

Para entender os Planos Medicare Advantage



Este livreto oficial do governo explica:

- Como os planos Medicare Advantage são diferentes do Medicare Original
- Como funcionam os Planos Medicare Advantage
- Como aderir ao Plano Medicare Advantage



“Para entender os Planos Medicare Advantage” não é um documento legal. A orientação jurídica oficial do Programa Medicare consta nos estatutos, regulamentos e decisões relevantes.

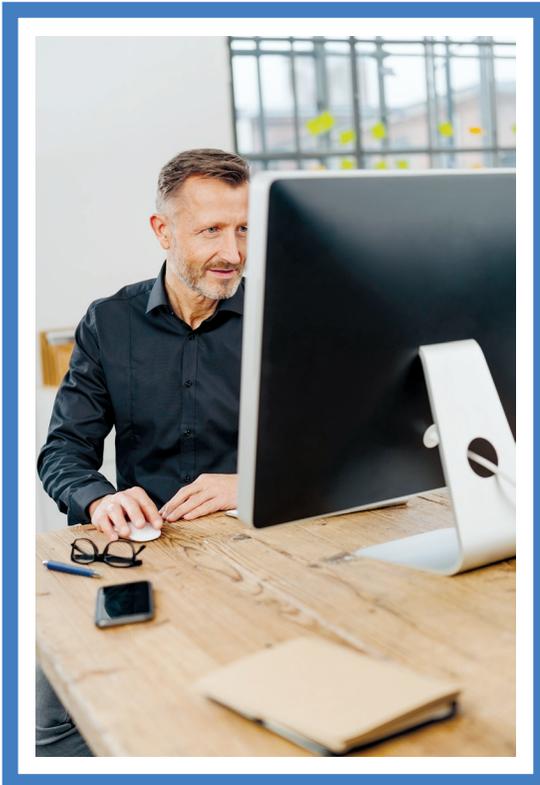
As informações deste livreto descrevem o Programa Medicare na data em que este livreto foi impresso. Podem ocorrer alterações após a impressão. Acesse [Medicare.gov](https://www.medicare.gov), ou ligue para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obter as informações mais atuais. Usuários de TTY podem ligar para 1-877-486-2048.

Índice



Introdução.	4
Quais são as diferenças entre o Medicare Original e o Medicare Advantage?	5
O que são os Planos Medicare Advantage?	9
Como funcionam os Planos Medicare Advantage?	9
O que está coberto?	9
Quais são os meus custos?.	10
Quem pode aderir a um Plano Medicare Advantage?	12
Quando posso fazer a adesão, troca ou cancelamento do Plano Medicare Advantage?	12
Como posso aderir ao Plano Medicare Advantage?	13
Posso aderir ao Plano Medicare Advantage se tiver insuficiência renal terminal (ESRD)?	14
Tipos de Planos Medicare Advantage.	15
Compare os Planos Medicare Advantage lado a lado.	24
E se eu tiver uma apólice do Seguro Complementar do Medicare (Medigap)?	25
Onde posso obter mais informações?	26

Introdução



Quando você se inscrever no Medicare pela primeira vez, e em algumas épocas do ano (como durante o período de inscrição), você pode escolher como receber sua cobertura do Medicare.

Há duas formas principais de receber o Medicare:

- **O Medicare Original** inclui a Parte A (Seguro Hospitalar) e a Parte B (Seguro Médico) do Medicare. Se você quiser cobertura de medicamentos, pode aderir a um Plano de Medicamentos de Prescrição do Medicare (Parte D) separado.
- **O Medicare Advantage (também conhecido como “Parte C”)** é uma alternativa ao Medicare Original que tem tudo incluído. Esses “pacotes” de planos incluem a Parte A, a Parte B e, geralmente, a Parte D. Eles também podem incluir benefícios extras não cobertos pelo Medicare Original.

Suas decisões sobre o plano de saúde Medicare afetam o montante que você paga pela cobertura, quais os serviços recebidos, quais médicos podem ser utilizados e a qualidade dos cuidados.

Aprender sobre as opções de cobertura do Medicare, obter ajuda de pessoas confiáveis e comparar os diferentes planos podem ajudar você a entender todas as opções disponíveis para você.

Quais são as diferenças entre o Medicare Original e o Medicare Advantage?

Medicare Original

- O Medicare Original inclui a Parte A (Seguro Hospitalar) e a Parte B (Seguro Médico) do Medicare.
- Se você quiser cobertura de medicamentos, pode aderir a um plano separado, a Parte D.
- Para ajudar no pagamento de desembolsos diretos no Medicare Original (como seu cosseguro de 20%), você também pode pesquisar e comprar cobertura complementar.
- Você pode utilizar os serviços de qualquer médico ou hospital que aceite o Medicare, em qualquer parte dos Estados Unidos.



Parte A



Parte B



Você pode adicionar:



Parte D



Você também pode adicionar:



Cobertura complementar



(Alguns exemplos incluem cobertura de uma apólice de seguro complementar do Medicare (Medigap) ou cobertura obtida por meio de ex-empregador ou sindicato.)

Medicare Advantage (também conhecido como Parte C)

- O Medicare Advantage é uma alternativa ao Medicare Original que tem tudo incluído. Esses “pacotes” de planos incluem a Parte A, a Parte B e, geralmente, a Parte D.
- Os planos podem ter desembolsos diretos menores que os do Medicare Original.
- Na maioria dos casos você deverá utilizar os serviços de médicos que fazem parte da rede do plano.
- A maioria dos planos oferecem benefícios extras que não são cobertos pelo Medicare Original, como cuidados oftalmológicos, auditivos e odontológicos, entre outros.



Parte A



Parte B



A maioria dos planos inclui:



Parte D



Benefícios extras

Alguns planos também incluem:



Desembolsos diretos (custos pagos por você) mais baixos

Original Medicare vs. Medicare Advantage

Escolha de médico e hospital

Medicare Original	Medicare Advantage
Você pode utilizar os serviços de qualquer médico ou hospital que aceite o Medicare, em qualquer parte dos Estados Unidos.	Na maioria dos casos você deverá utilizar os serviços de médicos que fazem parte da rede do plano (para cuidados não emergenciais ou não urgentes). Pergunte a seus médicos se participam de algum Plano Medicare Advantage.
Na maioria dos casos não é preciso uma guia de encaminhamento para consultar um especialista.	Você pode precisar obter uma guia de encaminhamento para consultar um especialista.

Custo

Medicare Original	Medicare Advantage
Para serviços cobertos pela Parte B, geralmente você paga 20% do montante aprovado pelo Medicare após atingir sua franquia.	Os desembolsos diretos variam: os planos podem ter valores menores de desembolso direto (montantes pagos por você) para alguns serviços.
Você paga um prêmio (pagamento mensal) pela Parte B. Se você decidir comprar uma cobertura de medicamentos de prescrição (Parte D), pagará por esse prêmio separadamente.	Você pode pagar um prêmio pelo plano , além de um prêmio mensal pela Parte B. (A maioria inclui cobertura de medicamentos de prescrição). Os planos podem ter um prêmio de US\$ 0 ou podem ajudar a pagar total ou parcialmente seus prêmios da Parte B.
Não há um limite anual para a quantia paga por você, a não ser que tenha cobertura complementar (como a apólice Medigap).	Os planos têm um limite anual para a quantia paga por você por serviços cobertos pela Parte A e Parte B do Medicare. Após atingir o limite do seu plano, você não pagará nada pelos serviços cobertos pela Parte A e Parte B pelo resto do ano.
Você pode obter cobertura complementar (como a apólice Medigap) para ajudar a pagar os demais desembolsos diretos (como o cosseguro de 20%). Ou você pode usar a cobertura de um ex-empregador ou sindicato, ou Medicaid.	Você não pode comprar nem usar cobertura complementar separada.

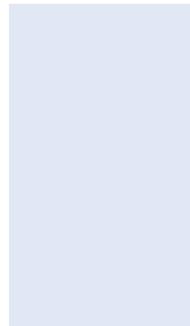
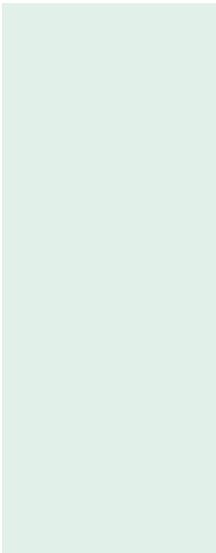
Original Medicare vs. Medicare Advantage (continuação)

Cobertura

Medicare Original	Medicare Advantage
O Medicare Original cobre a maioria dos serviços e suprimentos medicamente necessários em hospitais, consultórios médicos e outros ambientes de cuidados de saúde.	Os planos devem cobrir todos os serviços medicamente necessários que o Medicare Original cobre. A maioria dos planos pode oferecer benefícios extras que não são cobertos pelo Medicare Original , como cuidados oftalmológicos, auditivos e odontológicos, entre outros. Os planos agora podem cobrir mais desses benefícios que no passado.
Você pode aderir a um Plano de Medicamentos de Prescrição do Medicare (Parte D) separado para obter cobertura para medicamentos.	A cobertura de medicamentos de prescrição está incluída na maioria dos planos.
Na maioria dos casos, não é necessário obter aprovação prévia para um serviço ou suprimento para que este seja coberto.	Em alguns casos, é necessário obter aprovação prévia para um serviço ou suprimento para que este seja coberto pelo plano.

Viagem

Medicare Original	Medicare Advantage
De modo geral, o Medicare Original não cobre cuidados fora dos EUA . É possível que você possa comprar uma apólice Medigap para cobrir cuidados fora dos EUA.	De modo geral, os planos não cobrem cuidados fora dos EUA . Além disso, os planos não costumam cobrir atendimento não emergencial recebido fora da rede do seu plano.



Planos Medicare Advantage

Visão geral

O que são os Planos Medicare Advantage?

O Plano Medicare Advantage é outra forma de obter sua cobertura do Medicare. Os Planos Medicare Advantage, algumas vezes denominados “Parte C” ou “Planos MA”, são oferecidos por empresas privadas aprovadas pelo Medicare que devem seguir as regras estabelecidas pelo Medicare. Se você aderir ao Plano Medicare Advantage continuará tendo Medicare, mas a maior parte da sua cobertura da Parte A (Seguro Hospitalar) e da Parte B (Seguro Médico) do Medicare virá do Plano Medicare Advantage, e não do Medicare Original.

Como funcionam os Planos Medicare Advantage?

Quando você adere a um Plano Medicare Advantage, o Medicare paga todos os meses uma quantia fixa por sua cobertura para a empresa que oferece o plano. Essas empresas precisam seguir as regras de cobertura do Medicare. Os Planos Medicare Advantage têm contratos anuais com o Medicare. O plano deve lhe enviar uma notificação sobre qualquer mudança antes do início do próximo ano de inscrição.

Se você aderir a um Plano Medicare Advantage, terá os mesmos direitos e proteções que teria com o Medicare Original.

O que está coberto?

Os Planos Medicare Advantage cobrem todos os serviços da Parte A e da Parte B. Porém, se você estiver em um Plano Medicare Advantage, o Medicare Original continuará cobrindo o custo de cuidados paliativos, alguns benefícios novos do Medicare e alguns dos custos de estudos clínicos. Em todos os tipos de Planos Medicare Advantage, os cuidados de emergência e urgência sempre estarão cobertos.

Alguns Planos Medicare Advantage oferecem cobertura extra, para coisas como cuidados de oftalmológicos, auditivos e odontológicos e outros programas de saúde e bem-estar. Os planos têm um **limite anual** para a quantia paga por você por serviços cobertos pela Parte A e Parte B. Após atingir o limite do seu plano, você não pagará nada pelos serviços cobertos pela Parte A e Parte B pelo resto do ano.

O que está coberto? (continuação)

Cobertura de medicamentos de prescrição

A maioria dos Planos Medicare Advantage inclui a cobertura para medicamentos de prescrição do Medicare (Parte D). No caso de alguns tipos de planos que não incluem a cobertura de medicamentos (como os Planos com Conta de Poupança Médica e alguns Planos Privados de Pagamento por Serviço), você pode aderir a um Plano de Medicamentos de Prescrição do Medicare separado.

Observação: Se você estiver em um plano que não ofereça cobertura de medicamentos e não tiver um Plano de Medicamentos de Prescrição do Medicare, pode ser que precise pagar uma multa por inscrição tardia se posteriormente decidir aderir a um Plano de Medicamentos de Prescrição do Medicare ou obter um plano que inclua cobertura de medicamentos. Acesse [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) para saber mais sobre a multa por inscrição tardia na Parte D.

Quais são os meus custos?

A cada ano, os planos estabelecem as quantias que serão cobradas pelos prêmios, franquias e serviços. O plano (e não o Medicare) decide quanto você pagará pelos serviços cobertos que usar. A quantia que você paga ao plano só pode ser modificada uma vez por ano, em 1º de janeiro.

Você tem que pagar o prêmio da Parte B. Em 2019, o prêmio padrão da Parte B é de US\$ 135,50 (ou mais, dependendo da sua renda). Algumas pessoas que recebem benefícios de Seguro Social pagam menos que isso (US\$ 130, em média).

Ao calcular seus desembolsos diretos em um Plano Medicare Advantage, além do prêmio, da franquia, dos copagamentos e do cosseguro, você também deve levar em consideração:

- O tipo de serviços de saúde de que precisa e a frequência com que os utiliza.
- Se você se consulta com um médico ou fornecedor que aceite atribuição (assignment). A atribuição significa que seu médico, provedor ou fornecedor concorda em (ou é obrigado por lei a) aceitar o montante aprovado pelo Medicare como pagamento integral pelos serviços cobertos.
- Se o plano oferece benefícios extras que requerem um prêmio extra.
- Se você tem Medicaid ou recebe ajuda do governo estadual para os custos de saúde.

Quais são os meus custos? (continuação)

Qual é a diferença entre franquia, cosseguro e copagamento?

Franquia: Montante que você precisa pagar por cuidados de saúde ou medicamentos de prescrição antes que o Medicare Original, seu plano de medicamentos de prescrição ou outro seguro comece a pagar.

Cosseguro: Montante que você pode ter que pagar pela sua parte do custo dos serviços após o pagamento de franquias. O cosseguro geralmente é uma porcentagem (por exemplo, 20%).

Copagamento: Montante que pode ser necessário pagar como sua parte do custo de um serviço ou suprimento médico, como uma consulta médica, consulta hospitalar ambulatorial ou medicamento receitado. O copagamento geralmente tem valor predefinido, em vez de ser uma porcentagem. Por exemplo, você pode pagar US\$ 10 ou US\$ 20 por uma consulta médica ou medicamento de prescrição.

Mais detalhes sobre o custo de cada plano

Se você aderir a um Plano Medicare Advantage, examine esses avisos que você pode receber do seu plano todos os anos:

- **“Aviso de Mudança Anual” (ANOC [Annual Notice of Change]).** Inclui qualquer mudança de cobertura, custo, região de serviço e mais que será efetiva a partir de janeiro. Seu plano lhe enviará uma cópia impressa até 30 de setembro.
- **“Evidência de cobertura” (EOC [Evidence of Coverage]).** Oferece mais detalhes sobre o que o plano cobre, o quanto você paga, e mais. Seu plano lhe enviará um aviso (ou cópia impressa) até 15 de outubro que incluirá informações sobre como acessar a EOC eletronicamente ou solicitar uma cópia impressa.

Determinações da organização

Você pode obter uma decisão adiantada do seu plano para saber se um serviço, medicamento ou suprimento está coberto. Você também pode descobrir o quanto terá que pagar. Isso se chama **“determinação da organização”**. Às vezes é preciso fazer isso como autorização prévia para o serviço, medicamento ou suprimento a ser coberto.

Você, seu representante ou médico pode solicitar uma determinação da organização. Você também tem a opção de solicitar uma resposta rápida, com base nas suas necessidades de saúde. Se a cobertura for negada pelo seu plano, isto deve lhe ser informado pelo plano por escrito, e você tem o direito de fazer uma apelação.

Se um provedor do plano encaminhar você para um serviço ou provedor fora da rede do plano, mas não obtiver uma determinação da organização adiantada, **isso é chamado “cuidado guiado pelo plano”**. Na maioria dos casos você não precisará pagar mais do que o custo compartilhado normal do plano. Consulte seu plano para mais informações sobre essa proteção.

Quem pode aderir a um Plano Medicare Advantage?

Você pode aderir a um Plano Medicare Advantage se:

- Tiver a Parte A e a Parte B.
- Morar na região de serviço do plano.
- For cidadão dos EUA, tiver cidadania americana ou estiver presente legalmente nos EUA.
- Não tiver insuficiência renal terminal (ESRD [End-Stage Renal Disease]), exceto conforme explicado na página 14.

E se eu tiver outra cobertura?

Converse com seu empregador, sindicato ou outro administrador de benefícios sobre as regras deles antes de aderir ao Plano Medicare Advantage. Em alguns casos, se você aderir ao Plano Medicare Advantage, ainda poderá usar a cobertura do seu empregador ou sindicato junto com seu Plano Medicare Advantage. Em outros casos, se você aderir ao Plano Medicare Advantage poderá perder a cobertura do seu empregador ou sindicato para você, seu cônjuge e seus dependentes.

Quando posso fazer a adesão, troca ou cancelamento do Plano Medicare Advantage?

Você só pode fazer a adesão, troca ou cancelamento do Plano Medicare Advantage durante os períodos de inscrição abaixo:

- **Período de inscrição inicial:** Quando você se tornar elegível para o Medicare pela primeira vez, poderá se inscrever durante seu Período de inscrição inicial. Esse é o período de 7 meses que começa 3 meses antes do mês em que você faz 65 anos, inclui o mês em que você faz 65 anos e termina 3 meses depois do mês em que você faz 65 anos.

Se você se inscrever nos 3 primeiros meses do seu Período de inscrição inicial, na maioria dos casos a cobertura começa no primeiro dia do mês do seu aniversário. Porém, se o seu aniversário for no primeiro dia do mês, sua cobertura começará no primeiro dia do mês anterior.

Se você se inscrever no mês em que faz 65 anos ou nos 3 últimos meses do seu Período de inscrição inicial, sua data de início da cobertura será atrasada.
- **Período de inscrição geral:** Se você tiver cobertura da Parte A e obtiver a Parte B pela primeira vez durante o Período de inscrição geral (entre 1º de janeiro e 31 de março de cada ano), você também poderá aderir a um Plano Medicare Advantage nesse momento. Sua cobertura pode não começar até 1º de julho.
- **Período de inscrição aberta:** Entre 15 de outubro e 7 de dezembro, qualquer pessoa que tenha Medicare pode fazer a adesão, troca ou cancelamento de um Plano Medicare Advantage. Sua cobertura começará em 1º de janeiro, desde que o plano receba seu pedido até 7 de dezembro.

Observação:

Em algumas situações (se você se mudar, por exemplo), você pode fazer a adesão, troca ou cancelamento de um plano em outros períodos.

Quando posso fazer a adesão, troca ou cancelamento do Plano Medicare Advantage? (continuação)

Posso fazer mudanças à minha cobertura após 7 de dezembro?

Entre 1º de janeiro e 31 de março de cada ano, você pode fazer as seguintes alterações durante o **Período de inscrição aberta do Medicare Advantage**:

- Se você estiver em um Plano Medicare Advantage (com ou sem cobertura de medicamentos), pode trocar para outro Plano Medicare Advantage (com ou sem cobertura de medicamentos).
- Você pode cancelar o Plano Medicare Advantage e voltar para o Medicare Original. Você também poderá aderir a um Plano de Medicamentos de Prescrição do Medicare.

Durante esse período, você **não pode**:

- Trocar o Medicare Original por um Plano Medicare Advantage.
- Aderir a um Plano de Medicamentos de Prescrição do Medicare se estiver no Medicare Original.
- Trocar um Plano de Medicamentos de Prescrição do Medicare por outro se estiver no Medicare Original.

Você só pode fazer uma mudança durante esse período, e qualquer mudança que você fizer entrará em vigor no primeiro dia do mês após o plano receber sua solicitação. Se você estiver voltando para o Medicare Original e aderindo a um plano de medicamentos, não precisará entrar em contato com seu Plano Medicare Advantage para cancelar sua inscrição. O cancelamento da inscrição acontecerá automaticamente quando você aderir ao plano de medicamentos.

Observação: Se você aderiu a um Plano Medicare Advantage durante o seu Período de inscrição inicial, pode trocá-lo por outro Plano Medicare Advantage (com ou sem cobertura de medicamentos) ou voltar para o Medicare Original (com ou sem cobertura de medicamentos) nos 3 primeiros meses em que tiver o Medicare.

E se eu tiver uma doença pré-existente?

Você pode aderir ao Plano Medicare Advantage mesmo que tenha uma doença pré-existente, com exceção da insuficiência renal terminal (ESRD), para a qual existem regras especiais. Consulte “Posso aderir ao Plano Medicare Advantage se tiver insuficiência renal terminal (ESRD)?”, na página 14.

Como posso aderir ao Plano Medicare Advantage?

Nem todos os Planos Medicare Advantage funcionam da mesma forma. Antes de aderir, acesse [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) para encontrar e comparar os planos de saúde Medicare na sua região. Após entender as regras e os custos do plano, use uma dessas maneiras para fazer a adesão:

Como posso aderir ao Plano Medicare Advantage? (continuação)

- Acesse o localizador de planos do Medicare no site [Medicare.gov/plan-compare](https://www.Medicare.gov/plan-compare) e use o ZIP para encontrar um plano. Você também pode fazer o login para obter resultados personalizados. Se tiver dúvidas sobre um plano específico, selecione “Detalhes do plano” para obter as informações de contato do plano.
- Preencha um formulário de inscrição impresso. Entre em contato com o plano para obter um formulário de inscrição, preencha-o e envie-o de volta para o plano. Todos os planos devem oferecer essa opção.
- Ligue para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuários de TTY podem ligar para 1-877-486-2048.

Quando você aderir a um Plano Medicare Advantage, terá que fornecer as seguintes informações do seu cartão Medicare:

- Seu número Medicare
- A data em que sua cobertura da Parte A e/ou da Parte B começou.

Lembre-se, na maioria dos casos, quando você adere a um Plano Medicare Advantage, **deve usar o cartão do seu Plano Medicare Advantage** para obter os serviços cobertos pelo Medicare. Para alguns serviços, você pode precisar mostrar seu cartão Medicare vermelho, branco e azul.

Posso aderir ao Plano Medicare Advantage se tiver insuficiência renal terminal (ESRD)?

Se você tiver insuficiência renal terminal (ESRD [end-stage renal disease]), só poderá aderir ao Plano Medicare Advantage em algumas situações:

- Se você já estiver em um Plano Medicare Advantage quando desenvolver a ESRD, pode continuar no seu plano, ou é possível que possa aderir a outro Plano Medicare Advantage oferecido pela mesma empresa.
- Se você estiver em um Plano Medicare Advantage, e o plano deixar o Medicare ou não oferecer mais cobertura na sua área, você tem o direito (uma única vez) de aderir a outro Plano Medicare Advantage.
- Se você tiver um plano de saúde do seu empregador ou sindicato ou outra cobertura de saúde por meio de uma empresa que ofereça um ou mais Plano(s) Medicare Advantage, é possível que possa aderir a um dos Planos Medicare Advantage dessa empresa.
- Se houver uma determinação médica de que você não tem mais ESRD (por exemplo, se você fez um transplante renal bem sucedido), é possível que possa aderir a um Plano Medicare Advantage.
- É possível que você possa aderir a um Plano de Necessidades Especiais (SNP) do Medicare que cobre pessoas com ESRD, se houver um disponível na sua região.

Para mais informações, acesse [Medicare.gov/Publications](https://www.Medicare.gov/Publications) para ver o livreto “Medicare Coverage of Kidney Dialysis & Kidney Transplant Services” [Cobertura Medicare de serviços de diálise renal e transplante renal].

Observação:
A partir de 2021, pessoas com ESRD poderão aderir aos Planos Medicare Advantage sem essas restrições.

Tipos de Planos Medicare Advantage

Existem vários tipos de Planos Medicare Advantage:

- Planos de Organizações de Manutenção da Saúde (HMO): Veja as páginas 15–16.
- Planos de Organizações de Provedores Preferenciais (PPO): Veja a página 17.
- Planos Privados de Pagamento por Serviço (PFFS): Veja as páginas 18–19.
- Planos de Necessidades Especiais (SNPs): Veja as páginas 20–21.
- Planos com Contas de Poupança Médica (MSA): Veja as páginas 22–23.

A região onde você mora por ter todos, alguns ou nenhum desses tipos disponíveis. Além disso, pode haver diversos planos do mesmo tipo disponíveis na sua região, se empresas privadas optarem por oferecê-los. Para ver quais Planos Medicare Advantage estão disponíveis para você, acesse [Medicare.gov/plan-compare](https://www.Medicare.gov/plan-compare).

Planos de Organizações de Manutenção da Saúde (HMO)

Um plano de Organização de Manutenção da Saúde (HMO [Health Maintenance Organization]) é um tipo de Plano Medicare Advantage que costuma cobrir atendimento por médicos, especialistas ou hospitais da rede do plano, exceto em caso de atendimento de emergência ou urgência. Uma rede é um grupo de médicos, hospitais e estabelecimentos médicos que assinam um contrato com um plano para oferecer serviços. A maioria das HMOs também exige que você obtenha uma guia de encaminhamento do seu clínico geral para cuidados especializados, para que seu atendimento seja coordenado.

Posso receber cuidados de saúde de qualquer médico, outro provedor de cuidados de saúde ou hospital?

Nos planos HMO, geralmente você precisa receber seus cuidados e serviços de médicos ou hospitais que pertençam à rede do plano (exceto atendimento de emergência, atendimento de urgência fora de área ou diálise fora de área).

Tipos de Planos Medicare Advantage (continuação)

Planos de Organizações de Manutenção da Saúde (HMO) (continuação)

Você vai pagar menos se fizer consultas com médicos e usar estabelecimentos de saúde que estejam na rede do seu plano. Se você receber cuidados de saúde fora da rede do plano, pode precisar pagar o custo total. É importante seguir as regras do plano, como obter uma autorização prévia para um determinado serviço caso seja necessário.

Na maioria dos casos, será preciso escolher um clínico geral. Alguns serviços, como mamografias anuais de rastreamento, não requerem guia de encaminhamento. Se o seu médico ou outro provedor de cuidados de saúde sair da rede do plano, você será notificado pelo plano. Você pode escolher outro médico da rede do plano.

Os planos HMO de “point-of-service” [ponto de serviço] (HMOPOS) são planos HMO que **podem permitir que você obtenha alguns serviços fora da rede por um copagamento ou cosseguro maior**. É importante seguir as regras do plano, como obter uma autorização prévia para um determinado serviço caso seja necessário.

A porção POS do plano tem uma franquia separada. Os cuidados recebidos dentro da rede por meio da HMO têm uma franquia diferente dos cuidados obtidos fora da rede por meio do POS. Você precisa atingir as duas franquias separadamente.

Os medicamentos de prescrição estão cobertos?

Na maioria dos casos, os medicamentos de prescrição estão cobertos pelos planos HMO do Medicare. Se você quiser cobertura de medicamentos, terá que aderir a um plano HMO que inclua a cobertura de medicamentos de prescrição. Se você aderir a um HMO que não inclua a cobertura de medicamentos de prescrição, não poderá obter um Plano de Medicamentos de Prescrição do Medicare (Parte D) separado.

Tipos de Planos Medicare Advantage (continuação)

Planos de Organizações de Provedores Preferenciais (PPO)

O plano de Organizações de Provedores Preferenciais (PPO [Preferred Provider Organization]) é um Plano Medicare Advantage que tem uma rede de clínicos gerais, especialistas e hospitais que você pode usar. Você também pode optar por se consultar com qualquer médico, especialista ou hospital que não faça parte da lista do plano (fora da rede), mas isso geralmente custa mais caro. Já que alguns provedores são “preferenciais” (como sugere o nome), você pode economizar se utilizá-los.

Posso receber cuidados de saúde de qualquer médico, outro provedor de cuidados de saúde ou hospital?

Na maioria dos casos, você pode receber cuidados de saúde de qualquer médico, outro provedor de cuidados de saúde ou hospital nos planos PPO.

A rede dos planos PPO tem médicos, outros provedores de cuidados de saúde e hospitais. Cada plano oferece a você a opção de se consultar com médicos, especialistas ou hospitais que não estejam na lista do plano, mas geralmente é mais barato se consultar com um provedor da rede.

Você pode receber cuidados de especialistas sem precisar de guia de encaminhamento nem autorização prévia de outro médico. Se você usar os especialistas do plano, seus custos por serviços cobertos geralmente serão mais baixos do que se usar especialistas não credenciados pelo plano.

Os medicamentos de prescrição estão cobertos?

Na maioria dos casos, os medicamentos de prescrição estão cobertos pelos planos PPO. Se você quiser cobertura de medicamentos do Medicare, terá que aderir a um plano PPO que inclua a cobertura de medicamentos de prescrição. Se você aderir a um plano PPO que não inclua a cobertura de medicamentos de prescrição, não poderá aderir a um Plano de Medicamentos de Prescrição do Medicare (Parte D) separado.

Tipos de Planos Medicare Advantage (continuação)

Planos Privados de Pagamento por Serviço (PFFS)

O Plano Privado de Pagamento por Serviço (PFFS [Private Fee-for-Service]) é outro tipo de Plano Medicare Advantage oferecido por uma seguradora de saúde privada. O plano PFFS não é o mesmo que o Medicare Original nem que o complemento do Medicare (Medigap).

Posso receber cuidados de saúde de qualquer médico, outro provedor de cuidados de saúde ou hospital?

Você pode se consultar com qualquer provedor aprovado pelo Medicare, como médico, outro provedor de cuidados de saúde ou hospital, desde que ele aceite os termos de pagamento do plano e concorde em atender você. Se você aderir a um plano PFFS que tenha uma rede, você também pode se consultar com qualquer um dos provedores da rede que tenham concordado em sempre tratar os membros do plano. Você também pode escolher um médico, hospital ou outro provedor fora da rede que aceite os termos do plano, mas você pode pagar mais.

Antes de receber qualquer serviço, pergunte ao médico ou hospital se pode entrar em contato com o plano para obter informações de pagamento e aceitar os termos de pagamento do plano. Se você precisar de atendimento de emergência, ele estará coberto, independentemente de o provedor aceitar os termos de pagamento do plano.

Se o provedor concordar com os termos e condições de pagamento do plano

O provedor deve seguir os termos e condições de pagamento do plano, e cobrar o plano pelos serviços prestados a você. Porém, o provedor pode decidir a cada consulta se aceita o plano e concorda em lhe oferecer tratamento ou não.

Tipos de Planos Medicare Advantage (continuação)

Planos Privados de Pagamento por Serviço (PFFS) (continuação)

Se o provedor não concordar com os termos e condições de pagamento do plano

O provedor não deve prestar serviços para você, exceto em caso de emergência, e você precisará encontrar outro provedor que aceite o plano PFFS.

Se o provedor decidir tratar você, não poderá cobrar o valor de você. Ele terá que cobrar o plano pelos seus serviços de saúde cobertos. Você só precisa pagar o copagamento ou cosseguro permitidos pelo plano para os tipos de serviços que receber na data do serviço. Pode ser que você precise pagar uma quantia adicional (até 15% a mais) se o plano permitir aos provedores cobrar pelo balanço da conta (quando o provedor cobra de você a diferença entre o encargo do provedor e a quantia permitida).

Os medicamentos de prescrição estão cobertos?

Os medicamentos de prescrição podem estar cobertos por um plano PFFS. Se você quiser a cobertura de medicamentos de prescrição do Medicare, e ela for oferecida pelo plano, precisará obter sua cobertura de medicamentos de prescrição do Medicare desse plano.

Se o plano PFFS não oferecer cobertura de medicamentos, você pode aderir a um Plano de Medicamentos de Prescrição do Medicare (Parte D) separado para obter a cobertura.

Tipos de Planos Medicare Advantage (continuação)

Planos de Necessidades Especiais (SNP)

Os Planos de Necessidades Especiais (SNP [Special Needs Plan]) oferecem benefícios e serviços para pessoas com doenças específicas, algumas necessidades de cuidados de saúde ou renda limitada. Os SNPs ajustam seus benefícios, opções de provedores e listas de medicamentos para melhor atender às necessidades específicas dos grupos que os utilizam.

Os SNPs cobrem os mesmos serviços Medicare que todos os Planos Medicare Advantage. Os SNPs Medicare também podem cobrir serviços extras, customizados para os grupos especiais que os utilizam. Por exemplo, se você tiver uma doença grave ou crônica, como câncer ou insuficiência cardíaca crônica, e precisar de hospitalização, o SNP pode cobrir dias extras no hospital.

Você pode se qualificar para um SNP se morar na região de serviço do plano e atender a um dos requisitos abaixo:

- Você tem uma doença crônica como uma ou mais das doenças listadas abaixo (denominado **SNP de doença crônica**, ou **C-SNP**):
 - Dependência crônica de álcool ou outra substância
 - Doenças autoimunes
 - Câncer (exceto doenças pré-cancerosas)
 - Doenças cardiovasculares
 - Insuficiência cardíaca crônica
 - Demência
 - Diabetes mellitus
 - Doença hepática terminal
 - Insuficiência renal terminal (ESRD [End-Stage Renal Disease]) que requeira diálise (qualquer método de diálise)
 - Doenças hematológicas graves
 - HIV/AIDS
 - Doenças pulmonares crônicas
 - Transtornos mentais crônicos e incapacitantes
 - Doenças neurológicas
 - Derrame (AVC)

Tipos de Planos Medicare Advantage (continuação)

Planos de Necessidades Especiais (SNP) (continuação)

- Você mora em uma instituição (como casa de repouso) ou precisa de cuidados de enfermagem em casa (**denominado SNP institucional**, ou **I-SNP**).
- Você tem o Medicare e o Medicaid (**denominado SNP de dupla elegibilidade**, ou **D-SNP**).

Cada SNP limita a aderência a pessoas em um desses grupos, ou a um subconjunto de um desses grupos. Você só pode continuar inscrito(a) em um SNP se continuar a atender às condições especiais atendidas pelo plano.

Posso receber cuidados de saúde de qualquer médico, outro provedor de cuidados de saúde ou hospital?

De modo geral, você precisa receber seus cuidados e serviços de médicos, outros provedores de cuidados de saúde ou hospitais que pertençam à rede do plano (exceto atendimento de emergência, atendimento de urgência fora de área ou diálise fora de área).

Na maioria dos casos, os SNPs podem exigir que você tenha um clínico geral, ou o plano pode exigir que você tenha um coordenador de cuidados para ajudar com seus cuidados de saúde. O coordenador de cuidados é uma pessoa que ajuda a garantir que as pessoas obtenham cuidados e informações corretos. Por exemplo, um SNP para pessoas com diabetes pode usar um coordenador de cuidados para ajudar os membros a monitorar a glicemia e seguir a dieta.

Normalmente, os SNPs têm especialistas nas doenças ou distúrbios que afetam seus membros. De modo geral, você precisa receber seus cuidados e serviços de médicos ou hospitais que pertençam à rede do plano, exceto:

- Quando precisar de atendimento de emergência ou urgência, como cuidados para uma doença ou lesão súbita que necessite de assistência médica imediata
- Se você tiver insuficiência renal terminal (ESRD) e precisar de diálise fora de área

Os medicamentos de prescrição estão cobertos?

Todos os SNPs devem incluir a cobertura de medicamentos de prescrição do Medicare (Parte D).

Tipos de Planos Medicare Advantage (continuação)

Planos com Contas de Poupança Médica

Os planos com Contas de Poupança Médica (MSA [Medical Savings Account]) combinam um plano de seguro com franquia alta com uma conta de poupança médica que você pode usar para pagar pelos custos de saúde.

- 1. Plano de saúde com franquia alta:** A primeira parte do plano MSA é um tipo especial de Plano Medicare Advantage com franquia alta. O plano só começa a cobrir os seus custos após você ter atingido um valor alto de franquia anual, que varia com o plano.
- 2. Conta de Poupança Médica (MSA):** A segunda parte do plano MSA é um tipo especial de poupança. O plano MSA deposita dinheiro na sua conta. Você pode optar por usar o dinheiro dessa conta de poupança para pagar pelos custos de saúde antes de atingir a franquia.

Além dos serviços da Parte A e da Parte B do Medicare que todos os planos MSA devem cobrir, alguns planos MSA podem cobrir benefícios extras por um custo extra, como:

- Cuidados odontológicos
- Cuidados oftalmológicos
- Cuidados de longa duração não cobertos pelo Medicare

Posso receber cuidados de saúde de qualquer médico, outro provedor de cuidados de saúde ou hospital?

Com o plano MSA, você pode escolher seus serviços e provedores de saúde.

Os medicamentos de prescrição estão cobertos?

Se você aderir a um plano MSA, precisará se inscrever em um Plano de Medicamentos de Prescrição do Medicare (Parte D) para obter a cobertura de medicamentos.

Porém, se você aderir a um plano MSA e já tiver uma apólice Medigap com cobertura de medicamentos (algumas apólices vendidas antes de 1º de janeiro de 2006 tinham cobertura de medicamentos), pode continuar a usar essa cobertura para pagar por alguns dos seus medicamentos.

Quando você decidir qual plano MSA você quer, precisará entrar em contato com o plano para obter informações de inscrição e para aderir ao plano. Após a inscrição, o plano lhe informará como abrir a sua conta em um banco selecionado pelo plano. Você terá que abrir essa conta antes que o plano possa processar sua inscrição. Após receber uma carta do plano que informe a você quando começa a sua cobertura:

Tipos de Planos Medicare Advantage (continuação)

Planos com Contas de Poupança Médica (continuação)

1. O Medicare fornece uma quantia de dinheiro para o plano a cada ano para seus cuidados de saúde.
2. O plano deposita o dinheiro na sua conta em seu nome. Você não pode depositar seu próprio dinheiro.
3. Você pode usar o dinheiro na sua conta para pagar pelos custos de saúde, inclusive custos de saúde que não estejam cobertos pelo Medicare. Se você usar dinheiro da conta para serviços da Parte A e da Parte B cobertos pelo Medicare, isso conta para a franquia do seu plano.
4. Se você usar todo o dinheiro da sua conta e tiver custos de saúde adicionais, terá que pagar pelos serviços cobertos pelo Medicare do próprio bolso até atingir a franquia do plano.
5. No período em que você estiver pagando do próprio bolso por serviços antes de atingir a franquia, os médicos e outros provedores não poderão cobrar mais do que o montante aprovado pelo Medicare.
6. Após atingir a franquia, seu plano cobrirá seus serviços cobertos pelo Medicare.
7. O dinheiro que sobra na conta no final do ano fica na conta, e pode ser usado para pagar custos de saúde em anos futuros. Se você continuar no mesmo plano MSA no ano seguinte, o novo depósito será adicionado a qualquer quantia já na conta.

Planos MSA e impostos

Se você usar fundos da sua conta, precisará incluir o formulário 8853 do IRS (Receita Federal dos EUA) com as informações sobre como usou o dinheiro da conta quando fizer sua declaração de imposto de renda.

Todos os anos, você deve receber um formulário 1099-SA do seu banco que inclui todos os saques da sua conta. Você terá que demonstrar que teve despesas médicas qualificadas de pelo menos esse valor, ou pode ter que pagar impostos e multas adicionais.

Para uma lista dos serviços e produtos que contam como despesas médicas qualificadas, acesse irs.gov/forms-pubs/about-publication-969 para obter uma cópia gratuita da publicação 969 do IRS para o ano da sua declaração para Despesas médicas obter mais informações sobre o formulário 8853.

Entre em contato com seu consultor financeiro pessoal (se tiver) para receber assessoria e orientações sobre como a escolha de um plano MSA poderia afetar sua situação financeira.

Compare os Planos Medicare Advantage lado a lado

A tabela abaixo mostra informações básicas sobre cada tipo de Plano Medicare Advantage.

	HMO	PPO	PFFS	SNP	MSA
Prêmio Preciso pagar um prêmio mensal?	Sim Pode cobrar um prêmio adicional ao prêmio da Parte B.	Sim Pode cobrar um prêmio adicional ao prêmio da Parte B.	Sim Pode cobrar um prêmio adicional ao prêmio da Parte B.	Sim Pode cobrar um prêmio adicional ao prêmio da Parte B.	Não Você não precisa pagar um prêmio mensal, mas continuará a pagar o prêmio mensal da Parte B.
Medicamentos O plano oferece a cobertura de medicamentos de prescrição do Medicare?	Frequentemente Se você aderir a uma HMO que não ofereça a cobertura de medicamentos, não poderá obter um Plano de Medicamentos de Prescrição do Medicare separado.	Frequentemente Se você aderir a um plano PPO que não ofereça a cobertura de medicamentos, não poderá obter um Plano de Medicamentos de Prescrição do Medicare separado.	Frequentemente Se você aderir a um plano PFFS que não ofereça a cobertura de medicamentos, poderá obter um Plano de Medicamentos de Prescrição do Medicare separado.	Sim Todos os SNP devem incluir cobertura de medicamentos de prescrição do Medicare.	Não Você precisará aderir a um Plano de Medicamentos de Prescrição do Medicare. Se você já tiver uma apólice Medigap com cobertura de medicamentos, pode continuar a usar essa cobertura para pagar por alguns dos seus medicamentos.
Provedores Posso usar um médico ou hospital que aceite Medicare para serviços cobertos?	Talvez De modo geral, você precisa receber seus cuidados e serviços de médicos, outros provedores de cuidados de saúde ou hospitais que pertençam à rede do plano (exceto atendimento de emergência ou diálise fora de área). No HMOPOS você pode conseguir receber alguns serviços fora da rede por um copagamento ou cosseguro mais alto.	Sim Cada plano tem uma rede de médicos, hospitais e outros provedores que você pode usar. Você pode se consultar fora da rede de provedores do plano, mas seus custos podem ser mais elevados.	Sim Você pode se consultar com qualquer médico, outro provedor de cuidados de saúde ou hospital aprovado pelo Medicare que aceite os termos de pagamento do plano e concorde em atender você . Se o plano tiver uma rede, você pode usar qualquer provedor da rede (se você for atendido por um provedor fora da rede que aceite os termos do plano, você pode ter que pagar mais).	Não De modo geral, você terá que receber seus cuidados e serviços de médicos ou hospitais que pertençam à rede do SNP (exceto atendimento de emergência ou atendimento de urgência, ou se tiver insuficiência renal terminal e precisar de diálise fora de área).	Sim Você tem flexibilidade para escolher seus serviços e provedores de saúde.
Guia de encaminhamento Preciso de uma guia de encaminhamento do meu médico para me consultar com um especialista?	Sim	Não	Talvez Os planos podem variar.	Talvez	Não

E se eu tiver uma apólice do Seguro Complementar do Medicare (Medigap)?

As apólices Medigap não funcionam com os Planos Medicare Advantage. Se você tiver uma apólice Medigap e aderir a um Plano Medicare Advantage, pode ser melhor cancelar a apólice Medigap. Você não pode usar sua apólice Medigap para pagar os copagamentos, franquias e prêmios do Plano Medicare Advantage.

Se quiser cancelar sua apólice Medigap, entre em contato com a empresa de seguros que oferece sua apólice. **Se você cancelar sua apólice Medigap, é possível que não consiga obter a mesma, ou em alguns casos nenhuma, apólice Medigap de volta.** Se você já tiver um Plano Medicare Advantage, é ilegal que alguém lhe venda a apólice Medigap, a menos que você esteja voltando para o Medicare Original.

Se você aderir a Plano Medicare Advantage pela primeira vez e decidir que o plano não funciona para você, terá o direito especial (o chamado “direito de avaliação” [trial right]) de comprar uma apólice Medigap. Você tem esse direito se voltar para o Medicare Original até 12 meses depois de aderir.

- Se você tinha uma apólice Medigap antes de aderir, é possível que possa obter a mesma apólice se a empresa ainda a vender. Se ela não estiver disponível, você pode comprar outra apólice Medigap.
- A apólice Medigap pode não cobrir mais medicamentos de prescrição, mesmo que você tivesse essa cobertura antes, mas é possível que você possa aderir a um Plano de Medicamentos de Prescrição do Medicare.
- Se você aderiu a um Plano Medicare Advantage quando se tornou elegível ao Medicare pela primeira vez, poderá escolher qualquer apólice Medigap disponível no seu estado.

A partir de 1º de janeiro de 2020, os planos Medigap vendidos para pessoas que nunca tiveram Medicare antes não poderão cobrir a franquia da Parte B. Por isso, os Planos C e F não estarão disponíveis para pessoas recém-elegíveis para o Medicare a partir de 1º de janeiro de 2020. Se você já tiver um desses 2 planos (ou a versão com franquia alta do Plano F) ou estiver coberto por um desses planos antes de 1º de janeiro de 2020, poderá manter seu plano. Se era elegível para o Medicare antes de 1º de janeiro de 2020, mas ainda não estiver inscrito, é possível que possa comprar um desses planos.

Onde posso obter mais informações?

- **Localizador de planos do Medicare**

O localizador de planos (Plan Finder) do Medicare é um recurso on-line para ajudar você a ver e comparar todas as opções disponíveis de planos de saúde e medicamentos. Para encontrar e comparar os planos disponíveis na sua região, acesse o localizador de planos do Medicare em [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) e busque com base no código de ZIP. Você também pode fazer o login na sua conta [MyMedicare.gov](https://www.medicare.gov) para obter resultados personalizados.

- **1-800-MEDICARE**

O centro de atendimento do Medicare pode ajudar você com relação a perguntas específicas sobre cobranças, pedidos de pagamento, prontos-ajúdos e despesas, entre outros. Ligue para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuários de TTY podem ligar para 1-877-486-2048.

- **Programas Estaduais de Assistência de Seguro de Saúde (SHIPs)**

Os SHIPs (State Health Insurance Assistance Programs [Programas Estaduais de Assistência de Seguro de Saúde]) são programas estaduais que recebem dinheiro do governo federal para oferecer aconselhamento sobre seguro de saúde para pessoas com Medicare gratuitamente. Os SHIPs não estão ligados a nenhuma empresa de seguro nem plano de saúde. Os voluntários do SHIP podem ajudar com as seguintes perguntas ou problemas relacionados ao Medicare:

- Seus direitos no Medicare
- Problemas de cobrança
- Queixas sobre sua assistência médica ou tratamento
- Opções de planos
- Como o Medicare funciona com outro seguro
- Como encontrar ajuda para pagar por custos de saúde

Você pode encontrar o número do telefone do SHIP do seu estado acessando [shiptacenter.org](https://www.shiptacenter.org) ou ligando para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuários de TTY podem ligar para 1-877-486-2048.

- **Planos Medicare Advantage**

Entre em contato com os planos do seu interesse para informações detalhadas sobre custos e cobertura.

Comunicações acessíveis do CMS

Oferecemos comunicações em formatos acessíveis para garantir que pessoas com deficiências não sejam discriminadas quanto à participação em nossos serviços, atividades, programas e outros benefícios. Os Centros de Serviços Medicare e Medicaid (CMS) oferecem auxílios e serviços complementares gratuitos, incluindo informações em formatos acessíveis como Braille, caracteres grandes, arquivos de dados/áudio, serviço de intermediação surdo-ouvinte (relay) e comunicações em TTY (telefone com teclado teletipo). Se você pedir informações em um formato acessível do CMS, não terá nenhuma desvantagem devido ao tempo adicional necessário para fornecer esse formato. Isso significa que você terá tempo extra para tomar uma ação se houver um atraso no preenchimento da sua solicitação.

Para solicitar informações sobre o Medicare ou o Marketplace em formato acessível, você pode:

1. Ligar para nós:

Para o Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

TTY: 1-877-486-2048

2. Enviar um e-mail: para altformatrequest@cms.hhs.gov.

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

4. Enviar uma carta:

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

Seu pedido deve incluir seu nome, telefone, o tipo de informação de que você precisa (se souber) e endereço para correspondência para onde as publicações ou documentos devem ser enviados. Podemos entrar em contato com você para obter informações adicionais.

Observação: Se você estiver inscrito em um Plano Medicare Advantage ou Plano de Medicamentos de Prescrição do Medicare, entre em contato com o plano para solicitar essas informações em formato acessível. Para o Medicaid, entre em contato com o escritório do Medicaid estadual ou local.

Aviso de não discriminação

O CMS (Centros de Serviços Medicare e Medicaid) não exclui, nega a concessão de benefícios nem discrimina de nenhuma outra forma com base na raça, cor, nacionalidade, deficiência, sexo ou idade de ninguém na admissão, participação ou recebimento de serviços e benefícios de qualquer um dos seus programas e atividades, seja implementados diretamente pelo CMS ou por meio de terceiros ou qualquer outra entidade que tenha acordo com o CMS para implementar seus programas e atividades.

Você pode entrar em contato com o CMS por algumas das maneiras incluídas neste aviso se tiver alguma preocupação sobre a obtenção de informações em um formato que possa utilizar.

Você também pode fazer uma denúncia se achar que sofreu discriminação em um programa ou atividade do CMS, o que inclui problemas em obter informações em formato acessível de qualquer Plano Medicare Advantage, Plano de Medicamentos de Prescrição do Medicare, escritório estadual ou local do Medicaid ou Planos de Saúde Qualificados para o Marketplace. Há três formas de fazer uma denúncia no Office for Civil Rights (Gabinete de Direitos Cíveis) do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA:

1. **On-line:** na página hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html.
2. **Pelo telefone:** Ligue para 1-800-368-1019. TTY users can call 1-800-537-7697.
3. **Por escrito:** Envie as informações sobre a sua denúncia para:

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

Atividade oficial
Multa por uso particular, US\$300

CMS Product No. 12026-Portuguese
September 2019

Understanding Medicare Advantage Plans

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

