Übersicht

### Was sind Medicare-Advantage-Pläne?

Ein Medicare-Advantage-Plan ist eine andere Möglichkeit, um zu Ihren Medicare-Versicherung zu kommen. Medicare-Advantage-Pläne, manchmal als „Teil C“ oder „MA-Pläne“ bezeichnet, werden von durch Medicare zugelassenen Privatunternehmen angeboten, welche die von Medicare festgelegten Regeln einhalten müssen. Wenn Sie sich zu einem Medicare-Advantage-Plan anmelden, verfügen Sie weiterhin über Medicare, aber Sie erhalten den größten Teil Ihrer Leistungen für Medicare Teil A (Krankenhausversicherung) und Medicare Teil B (Krankenversicherung) aus dem Medicare-Advantage-Plan, nicht aus Original Medicare.

### Wie funktionieren Medicare-Advantage-Pläne?

Wenn Sie sich zu einem Medicare-Advantage-Plan anmelden, zahlt Medicare jeden Monat einen festen Betrag für Ihren Versicherungsschutz an das Unternehmen, das diesen Plan anbietet. Diese Unternehmen müssen die Bestimmungen von Medicare einhalten. Medicare-Advantage-Pläne haben jährliche Verträge mit Medicare. Der Plan muss Sie über Änderungen vor Beginn des nächsten Einschreibungsjahres informieren.

Wenn Sie sich zu einem Medicare-Advantage-Plan anmelden, haben Sie dieselben Rechte und denselben Versicherungsschutz wie bei Original Medicare.

### Was wird abgedeckt?

Die Medicare-Advantage-Pläne decken alle Leistungen von Teil A und Teil B ab. Wenn Sie jedoch in einem Medicare-Advantage-Plan sind, übernimmt Original Medicare weiterhin die Kosten für die Hospizpflege, einige neue Medicare-Vorteile und einige Kosten für klinische Forschungsstudien. In allen Arten von Medicare-Advantage-Plänen sind Sie immer für Notfälle und dringende Pflegefälle versichert.

Einige Medicare-Advantage-Pläne bieten zusätzlichen Schutz für Augen-, Gehör- und Zahnbehandlungen und andere Gesundheits- und Wellnessprogramme. Für Teil A und Teil B der Pläne gilt ein **jährliches Limit** für die Zuzahlung. Sobald Sie das Limit Ihres Plans erreicht haben, zahlen Sie für den Rest des Jahres nichts mehr für Leistungen, die Teil A und Teil B abdecken.

## Was wird abgedeckt? (fortgesetzt)

### Versicherungsschutz für verschreibungspflichtige Medikamente

Die meisten Medicare-Advantage-Pläne enthalten die Medicare-Abdeckung für verschreibungspflichtige Medikamente (Teil D). In bestimmten Arten von Plänen, die keine Arzneimittelversicherung beinhalten (z. B. Krankenversicherungspläne und einige Private-Fee-for-Service-Pläne), können Sie einem separaten Medicare-Plan für verschreibungspflichtige Medikamente beitreten.

**Hinweis:** Wenn Sie in einem Plan sind, der keine Abdeckung der Medikamente bietet, und Sie keine Medicare-Plan für verschreibungspflichtige Medikamente haben, können Sie eine Strafen für die zu späte Anmeldung zahlen, wenn Sie sich entscheiden, einem Medicare-Plan für verschreibungspflichtige Medikamente beizutreten oder später einen Versicherungsschutz für verschreibungspflichtige Medikamente erwerben. Besuchen Sie [Medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/part-d-late-enrollment-penalty](https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/part-d-late-enrollment-penalty), um mehr zu den Strafen für eine zu späte Anmeldung in Teil D zu erfahren.

## Wie hoch sind meine Kosten?

Jedes Jahr legen die Pläne die Beträge fest, die sie für Prämien, Selbstbehalte und Dienstleistungen berechnen. Der Plan (anstatt Medicare) entscheidet, wie viel Sie für die versicherten Leistungen bezahlen, die Sie erhalten. Was Sie für den Plan bezahlen, kann sich nur einmal im Jahr, am 1. Januar, ändern.

Sie müssen die Prämie für Teil B bezahlen. Der Standard-Beitragsbetrag für Teil B im Jahr 2019 beträgt \$135,50 (oder mehr, abhängig von Ihrem Einkommen). Einige Personen mit Sozialversicherungsleistungen zahlen weniger (durchschnittlich \$130).

Bei der Berechnung Ihrer Zuzahlungskosten in einem Medicare-Advantage-Plan sollten Sie zusätzlich zu Ihrer Prämie, Ihrem Selbstbehalt, Ihren Zuzahlungen und Ihrer Mitversicherung Folgendes berücksichtigen:

- Welche Art von Gesundheitsleistungen Sie benötigen und wie oft Sie diese in Anspruch nehmen.
- Ob Sie zu einem Arzt oder Anbieter gehen, der den Auftrag annimmt. Auftrag bedeutet, dass Ihr Arzt, Anbieter oder Lieferant zustimmt (oder gesetzlich vorgeschrieben ist), den von Medicare genehmigten Betrag als vollständige Zahlung für die versicherten Leistungen zu akzeptieren.
- Ob der Plan zusätzliche Leistungen bietet, für die eine zusätzliche Prämie erforderlich ist.
- Ob Sie Medicaid haben oder Hilfe von Ihrem Staat zu den Kosten der Gesundheitsversorgung erhalten

## Wie hoch sind meine Kosten? (Fortsetzung)

### Was ist der Unterschied zwischen Selbstbehalt, Zuzahlungen und Mitversicherung?

**Selbstbehalt**— Der Betrag, den Sie für Gesundheitsfürsorge oder Verschreibungen bezahlen müssen, bevor Original Medicare, Ihr Plan für verschreibungspflichtige Medikamente oder Ihre andere Versicherung anfängt zu bezahlen.

**Zuzahlungen** —Ein Betrag, den Sie möglicherweise als Ihren Anteil der Kosten für Dienstleistungen bezahlen müssen, nachdem Sie jeglichen Selbstbehalt bezahlt haben. Die Zuzahlung ist ein prozentualer Betrag (z. B. 20%).

**Mitversicherung**—Ein Betrag, den Sie möglicherweise als Ihren Anteil der Kosten für eine medizinische Dienstleistung oder medizinischen Bedarf bezahlen müssen, wie z. B. einen Arztbesuch, einen ambulanten Krankenhausbesuch oder verschreibungspflichtige Medikamente. Ein Zuzahlung ist für gewöhnlich ein festgelegter Betrag anstatt eines Prozentsatzes. Z. B. könnten Sie \$10 oder \$20 für einen Arztbesuch oder verschreibungspflichtige Medikamente zuzahlen.

### Weitere Kostendetails aus jedem Plan

Wenn Sie einem Medicare-Advantage-Plan beitreten, lesen Sie diese Hinweise, die Sie jedes Jahr von Ihrem Plan erhalten:

- **“Annual Notice of Change” (ANOC)**. Beinhaltet Änderungen in Bezug auf Abdeckung, Kosten, Abdeckungsbereich und mehr, die ab Januar wirksam werden. Ihr Plan wird Ihnen bis zum 30. September in gedruckter Form zugesandt.
- **“Evidence of Coverage” (EOC)**. Beinhaltet Einzelheiten darüber, was der Plan abdeckt, wie viel Sie bezahlen und vieles mehr. Ihr Plan wird Ihnen bis zum 15. Oktober eine Mitteilung (oder ein gedrucktes Exemplar) zusenden, die Informationen darüber enthält, wie Sie elektronisch auf das EOC zugreifen oder ein gedrucktes Exemplar anfordern können.

### Organisationsbestimmungen

Aus Ihrem Plan können Sie im Voraus eine Entscheidung ableiten, um festzustellen, ob eine Dienstleistung, ein Medikament oder eine Lieferung gedeckt ist. Sie können auch herausfinden, wie viel Sie bezahlen müssen. **Dies wird als “Organisationsbestimmung” bezeichnet**. Manchmal müssen Sie dies im Vorfeld tun, damit Dienstleistungen, Medikamente oder Versorgung abgedeckt werden.

Sie, Ihr Vertreter oder Ihr Arzt können eine Organisationsbestimmungen beantragen. Sie haben auch die Möglichkeit, eine schnelle Entscheidung zu treffen, die Ihren gesundheitlichen Bedürfnissen entspricht. Wenn Ihr Plan Deckung verweigert, muss er Ihnen dies schriftlich mitteilen, und Sie haben das Recht, Einspruch einzulegen.

Wenn Sie von einem Plananbieter für einen Dienst oder an einen Anbieter außerhalb des Netzwerks verwiesen werden, die Organisation jedoch nicht im Voraus festgelegt wurde, **wird dies als “plan direct care” bezeichnet**. In den meisten Fällen müssen Sie nicht mehr als die übliche Kostenbeteiligung des Plans bezahlen. Weitere Informationen zu diesem Schutz erhalten Sie in Ihrem Plan.

## Wer kann sich für einem Medicare-Advantage-Plan anmelden?

Sie können sich zu einem Medicare-Advantage-Plan anmelden, wenn:

- Sie Teil A und Teil B haben.
- Sie im Abdeckungsbereich des Plans leben.
- Sie U.S.-Bürger, U.S. Staatsangehöriger oder sich rechtmäßig in den USA leben.
- Sie nicht an terminaler Niereninsuffizienz (ESRD) leiden, Ausnahmen sind auf Seite 14 erklärt.

### Was ist, wenn ich anderweitig versichert bin?

Sprechen Sie mit Ihrem Arbeitgeber, Ihrer Gewerkschaft oder einem anderen Leistungsverwalter über deren Regeln, bevor Sie einem Medicare-Advantage-Plan beitreten. In einigen Fällen können Sie, wenn Sie einem Medicare-Advantage-Plan beitreten, Ihren Arbeitgeber- oder Gewerkschaftsschutz möglicherweise weiterhin zusammen mit Ihrem Medicare-Advantage-Plan nutzen. In anderen Fällen kann der Beitritt zu einem Medicare-Advantage-Plan dazu führen, dass Sie Ihren Arbeitgeber- oder Gewerkschaftsschutz für sich selbst, Ihren Ehepartner und Ihre Angehörigen verlieren.

## Wann kann ich mich für einen Medicare-Advantage-Plan anmelden, ihn wechseln oder beenden?

Sie können einem Medicare-Advantage-Plan nur während der folgenden Registrierungsperioden beitreten, wechseln oder löschen:

- **Erstzeichnungszeitraum**—Wenn Sie zum ersten Mal für Medicare berechtigt sind, können Sie sich während Ihres Erstzeichnungszeitraums anmelden. Dies ist der Zeitraum von sieben Monaten, der drei Monate vor dem 65. Lebensjahr beginnt, einschließlich des 65. Lebensjahr und drei Monate nach dem 65. Lebensjahr endet.  
Wenn Sie sich in den ersten drei Monaten Ihres Erstzeichnungszeitraum anmelden, beginnt Ihre Deckung in den meisten Fällen am ersten Tag Ihres Geburtstagsmonats. Wenn Ihr Geburtstag jedoch am ersten Tag des Monats liegt, beginnt Ihre Absicherung am ersten Tag des Vormonats.  
Wenn Sie sich in dem Monat anmelden, in dem Sie 65 Jahre alt werden, oder in den letzten 3 Monaten Ihres Erstzeichnungszeitraums, wird sich Ihr Startdatum für den Versicherungsschutz verzögern.
- **Allgemeiner Anmeldezeitraum**—Wenn Sie Teil A-Versicherungsschutz haben und Teil B zum ersten Mal während der allgemeinen Anmeldefrist (zwischen dem 1. Januar und dem 31. März eines jeden Jahres) erhalten, können Sie zu diesem Zeitpunkt auch einem Medicare-Advantage-Plan beitreten. Ihr Versicherungsschutz beginnt möglicherweise erst am 1. Juli.
- **Offener Zeichnungszeitraum**—Zwischen dem 15. Oktober und dem 7. Dezember kann jeder mit Medicare einem Medicare-Advantage-Plan beitreten, diesen wechseln oder ihn fallen lassen. Ihr Schutz beginnt am 1. Januar, sofern Ihre Anfrage für den Plan bis zum 7. Dezember erfolgt.

**Hinweis:** In bestimmten Situationen (z. . wenn Sie umziehen) können Sie möglicherweise zu einem anderen Zeitpunkt einem Plan beitreten, diesen wechseln oder ihn verlassen.

## Wann kann ich mich für einen Medicare-Advantage-Plan anmelden, ihn wechseln oder beenden? (Fortsetzung)

### Kann ich nach dem 7. Dezember Änderungen an meinem Versicherungsschutz vornehmen?

Zwischen dem 1. Januar und dem 31. März eines jeden Jahres können Sie diese Änderungen während des **offenen Zeichnungszeitraums für Medicare Advantage** vornehmen:

- Wenn Sie sich in einem Medicare-Advantage-Plan (mit oder ohne Versicherungsschutz für verschreibungspflichtige Medikamente) befinden, können Sie zu einem anderen Medicare-Advantage-Plan (mit oder ohne Versicherungsschutz für verschreibungspflichtige Medikamente) wechseln.
- Sie können Ihren Medicare-Advantage-Plan verlassen und zu Original Medicare zurückkehren. Sie können sich auch einem Medicare-Plan mit Versicherungsschutz für verschreibungspflichtige Medikamente anschließen.

Während dieser Zeit **können Sie nicht**:

- Von Original Medicare zu einem Medicare-Advantage-Plan wechseln.
- Sich einem Medicare-Plan mit Versicherungsschutz für verschreibungspflichtige Medikamente anschließen, wenn Sie sich in Original Medicare befinden.
- Wechseln Sie von einem Medicare-Plan mit Versicherungsschutz für verschreibungspflichtige Medikamente zu einem anderen, wenn Sie sich in Original Medicare befinden.

**Während dieses Zeitraums können Sie nur eine Änderung vornehmen. Alle Änderungen, die Sie vornehmen, werden am ersten des Monats wirksam, nachdem der Plan Ihre Anfrage erhalten hat.** Wenn Sie zu Original Medicare zurückkehren und sich einem Versicherungsschutz für verschreibungspflichtige Medikamente anschließen, müssen Sie sich nicht an Ihren Medicare Advantage-Plan wenden, um sich abzumelden. Die Abmeldung erfolgt automatisch, wenn Sie dem Versicherungsschutz für verschreibungspflichtige Medikamente beitreten.

**Hinweis:** Wenn Sie sich während Ihres Erstzeichnungszeitraums für einen Medicare-Advantage-Plan angemeldet haben, können Sie innerhalb der ersten 3 Monate, in denen Sie Medicare haben, zu einem anderen Medicare-Advantage-Plan (mit oder ohne Versicherungsschutz für verschreibungspflichtige Medikamente) wechseln oder zu Original Medicare (mit oder ohne Versicherungsschutz für verschreibungspflichtige Medikamente) zurückkehren.

### Was ist, wenn ich eine Vorerkrankung habe?

Sie können einem Medicare-Vorteilsplan beitreten, auch wenn Sie bereits an einer Erkrankung leiden, mit Ausnahme der terminalen Niereninsuffizienz (ESRD), für die besondere Regeln gelten. Siehe „Kann ich einem Medicare Advantage-Plan beitreten, wenn ich an einer terminalen Niereninsuffizienz leide?“ Auf Seite 14.

## Wie kann ich mich für einen Medicare-Advantage-Plan anmelden?

Nicht alle Medicare-Advantage-Pläne funktionieren auf die gleiche Weise. Bevor Sie beitreten, können Sie nach Medicare-Krankenversicherungsplänen in Ihrer Nähe suchen und diese vergleichen. Besuchen Sie dafür [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare). Wenn Sie die Regeln und Kosten des Plans verstanden haben, können Sie auf eine der folgenden Arten beitreten:

## Wie kann ich mich für einen Medicare-Advantage-Plan anmelden? (Fortsetzung)

- Besuchen Sie den Medicare Plan Finder und suchen Sie nach der Postleitzahl, um einen Plan zu finden. Besuchen Sie dafür [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare). Sie können sich auch anmelden, um personalisierte Ergebnisse zu erhalten. Wenn Sie Fragen zu einem bestimmten Plan haben, wählen Sie “Plan Details”, um die Kontaktinformationen für den Plan abzurufen.
- Füllen Sie ein Anmeldeformular aus. Wenden Sie sich an den Plan, um ein Anmeldeformular zu erhalten, dieses auszufüllen und an den Plan zurückzugeben. Alle Pläne müssen diese Option anbieten.
- Rufen Sie uns unter 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) an. Benutzer von Texttelefonen können die Nummer 1-877-486-2048 anrufen.

Wenn Sie einem Medicare-Advantage-Plan beitreten, müssen Sie diese Informationen von Ihrer Medicare-Karte bereitstellen:

- Ihre Medicare-Nummer
- Das Datum, an dem Ihre Abdeckung für Teil A und/oder Teil B begonnen hat.

Denken Sie daran, wenn Sie sich für einen Medicare-Advantage-Plan anmelden, müssen Sie in den meisten Fällen **die Karte aus Ihrem Medicare-Advantage-Plan verwenden**, um Ihre Medicare-versicherten Leistungen in Anspruch zu nehmen. Für einige Dienste werden Sie möglicherweise aufgefordert, Ihre rote, weiße und blaue Medicare-Karte vorzuzeigen.

## Kann ich mich für einen Medicare-Advantage-Plan anmelden, wenn ich an terminaler Niereninsuffizienz (ESRD) leide?

Wenn Sie an einer terminalen Niereninsuffizienz (ESRD) leiden, können Sie einem Medicare-Advantage-Plan nur in bestimmten Situationen beitreten:

- Wenn Sie sich bereits in einem Medicare-Advantage-Plan befinden, während Sie ESRD entwickeln, können Sie in Ihrem Plan bleiben oder einem anderen Medicare-Advantage-Plan beitreten, der von demselben Unternehmen angeboten wird.
- Wenn Sie sich in einem Medicare-Advantage-Plan befinden und der Plan Medicare verlässt oder in Ihrer Region keine Deckung mehr bietet, haben Sie ein einmaliges Recht, einem anderen Medicare-Advantage-Plan beizutreten.
- Wenn Sie über ein Unternehmen, das einen oder mehrere Medicare-Advantage-Pläne anbietet, einen Arbeitgeber- oder Gewerkschafts-Krankenversicherungsplan oder eine andere Krankenversicherung abgeschlossen haben, können Sie möglicherweise einem der Medicare-Advantage-Pläne dieses Unternehmens beitreten.
- Wenn Sie ärztlich attestiert nicht mehr unter terminalen Niereninsuffizienz leiden (z. B. wenn Sie eine erfolgreiche Nierentransplantation hatten), können Sie möglicherweise einem Medicare Advantage-Plan beitreten.
- Möglicherweise können Sie einem Medicare Special Needs Plan (SNP) beitreten, der Personen mit ESRD abdeckt, sofern einer in Ihrer Nähe verfügbar ist.

Für weitere Informationen besuchen Sie bitte [Medicare.gov/Publications](https://www.medicare.gov/Publications), um die Broschüre “Medicare Coverage of Kidney Dialysis & Kidney Transplant Services” zu lesen.

**Hinweis:** Ab 2021 können sich Menschen mit terminaler Niereninsuffizienz (ESRD) ohne diese Einschränkungen an Medicare-Advantage-Plänen beteiligen.

# Verschiedene Medicare- Advantage-Pläne

## **Es gibt verschiedene Medicare-Advantage-Pläne:**

- Health Maintenance Organization (HMO) -Pläne: Siehe Seiten 15-16.
- Preferred Provider Organization (PPO) -Pläne: Siehe Seite 17.
- Private Fee-for-Service (PFFS) -Pläne: Siehe Seiten 18-19.
- Special Needs (SNPs) -Pläne: Siehe Seiten 20-21.
- Medical Savings Account (MSA) -Pläne: Siehe Seiten 22-23.

In dem Gebiet, in dem Sie leben, sind möglicherweise alle, einige oder keine dieser Typen verfügbar. Darüber hinaus sind in Ihrer Region möglicherweise mehrere Pläne desselben Typs verfügbar, wenn private Unternehmen diese anbieten. Um zu sehen, welche Medicare-Advantage-Pläne für Sie verfügbar sind, besuchen Sie bitte [Medicare.gov/plan-compare](https://www.Medicare.gov/plan-compare).

## **Health Maintenance Organization (HMO) -Pläne:**

Ein Plan der Health Maintenance Organization (HMO) ist eine Art von Medicare-Advantage-Plan, der in der Regel Krankenversicherungen von Ärzten, Spezialisten oder Krankenhäusern im Netzwerk des Plans abdeckt, es sei denn, es handelt sich um einen Notfall oder eine Dringlichkeitssituation. Ein Netzwerk ist eine Gruppe von Ärzten, Krankenhäusern und medizinischen Einrichtungen, die einen Vertrag zur Erbringung von Dienstleistungen abgeschlossen haben. Für die meisten HMOs ist es auch erforderlich, dass Sie sich von Ihrem Hausarzt eine Überweisung für die fachärztliche Versorgung einholen lassen, damit Ihre Versorgung koordiniert wird.

## **Kann ich meine medizinische Versorgung von einem Arzt, einem anderen Gesundheitsdienstleister oder einem Krankenhaus erhalten?**

In HMO-Plänen müssen Sie Ihre Pflege und Dienstleistungen im Allgemeinen von Ärzten oder Krankenhäusern im Netzwerk des Plans beziehen (mit Ausnahme der Notfallversorgung, der Notfallversorgung außerhalb des Gebiets oder der Dialyse außerhalb des Gebiets).

## Verschiedene Medicare-Advantage-Pläne (Fortsetzung)

### Gesundheitserhaltungsorganisation (Health Maintenance Organization (HMO)) -Pläne (Fortsetzung)

Sie zahlen weniger, wenn Sie Ärzte aufsuchen und medizinische Einrichtungen nutzen, die sich im Netzwerk Ihres Plans befinden. Wenn Sie eine medizinische Versorgung außerhalb des Netzes des Plans erhalten, müssen Sie möglicherweise die vollen Kosten tragen. Es ist wichtig, dass Sie die Regeln des Plans einhalten, z. B. bei Bedarf eine vorherige Genehmigung für einen bestimmten Service einzuholen. In den meisten Fällen müssen Sie einen Hausarzt wählen. Bestimmte Dienste, wie jährliche Screening-Mammographien, erfordern keine Überweisung. Wenn Ihr Arzt oder ein anderer Gesundheitsdienstleister das Netzwerk des Plans verlässt, werden Sie von Ihrem Plan benachrichtigt. Sie können einen anderen Arzt im Netzwerk des Plans auswählen.

HMO-Point-of-Service-Pläne (HMOPOS) sind HMO-Pläne, **mit denen Sie möglicherweise einige Dienstleistungen für eine höhere Zuzahlung oder Mitversicherung außerhalb des Netzwerks nutzen können**. Es ist wichtig, dass Sie die Regeln des Plans einhalten, z. B. bei Bedarf eine vorherige Genehmigung für einen bestimmten Service einzuholen.

Der POS-Teil des Plans hat einen separaten Selbstbehalt. Die Versorgung, die Sie über das HMO im Netzwerk erhalten, hat einen anderen Selbstbehalt als die Pflege, die Sie über den POS außerhalb des Netzwerks erhalten. Sie müssen die beiden Selbstbehalte getrennt erreichen.

### **Sind verschreibungspflichtige Medikamente versichert?**

In den meisten Fällen sind verschreibungspflichtige Medikamente in Medicare-HMO-Plänen enthalten. Wenn Sie einen Versicherungsschutz für verschreibungspflichtige Medikamente abschließen möchten, müssen Sie einem HMO-Plan beitreten, der einen Versicherungsschutz für verschreibungspflichtige Medikamente umfasst. Wenn Sie einer HMO beitreten, die keine Versicherungsschutz für verschreibungspflichtige Medikamente umfasst, können Sie keinen separaten Medicare-Plan mit Versicherungsschutz für verschreibungspflichtige Medikamente (Teil D) erwerben.

## Verschiedene Medicare-Advantage-Pläne (Fortsetzung)

### **Preferred Provider Organization (PPO) -Pläne:**

Ein Preferred Provider Organization (PPO) -Plan ist ein Medicare Advantage-Plan mit einem Netzwerk von Hausärzten, Spezialisten und Krankenhäusern, die Sie möglicherweise aufsuchen. Sie können auch einen Arzt, einen Spezialisten oder ein Krankenhaus aufsuchen, die nicht auf der Liste des Plans (außerhalb des Netzwerks) stehen. In der Regel kostet dies jedoch mehr. Da bestimmte Anbieter (wie der Name schon sagt) bevorzugt werden, können Sie Geld sparen, wenn Sie diese besuchen.

### **Kann ich meine medizinische Versorgung von einem Arzt, einem anderen Gesundheitsdienstleister oder einem Krankenhaus erhalten?**

In den meisten Fällen können Sie Ihre medizinische Versorgung in PPO-Plänen von einem Arzt, einem anderen Gesundheitsdienstleister oder einem Krankenhaus beziehen.

PPO-Pläne haben Netzwerkärzte, andere Gesundheitsdienstleister und Krankenhäuser. Bei jedem Plan haben Sie die Wahl, zu Ärzten, Spezialisten oder Krankenhäusern zu gehen, die nicht auf der Liste des Plans stehen. Wenn Sie sich jedoch von einem Netzbetreiber betreuen lassen, kostet dies in der Regel weniger.

Sie können sich von Spezialisten ohne Überweisung oder vorherige Genehmigung eines anderen Arztes behandeln lassen. Wenn Sie Spezialisten aus dem Plan aufsuchen, sind Ihre Kosten für versicherte Leistungen in der Regel niedriger als bei Einsatz von Spezialisten außerhalb des Plans.

### **Sind verschreibungspflichtige Medikamente abgedeckt?**

In den meisten Fällen sind verschreibungspflichtige Medikamente in PPO-Plänen enthalten. Wenn Sie einen Medicare-Plan mit Versicherungsschutz für verschreibungspflichtige Medikamente wünschen, müssen Sie einem PPO-Plan beitreten, der einen Versicherungsschutz für verschreibungspflichtige Medikamente umfasst. Wenn Sie einem PPO-Plan beitreten, der keinen Versicherungsschutz für verschreibungspflichtige Medikamente umfasst, können Sie keinem separaten Medicare-Plan mit Versicherungsschutz für verschreibungspflichtige Medikamente (Teil D) beitreten.

## Verschiedene Medicare-Advantage-Pläne (Fortsetzung)

### **Private Fee-for-Service (PFFS) -Pläne:**

Ein Private Fee-for-Service-Plan (PFFS) ist eine andere Art von Medicare-Advantage-Plan, der von einer privaten Krankenkasse angeboten wird. Ein PFFS-Plan ist nicht das Gleiche wie Original Medicare oder Medicare Supplement (Medigap).

### **Kann ich meine medizinische Versorgung von jedem Arzt, anderen Gesundheitsdienstleister oder Krankenhaus erhalten?**

Sie können sich an einen von Medicare zugelassenen Arzt, einen anderen Gesundheitsdienstleister oder ein Krankenhaus wenden, sofern dieser die Zahlungsbedingungen des Plans akzeptiert und sich damit einverstanden erklärt, Sie zu behandeln. Wenn Sie einem PFFS-Plan beitreten, der über ein Netzwerk verfügt, können Sie auch alle Netzwerkanbieter sehen, die zugestimmt haben, Planmitglieder immer zu behandeln. Sie können auch einen Arzt außerhalb des Netzwerks, ein Krankenhaus oder einen anderen Anbieter auswählen, der die Bedingungen des Plans akzeptiert, aber möglicherweise mehr bezahlt.

Bevor Sie Dienstleistungen in Anspruch nehmen, fragen Sie Ihren Arzt oder Ihr Krankenhaus, ob diese die Zahlungsinformationen für den Plan erhalten und die Zahlungsbedingungen des Plans akzeptieren kann. Wenn Sie eine Notfallversorgung benötigen, ist geregelt, ob der Anbieter die Zahlungsbedingungen des Plans akzeptiert oder nicht.

### **Wenn Ihr Anbieter den Zahlungsbedingungen des Plans zustimmt**

Der Anbieter muss die Zahlungsbedingungen des Plans befolgen und dem Plan die von ihm für Sie erbrachten Dienstleistungen in Rechnung stellen. Der Anbieter kann jedoch bei jedem Besuch entscheiden, ob er den Plan annimmt und sich bereit erklärt, Sie zu behandeln.

## Verschiedene Medicare-Advantage-Pläne (Fortsetzung)

### Private Fee-for-Service (PFFS) -Pläne (Fortsetzung)

#### **Wenn Ihr Anbieter den Zahlungsbedingungen des Plans nicht zustimmt**

Der Anbieter sollte Ihnen nur in Notfällen Dienste anbieten, und Sie müssen einen anderen Anbieter finden, der den PFFS-Plan akzeptiert.

Wenn der Anbieter Sie behandelt, kann er Ihnen keine Rechnung stellen. Sie müssen den Plan für Ihre versicherten Gesundheitsdienste in Rechnung stellen. Sie müssen nur die Zuzahlung oder Mitversicherung bezahlen, die der Plan für die Arten von Diensten zulässt, die Sie zum Zeitpunkt der Dienstleistung erhalten. Möglicherweise müssen Sie einen zusätzlichen Betrag bezahlen (bis zu 15% mehr), wenn der Plan es Anbietern ermöglicht, die Rechnung auszugleichen (wenn ein Anbieter Ihnen die Differenz zwischen der Gebühr des Anbieters und dem zulässigen Betrag in Rechnung stellt).

#### **Sind verschreibungspflichtige Medikamente abgedeckt?**

Verschreibungspflichtige Medikamente können in einem PFFS-Plan abgedeckt sein. Wenn Sie einen Medicare-Plan mit Versicherungsschutz für verschreibungspflichtige Medikamente wünschen, und dieser vom Plan angeboten wird, müssen Sie Ihren Versicherungsschutz für verschreibungspflichtige Medikamente aus diesem Plan beziehen.

Wenn der PFFS-Plan keinen Versicherungsschutz für verschreibungspflichtige Medikamente anbietet, können Sie einem separaten Medicare-Plan mit Versicherungsschutz für verschreibungspflichtige Medikamente (Teil D) beitreten, um Versicherungsschutz zu erhalten.

## Verschiedene Medicare-Advantage-Pläne (Fortsetzung)

### Special Needs (SNPs) -Pläne:

Ein Plan für besondere Bedürfnisse (Special Needs Plan, SNP) bietet Leistungen und Dienstleistungen für Menschen mit bestimmten Krankheiten, bestimmten Gesundheitsbedürfnissen oder begrenzten Einkommen. SNPs passen ihre Vorteile, Anbietersauswahl und Arzneimittelliste an die spezifischen Bedürfnisse der Gruppen an, denen sie dienen.

SNPs decken die gleichen Medicare-Leistungen ab, die alle Medicare Advantage-Pläne abdecken. Medicare-SNPs decken möglicherweise auch zusätzliche Leistungen ab, die auf die speziellen Gruppen zugeschnitten sind, die sie bedienen. Wenn Sie beispielsweise an einer schweren oder chronischen Erkrankung wie Krebs oder chronischer Herzinsuffizienz leiden und einen Krankenhausaufenthalt benötigen, kann ein SNP zusätzliche Tage im Krankenhaus abdecken.

Sie können sich für ein SNP qualifizieren, wenn Sie im Leistungsbereich des Plans wohnen und eine der folgenden Anforderungen erfüllen:

- Sie haben eine chronische Erkrankung, wie eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen (auch als **chronische Erkrankung SNP oder C-SNP** bezeichnet):
  - Chronischer Alkohol- und andere Sucht
  - Autoimmunerkrankungen
  - Krebs (ohne Krebsvorstufen)
  - Herz-Kreislaufstörungen
  - Chronische Herzinsuffizienz
  - Demenz
  - Diabetes Mellitus
  - Lebererkrankung im Endstadium
  - Terminalen Niereninsuffizienz (ESRD), die eine Dialyse erfordert (jede Art der Dialyse)
  - Schwere hämatologische Erkrankungen
  - HIV/AIDS
  - Chronische Lungenerkrankungen
  - Chronische und behindernde psychische Erkrankungen
  - Neurologische Störungen
  - Schlaganfall

## Verschiedene Medicare-Advantage-Pläne (Fortsetzung)

### Special Needs (SNP) -Pläne (Fortsetzung)

- Sie wohnen in einer Einrichtung (wie einem Pflegeheim) oder benötigen eine häusliche Pflege (auch **Institutional SNP** oder **I-SNP** genannt).
- Sie haben sowohl Medicare als auch Medicaid (auch als **Dual Eligible SNP** oder **D-SNP** bezeichnet).

Jeder SNP beschränkt seine Mitgliedschaft auf Personen in einer dieser Gruppen oder auf eine Untergruppe dieser Gruppen. Sie können nur bei einem SNP angemeldet bleiben, wenn Sie weiterhin die besonderen Bedingungen erfüllen, denen der Plan dient.

### **Kann ich meine medizinische Versorgung von einem Arzt, einem anderen Gesundheitsdienstleister oder einem Krankenhaus erhalten?**

Im Allgemeinen müssen Sie Ihre Pflege und Dienstleistungen von Ärzten, anderen Gesundheitsdienstleistern oder Krankenhäusern im Netz des Plans beziehen (mit Ausnahme der Notfallversorgung, der Notfallversorgung außerhalb des Gebiets oder der Dialyse außerhalb des Gebiets).

In den meisten Fällen können SNPs verlangen, dass Sie einen Hausarzt aufsuchen, oder der Plan sieht vor, dass Sie einen Pflegekoordinator benötigen, der Sie bei Ihrer Gesundheitsversorgung unterstützt. Ein Pflegekoordinator ist jemand, der dafür sorgt, dass die Menschen die richtige Pflege und Information erhalten. Beispielsweise könnte ein SNP für Menschen mit Diabetes einen Pflegekoordinator einsetzen, um Mitgliedern bei der Überwachung ihres Blutzuckers und der Einhaltung ihrer Diät zu helfen.

SNPs haben in der Regel Spezialisten für die Krankheiten oder Zustände, die ihre Mitglieder betreffen. Im Allgemeinen müssen Sie Ihre Pflege und Dienstleistungen von Ärzten oder Krankenhäusern im Netz des Plans beziehen, außer:

- Wenn Sie eine Notfall- oder Ungleichgewichtsversorgung benötigen, erhalten Sie wie bei einer plötzlichen Krankheit oder Verletzung sofort medizinische Hilfe
- Wenn Sie an einer terminalen Niereninsuffizienz (ESRD) leiden und eine Dialyse außerhalb des Gebietes benötigen

### **Sind verschreibungspflichtige Medikamente abgedeckt?**

Alle SNPs müssen einen Versicherungsschutz für verschreibungspflichtige Medikamente von Medicare anbieten (Teil D).

## Verschiedene Medicare-Advantage-Pläne (Fortsetzung)

### Medical Savings Account (MSA) -Pläne:

MSA-Pläne (Medical Savings Account) kombinieren eine Versicherung mit hohem Selbstbehalt mit einem medizinischen Sparkonto, mit dem Sie Ihre Gesundheitskosten bezahlen können.

1. **Krankenversicherung mit hohem Selbstbehalt:** Der erste Teil eines MSA-Plans ist eine spezielle Art von Medicare Advantage-Plan mit hohem Selbstbehalt. Der Plan beginnt erst dann, Ihre Kosten zu decken, wenn Sie einen hohen jährlichen Selbstbehalt haben, der je nach Plan variiert.
2. **Medizinisches Sparkonto (MSA):** Der zweite Teil eines MSA-Plans ist ein spezielles Sparkonto. Der MSA-Plan zahlt Geld auf Ihr Konto ein. Sie können Geld von diesem Sparkonto verwenden, um Ihre Gesundheitskosten zu bezahlen, bevor Sie den Selbstbehalt begleichen.

Zusätzlich zu den Medicare-Leistungen Teil A und Teil B, die alle MSA-Pläne abdecken müssen, können einige MSA-Pläne zusätzliche Leistungen gegen zusätzliche Kosten abdecken, wie:

- Zahnarzt
- Augenarzt
- Langzeitpflege, die nicht von Medicare abgedeckt wird

### Kann ich meine medizinische Versorgung von jedem Arzt, anderen Gesundheitsdienstleister oder Krankenhaus erhalten?

Mit einem MSA-Plan können Sie Ihre Gesundheitsdienstleister und -anbieter auswählen.

### Sind verschreibungspflichtige Medikamente abgedeckt?

Wenn Sie einem MSA-Plan beitreten, müssen Sie einem Medicare-Plan mit Versicherungsschutz für verschreibungspflichtige Medikamente (Teil D) beitreten, um einen Versicherungsschutz für verschreibungspflichtige Medikamente abzuschließen.

Wenn Sie sich jedoch einem MSA-Plan anschließen und bereits eine Medigap-Police mit Versicherungsschutz für verschreibungspflichtige Medikamente abgeschlossen haben (einige vor dem 1. Januar 2006 verkaufte Policen hatten Versicherungsschutz für verschreibungspflichtige Medikamente), können Sie diese Police weiterhin verwenden, um für einige Ihrer Medikamente zu bezahlen.

Sobald Sie sich für einen MSA-Plan entschieden haben, müssen Sie sich an den Plan wenden, um Informationen zur Registrierung zu erhalten und Mitglied zu werden. Sobald Sie sich angemeldet haben, erfahren Sie im Plan, wie Sie Ihr Konto bei einer Bank einrichten, die der Plan auswählt. Sie müssen dieses Konto einrichten, bevor der Plan Ihre Registrierung verarbeiten kann. Nachdem Sie einen Brief vom Plan erhalten haben, in dem angegeben wird, wann Ihr Versicherungsschutz beginnt:

## Verschiedene Medicare-Advantage-Pläne (Fortsetzung)

### Medical Savings Account-Pläne (Fortsetzung)

1. Medicare gibt dem Plan jedes Jahr einen Geldbetrag für Ihre Gesundheitsfürsorge.
2. Der Plan zahlt in Ihrem Namen Geld auf Ihr Konto ein. Sie können kein eigenes Geld einzahlen.
3. Sie können das Geld auf Ihrem Konto verwenden, um Ihre Gesundheitskosten zu bezahlen, einschließlich der Gesundheitskosten, die nicht von Medicare übernommen werden. Wenn Sie Geld von dem Konto für Medicare-gedeckte Teil A- und Teil B-Leistungen verwenden, wird es auf den Selbstbehalt Ihres Plans angerechnet.
4. Wenn Sie das gesamte Geld auf Ihrem Konto verbrauchen und zusätzliche Gesundheitskosten haben, müssen Sie Ihre Medicare-versicherten Leistungen aus eigener Tasche bezahlen, bis Sie den Selbstbehalt Ihres Plans erreicht haben.
5. Während der Zeit, in der Sie aus eigener Tasche für Dienstleistungen bezahlen, bevor der Selbstbehalt erfüllt ist, können Ärzte und andere Anbieter Ihnen nicht mehr als den von Medicare genehmigten Betrag in Rechnung stellen.
6. Nachdem Sie Ihren Selbstbehalt erreicht haben, deckt Ihr Plan Ihre Medicare-versicherten Leistungen ab.
7. Gelder, die am Ende des Jahres auf Ihrem Konto verbleiben, verbleiben auf dem Konto und können in zukünftigen Jahren für die Gesundheitskosten verwendet werden. Wenn Sie im folgenden Jahr bei demselben MSA-Plan bleiben, wird die neue Einzahlung zu allen verbleibenden Beträgen hinzugerechnet.

### MSA-Pläne und Ihre Steuern

Wenn Sie Guthaben von Ihrem Konto verwenden, müssen Sie IRS-Formular 8853 mit Informationen darüber, wie Sie Ihr Kontogeld verwendet haben, mit Ihrer Steuererklärung einreichen.

Jedes Jahr sollten Sie ein 1099-SA-Formular von Ihrer Bank erhalten, das alle Abbuchungen von Ihrem Konto auflistet. Sie müssen nachweisen, dass Sie mindestens diesen Betrag für qualifizierte medizinische Ausgaben aufgewendet haben, oder Sie müssen möglicherweise Steuern und zusätzliche Strafen zahlen.

Unter [irs.gov/forms-pubs/about-publication-969](https://www.irs.gov/forms-pubs/about-publication-969) finden Sie eine Liste der Dienstleistungen und Produkte, die als qualifizierte medizinische Ausgaben gelten, um ein kostenloses Exemplar der IRS-Publikation Nr. 969 für das Jahr erhalten, für das Sie ihre Steuererklärung machen, um weitere Informationen zum Steuerformular 8853 zu erhalten.

Wenden Sie sich an Ihren persönlichen Finanzberater (falls vorhanden), um Ratschläge zu erhalten, wie sich die Auswahl eines MSA-Plans auf Ihre finanzielle Situation auswirken kann.

## Medicare-Advantage-Pläne direkt miteinander vergleichen

Die folgende Tabelle enthält grundlegende Informationen zu jeder Art von Medicare-Advantage-Plan.

	HMO	PPO	PFFS	SNP	MSA
<b>Beitrag</b> Muss ich einen monatlichen Beitrag zahlen?	<b>Ja</b> Könnte zusätzlich zu Teil B einen Beitrag fordern.	<b>Ja</b> Könnte zusätzlich zu Teil B einen Beitrag fordern.	<b>Ja</b> Könnte zusätzlich zu Teil B einen Beitrag fordern.	<b>Ja</b> Könnte zusätzlich zu Teil B einen Beitrag fordern.	<b>Nein</b> Sie müssen keine monatliche Prämie zahlen, aber Sie zahlen weiterhin die monatliche Prämie für Teil B.
<b>Medikamente</b> Umfasst der Plan einen Versicherungsschutz für verschreibungspflichtige Medikamente?	<b>Normalerweise</b> Wenn Sie einem HMO beitreten der keinen Versicherungsschutz für verschreibungspflichtige Medikamente anbietet, können Sie keinen separaten Versicherungsschutz für verschreibungspflichtige Medikamente erwerben.	<b>Normalerweise</b> Wenn Sie einem PPO beitreten der keinen Versicherungsschutz für verschreibungspflichtige Medikamente anbietet, können Sie keinen separaten Versicherungsschutz für verschreibungspflichtige Medikamente erwerben.	<b>Normalerweise</b> Wenn Sie einem PFFS-Plan beitreten, der keinen Versicherungsschutz für verschreibungspflichtige Medikamente anbietet, können Sie einen separaten Versicherungsschutz für verschreibungspflichtige Medikamente erwerben.	<b>Ja</b> Alle SNPs müssen einen Versicherungsschutz für verschreibungspflichtige Medikamente von Medicare anbieten.	<b>Nein</b> Sie müssen einen separaten Versicherungsschutz für verschreibungspflichtige Medikamente erwerben. Wenn Sie bereits eine Medigap-Police mit Versicherungsschutz für verschreibungspflichtige Medikamente abgeschlossen haben, können Sie diese weiterhin verwenden, um einige Ihrer Arzneimittel zu bezahlen.
<b>Anbieter</b> Kann ich jeden Arzt oder jedes Krankenhaus, die bzw. das Medicare akzeptiert, für versicherte Leistungen nutzen?	<b>Vielleicht</b> Im Allgemeinen müssen Sie Ihre Pflege und Dienstleistungen von Ärzten, anderen Gesundheitsdienstleistern oder Krankenhäusern im Netz des Plans beziehen (mit Ausnahme der Notfallversorgung oder der Dialyse außerhalb des Gebiets)  In einem HMOPOS können Sie möglicherweise <b>einige</b> Dienste für eine höhere Zuzahlung oder Mitversicherung aus dem Netzwerk holen.	<b>Ja</b> Jeder Plan verfügt über ein Netzwerk von Ärzten, Krankenhäusern und anderen Anbietern, zu denen Sie gehen können. Möglicherweise können Sie das Anbieternetzwerk des Plans verlassen, aber Ihre Kosten könnten höher ausfallen.	<b>Ja</b> Sie können sich an einen von Medicare zugelassenen Arzt, einen anderen Gesundheitsdienstleister oder ein Krankenhaus wenden, <b>der die Zahlungsbedingungen des Plans akzeptiert und sich damit einverstanden erklärt, Sie zu behandeln.</b> Wenn der Plan über ein Netzwerk verfügt, können Sie einen beliebigen Netzwerkanbieter verwenden (wenn Sie zu einem Anbieter außerhalb des Netzwerks gehen, der die Bedingungen des Plans akzeptiert, zahlen Sie möglicherweise mehr).	<b>Nein</b> Im Allgemeinen müssen Sie Ihre Pflege und Leistungen von Ärzten oder Krankenhäusern im SNP-Netzwerk beziehen (mit Ausnahme von Notfall- oder Notfallversorgung oder wenn Sie an einer terminalen Niereninsuffizienz (ESRD) leiden und eine Dialyse außerhalb des Gebietes benötigen).	<b>Ja</b> Sie haben Flexibilität bei der Auswahl Ihrer Gesundheitsdienste und -anbieter.
<b>Überweisung</b> Brauche ich eine Überweisung von meinem Arzt, um einen Spezialisten aufzusuchen?	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>Vielleicht</b> Pläne können variieren.	<b>Vielleicht</b>	<b>Nein</b>

## Was ist, wenn ich eine Medicare-Zusatzkrankenversicherungspolice (Medigap) habe?

Medigap-Versicherungen können nicht mit Medicare Advantage-Plänen verwendet werden. Wenn Sie eine Medigap-Police haben und einem Medicare Advantage-Plan beitreten, können Sie Ihre Medigap-Police löschen. Sie können Ihre Medigap-Police nicht zur Zahlung von Zuzahlungen, Selbstbehalten und Prämien für den Medicare Advantage-Plan verwenden.

Wenn Sie Ihre Medigap-Police kündigen möchten, wenden Sie sich an die Versicherungsgesellschaft, die Ihre Police anbietet. **Wenn Sie die Medigap-Police kündigen, können Sie möglicherweise nicht dieselbe oder in einigen Fällen keine andere Medigap-Police erhalten.** Wenn Sie bereits einen Medicare-Advantage-Plan haben, ist es für jedermann illegal, Ihnen eine Medigap-Police verkaufen, es sei denn, Sie wechseln zurück zu Original Medicare.

Wenn Sie zum ersten Mal einem Medicare-Advantage-Plan beitreten und feststellen, dass der Plan nicht für Sie geeignet ist, haben Sie ein spezielles Recht (sogenanntes "Versuchsrecht"), eine Medigap-Police zu kaufen. Sie haben dieses Recht, wenn Sie innerhalb von 12 Monaten nach Ihrem Beitritt zu Original Medicare zurückkehren.

- Wenn Sie vor Ihrem Beitritt eine Medigap-Police hatten, können Sie möglicherweise dieselbe Versicherung zurückerhalten, wenn das Unternehmen sie noch anbietet. Wenn es nicht verfügbar ist, können Sie eine andere Medigap-Police kaufen.
- Die Medigap-Police kann nicht mehr für verschreibungspflichtige Medikamente gelten, auch wenn Sie dies zuvor getan haben. Möglicherweise können Sie jedoch einem Medicare-Plan mit Versicherungsschutz für verschreibungspflichtige Medikamente beitreten.
- Wenn Sie einem Medicare-Advantage-Plan beigetreten sind, als Sie zum ersten Mal für Medicare berechtigt waren, können Sie aus allen in Ihrem Bundesstaat verfügbaren Medigap-Policen auswählen.

Ab dem 1. Januar 2020 dürfen Medigap-Pläne, die an Medicare-Neulinge verkauft wurden, den Teil-B-Selbstbehalt nicht mehr abdecken dürfen. Aus diesem Grund stehen die Pläne C und F Personen nicht zur Verfügung, die ab dem 1. Januar 2020 Anspruch auf Medicare haben. Wenn Sie bereits über einen dieser beiden Pläne (oder die Version mit hohem Selbstbehalt von Plan F) verfügen oder vor dem 1. Januar 2020 über einen dieser Pläne verfügen, können Sie Ihren Plan behalten. Wenn Sie sich vor dem 1. Januar 2020 für Medicare qualifiziert haben, aber noch nicht angemeldet sind, können Sie möglicherweise einen dieser Pläne kaufen.

## Wo kann ich mehr Informationen erhalten?

- **Medicare Plan Finder**

Der Medicare Plan Finder ist eine Online-Ressource, mit der Sie alle verfügbaren Optionen für Arzneimittel- und Gesundheitspläne anzeigen und vergleichen können. Besuchen Sie den Medicare Plan Finder unter [Medicare.gov/plan-compare](https://www.Medicare.gov/plan-compare) und suchen Sie nach der Postleitzahl, um verfügbare Pläne in Ihrer Nähe zu finden und zu vergleichen. Sie können sich auch in Ihr MyMedicare.gov-Konto einloggen, um personalisierte Ergebnisse zu erhalten.

- **1-800-MEDICARE**

Das Medicare Call Center kann Ihnen bei speziellen Fragen zu Abrechnungen, Forderungen, Krankenakten, Ausgaben und mehr behilflich sein. Rufen Sie 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) an. Benutzer von Texttelefonen können die Nummer 1-877-486-2048 anrufen.

- **SHIPs (State Health Insurance Assistance Programs) (staatliche Krankenversicherungsprogramme)**

SHIPs sind staatliche Programme, die von der US-Bundesregierung Geld erhalten, um Menschen mit Medicare eine kostenlose örtliche Krankenversicherungsberatung zu ermöglichen. SHIPs sind nicht mit einer Versicherungsgesellschaft oder einem Krankenversicherungsplan verbunden. Freiwillige Helfer von SHIP können Ihnen bei folgenden Medicare-Fragen oder -Anliegen helfen:

- Ihren Medicare-Rechten
- Abrechnungsproblemen
- Beschwerden über Ihre medizinische Versorgung oder Behandlung
- Plan-Alternativen
- Zusammenarbeit von Medicare mit anderen Versicherungen
- Finden von Hilfe bei der Bezahlung der Gesundheitskosten

Sie finden die Telefonnummer für das SHIPs Ihres Staates unter [shiptacenter.org](https://www.shiptacenter.org) oder telefonisch unter 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Benutzer von Texttelefonen können die Nummer 1-877-486-2048 anrufen.

- **Medicare-Advantage-Pläne**

Wenden Sie sich an die Pläne, an denen Sie interessiert sind, um detaillierte Informationen zu Kosten und Deckung zu erhalten.

## Zugängliche CMS-Kommunikation

Um sicherzustellen, dass Personen mit Behinderungen gleiche Möglichkeiten des Zugangs zu unseren Dienstleistungen, Aktivitäten, Programmen oder anderen Leistungen zu haben, stellen wir Mitteilungen in behindertengerechten Formaten zur Verfügung. Die Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) bieten kostenlose Hilfs- und Serviceleistungen an, einschließlich Informationen in zugänglichen Formaten wie Braille, Großdruck, Daten-/Audiodateien, Relaydiensten und TTY-Kommunikation. Wenn Sie Informationen in einem zugänglichen Format von CMS anfordern, werden Sie nicht durch zusätzlichen Zeitaufwand für deren Bereitstellung benachteiligt. Dies bedeutet, dass Sie zusätzliche Zeit haben, um Maßnahmen zu ergreifen, wenn sich die Erfüllung Ihrer Anfrage verzögert.

Um Medicare- oder Marketplace-Informationen in einem zugänglichen Format anzufordern, können Sie:

**1. Anrufen:**

Für Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

TTY: 1-877-486-2048

**2. E-Mails:** an [altformatrequest@cms.hhs.gov](mailto:altformatrequest@cms.hhs.gov)

**3. Faxen:** 1-844-530-3676

**4. Schreiben:**

Centers for Medicare & Medicaid Services  
Offices of Hearings and Inquiries (OHI)  
7500 Security Boulevard, Mail Stop S1-13-25  
Baltimore, MD 21244-1850  
Attn: Customer Accessibility Resource Staff

Ihre Anfrage sollte Ihren Namen, Ihre Telefonnummer, die Art der benötigten Informationen (falls bekannt) und die Postanschrift enthalten, an die wir die Materialien senden sollen. Wir kontaktieren Sie evtl. für weitere Informationen.

**Hinweis:** Wenn Sie sich für einen Medicare Advantage-Plan oder einen Medicare-Plan mit Versicherungsschutz für verschreibungspflichtige Medikamente angemeldet haben, wenden Sie sich an Ihren Plan, um dessen Informationen in einem zugänglichen Format anzufordern. Informationen zu Medicaid erhalten Sie von Ihrem staatlichen oder örtlichen Medicaid-Büro.

## Nichtdiskriminierungshinweis

Die Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) schließen keine Personen aufgrund von Rasse, Hautfarbe, nationaler Herkunft, Behinderung, Geschlecht oder Alter bei der Anmeldung zu, Teilnahme an, Erhalt der Leistungen und Vorteile im Rahmen eines seiner Programme und Aktivitäten aus oder, verweigern Vorteile oder diskriminieren sie anderweitig, unabhängig davon, ob diese von CMS direkt oder über einen Auftragnehmer oder eine andere Einrichtung ausgeführt werden, mit denen CMS die Durchführung seiner Programme und Aktivitäten arrangiert hat.

Sie können CMS auf eine der in dieser Mitteilung beschriebenen Arten kontaktieren, wenn Sie Bedenken haben, Informationen in einem von Ihnen verwendeten Format abzurufen.

Sie können auch eine Beschwerde einreichen, wenn Sie der Ansicht sind, in einem CMS-Programm oder einer CMS-Aktivität diskriminiert worden zu sein, einschließlich Problemen beim Abrufen von Informationen in einem zugänglichen Format von einem Medicare-Advantage-Plan, einem Medicare-Plan mit Versicherungsschutz für verschreibungspflichtige Medikamente, einem örtlichen oder bundesstaatlichen Medicaid-Büro oder für den Marketplace qualifizierten Krankenversicherungsplänen. Es gibt drei Möglichkeiten, eine Beschwerde beim US-Gesundheitsministerium und beim Amt für Bürgerrechte einzureichen:

1. **Online** unter [hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html](https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html).
2. **Per Telefon:** Rufen Sie 1-800-368-1019 an. Benutzer von Texttelefonen können die Nummer 1-800-537-7697 anrufen.
3. **Schriftlich:** Schicken Sie Informationen über Ihre Beschwerde an:

Office for Civil Rights  
U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201







# U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

Centers for Medicare & Medicaid Services  
7500 Security Boulevard  
Baltimore, Maryland 21244-1850

Amtliche Angelegenheit  
Strafe für private Benutzung, \$300

CMS Product No. 12026-German  
September 2019

## Understanding Medicare Advantage Plans

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

