



CALIFORNIA HEALTH ADVOCATES

Medicare Advantage (Parte C): Un Resumen

A Medicare Advantage también se le conoce como Medicare Part C. Un plan de Medicare Advantage (MA por sus siglas en Inglés) es una alternativa a la Original Medicare tarifa-por-servicio. Medicare subvenciona planes MA como parte del programa Medicare y paga a compañías privadas de seguros para que provean servicios de salud a los beneficiarios que se inscriban en estos planes.

Para unirse a un plan MA, usted debe estar inscrito en ambos planes Medicare Parte A y Parte B y debe continuar pagando la cuota de la Parte B (\$96.40 en el 2008). Si usted se une a un plan Medicare Advantage, usted todavía está en Medicare y todavía retiene todos los derechos y protecciones a que tienen derecho todos los beneficiarios de Medicare.

Usted recibe todos los beneficios que estén cubiertos por Medicare a través del plan privado que usted escoge. Algunos planes de Medicare Advantage ofrecen cobertura de recetas médicas de Medicare (conocidos como planes "MA-PD"), pero otros planes no la ofrecen (conocidos como planes "MA-solamente"). La mayoría de los planes Medicare Advantage tienen beneficios adicionales y tal vez cobren co-pagos más bajos que la Original Medicare. Aun así, varios planes MA si cobran lo mismo o más que la Original Medicare por ciertos servicios. Muchos planes Medicare Advantage requieren que usted consulte a médicos que pertenecen al plan o que vaya a ciertos hospitales para obtener servicios.

Hay cinco tipos de planes de Medicare Advantage:

1. Medicare Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud (HMOs por sus siglas en Inglés)
2. Medicare Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud (PPOs por sus siglas en Inglés)

3. Planes Medicare Privados Tarifa-por-Servicio (PFFS por sus siglas en Inglés)
4. Planes Medicare de Necesidades Especiales (SNPs por sus siglas en Inglés)
5. Cuentas de Ahorros Médicos de Medicare (MSAs por sus siglas en Inglés)

Medicare HMOs

Si usted se inscribe en un HMO (*Organización para el Mantenimiento de la Salud*) de Medicare, se requerirá que usted solo consulte a los doctores y las instalaciones que tienen un contrato con ese HMO en particular. Usted tendrá un doctor de cuidado primario que se encarga de sus necesidades de salud. Antes de que usted consulte con un especialista en su red de proveedores de HMO (excepto para consultar un OB-GYN), usted generalmente debe tener una referencia de su doctor de cuidado primario. Este requisito no se exigirá en casos como atención inmediata de emergencia, sala de urgencias fuera-del-área, o con una referencia aprobada de antemano para un doctor fuera de la red de proveedores. Si los doctores que usted consulta actualmente no tienen contrato con el HMO, usted debe seleccionar nuevos médicos que sean parte de la red de proveedores.

Si usted quiere consultar a un doctor que no este en el plan, y usted no tiene una referencia aprobada de antemano, usted no puede usar su tarjeta de plan Medicare Advantage o su tarjeta de Medicare para pagar por esos servicios. Usted tendrá que pagar parte o todos los costos de su cuidado.

Algunos HMOs ofrecen una opción Punto-de-Servicio (POS por sus siglas en Inglés). Si el HMO de usted la ofrece, entonces a usted se le permite consultar doctores fuera de la red de proveedores del HMO. Sin embargo, usualmente, los HMOs cobran por esta opción y pueden limitar cuando puede usted usarla.

Llame al Programa de Asistencia y Consejería de Asuntos de Seguros de la Salud (HICAP) al 1-800-434-0222 01-03-08 © California Health Advocates: cahealthadvocates.org

El financiamiento para la traducción de esta Hoja de Datos fue provisto por el Departamento para las Personas Mayores de California (CDA por sus siglas en Inglés) el Programa de Consejería y Abogacía sobre el Seguro de Salud, con ayuda financiera a través de un subsidio de los Centros para Servicios de Medicare & Medicaid, y la Agencia Federal Medicare.

Algunos HMOs ofrecen Medicare Parte D beneficio de recetas médicas y otros no. Si usted está en un plan HMO que no ofrece el beneficio Parte D, generalmente usted no puede obtener otra cobertura de Parte D fuera de su plan.

Los HMOs son la clase más popular de planes Medicare Advantage en California, pero no están disponibles en todas las partes del estado. La Guía HMO para Personas mayores de California, producida por la Universidad de California en Berkeley y la Oficina de Abogacía del Paciente del Estado de California es un buen recurso para aprender acerca de cómo trabajan los planes de grupos de administración de servicios de salud. También puede ayudarle a entender sus derechos para que usted obtenga el mayor beneficio de su plan. Usted puede obtener una copia gratis en opa.ca.gov/english/about/consumer_information/pdf/srhmoguide.pdf.

Medicare PPOs

Medicare PPOs (Organizaciones de Proveedor *Preferido*), como Medicare HMOs, tienen redes de proveedores. Si usted consulta a proveedores que estén en la red de proveedores, usted paga un co-pago más bajo que el que paga si usted consulta a doctores fuera de la red de proveedores (“fuera-de-la-red” o “no-preferido”). Si usted consulta a proveedores “fuera-de-la-red”, todavía tiene cobertura del plan pero a una tarifa más baja, por ejemplo, su co-pago es más caro. En un PPO, usted generalmente no necesita una referencia para consultar a un especialista o a cualquier proveedor fuera-de-la-red.

En el 2008, hay disponibles dos PPOs regionales en todo el estado de California. En ciertos condados, hay PPOs disponibles en la localidad. Los PPOs regionales ofrecen el beneficio de recetas médicas de Medicare. Aunque hay deducibles que tienen que cumplirse antes de que comience la cobertura, también hay límites anuales de lo que usted paga, lo cual varía dependiendo del plan.

Planes Medicare PFFS

Los planes Medicare PFFS (*Privados Tarifa-por-Servicio*) los ofrecen compañías privadas y le permiten a usted ir a consultar a cualquier doctor u hospital aprobado por Medicare *siempre y cuando ellos acepten los términos de pago de su plan*. Antes de inscribirse en un plan PFFS de Medicare, asegúrese de que su doctor y otros proveedores de atención médica aceptan los términos y las condiciones de pago del plan. En otras palabras, sus proveedores deben estar de acuerdo en cobrar por sus servicios al plan, no a Medicare. La compañía privada (no Medicare) decide cuánto pagará y lo que usted paga por los servicios que usted recibe.

Algunos planes PFFS de Medicare ofrecen beneficio de recetas médicas. Su plan PFFS de Medicare no ofrece beneficio de recetas médicas, usted puede unirse a un beneficio de recetas médicas separado (PDP por sus siglas en Inglés) de Medicare. Además, un plan PFFS *puede que* ofrezca beneficios adicionales no cubiertos bajo el plan Original de Medicare, tales como estar más (adicionales) días en el hospital.

Planes Medicare SNP

Los planes Medicare SNPs (*Planes de Necesidades Especiales*) están diseñados para ciertas poblaciones. Por ejemplo, un plan Medicare SNP puede limitar su inscripción solo a personas que están en ciertos establecimientos de cuidado a largo plazo (como un establecimiento de cuidado médico continuo no intenso), o personas que son elegibles para Medicare y Medi-Cal (“elegibles duales”), o personas con ciertas condiciones crónicas o incapacitantes.

La meta de estos planes es proveer atención médica y servicios a aquellos que se pueden beneficiar más de la habilidad especial de los proveedores del plan y administración de cuidado centrado. Todos los planes SNP deben proveer el beneficio de recetas médicas de Medicare. La mayoría de estos planes ofrecen beneficios extra y co-pagos más bajos que los de aquellos en el Medicare Original. Estos planes están disponibles en algunas, pero no todas, las áreas de California.

Llame al Programa de Asistencia y Consejería de Asuntos de Seguros de la Salud (HICAP) al 1-800-434-0222 01-03-08 © California Health Advocates: cahealthadvocates.org

El financiamiento para la traducción de esta Hoja de Datos fue provisto por el Departamento para las Personas Mayores de California (CDA por sus siglas en Inglés) el Programa de Consejería y Abogacía sobre el Seguro de Salud, con ayuda financiera a través de un subsidio de los Centros para Servicios de Medicare & Medicaid, y la Agencia Federal Medicare.

Planes Medicare MSA

Los planes Medicare MSA (*Cuentas Médicas de Ahorro*) estuvieron disponibles por primera vez en California en el 2007 y se ofrecen otra vez en el 2008. Los planes MSA tienen dos partes: 1) un plan de salud con un deducible alto que cubre servicios de las Partes A y B de Medicare una vez que el deducible alto se ha cumplido; y 2) una cuenta médica de ahorro – una cuenta en un banco independiente en la cual Medicare hace un depósito, que puede usarse para pagar por servicios de atención médica (incluyendo cumplir el deducible del plan de salud). Note que la cantidad del depósito que Medicare hace será menos que el deducible que un individuo debe cumplir antes de que se cubran los servicios médicos.

Los MSA no pueden ofrecer el beneficio de recetas médicas de la Parte D, así que las personas inscritas en el MSA pueden inscribirse por separado en otro plan de beneficio de recetas médicas de Medicare (PDP por sus siglas en Inglés).

Costos y Beneficios

Los planes *Medicare Advantage* tienen un *contrato anual con Medicare*. Medicare le paga a un plan una cantidad fija por cada miembro. Esta cantidad es reajustada cada año basada en una fórmula creada por Medicare y varía de condado en condado. A cambio, el plan debe proveer, como mínimo, todos los servicios cubiertos por Medicare. También puede escoger proveer servicios adicionales que no cubre Medicare, tales como cuidado preventivo, exámenes auditivos, dentales, y de los ojos. Estos servicios adicionales pueden variar por áreas geográficas específicas.

Basado en la cantidad mensual que recibe de Medicare, el plan toma el riesgo financiero de proveer todos los servicios que son médicamente necesarios sin importar cuántas personas usan sus servicios, qué tan a menudo se proveen los servicios, o qué tan costosos sean los servicios.

Las primas varían de región a región, y el alcance puede ser de una prima de cero a más de \$100 al mes. Usted continúa pagando la prima mensual de la Parte B. Adicionalmente, la mayoría de los planes MA requieren un co-pago por los servicios, tales como consultas a los doctores.

Muchos planes Medicare Advantage (MA por sus siglas en Inglés) ofrecen el beneficio de recetas médicas. A estos planes frecuentemente se les llama MA-PDs. Si usted se inscribe en un MA-PD, usted no necesita inscribirse en un Beneficio de Recetas Médicas (PDP por sus siglas en Inglés) independiente.

Inscripción

A usted no se le puede negar la inscripción en un plan MA si usted tiene Medicare Partes A y B. Sin embargo, si usted ha sido diagnosticado con Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD por sus siglas en Inglés, también conocida como insuficiencia renal) usted no es elegible para inscribirse en un plan MA (en la mayoría de los casos). Pero si usted desarrolla ESRD cuando ya está inscrito en un plan MA, el plan no puede darlo de baja. *Con la excepción de ESRD, a usted no se le puede negar la inscripción en un plan MA debido a una condición preexistente.*

Si usted quiere unirse a un plan MA, usted debe vivir en el área de servicio del plan y inscribirse durante un período de inscripción aplicable (vea la Nota de abajo). Presente su solicitud directamente al plan o a un representante de ventas del plan. Usualmente la inscripción entra en vigor el primero del mes siguiente al mes en que usted presentó su solicitud. Usted no puede recibir cobertura por cuidado médico de los proveedores del plan MA hasta que su inscripción entra en vigor. Recuerde no cancelar su plan de cobertura existente, si acaso tiene, hasta que su cobertura con el plan MA de su preferencia entra en efecto.

Nota: En el pasado, los beneficiarios podían inscribirse y darse de baja de los planes Medicare Advantage en cualquier tiempo durante el año. Desde el 2006, a los beneficiarios de Medicare solo se les ha permitido inscribirse y darse de baja de los planes MA durante cierto tiempo del año, incluyendo: 1) el Período Anual

Llame al Programa de Asistencia y Consejería de Asuntos de Seguros de la Salud (HICAP) al 1-800-434-0222 01-03-08 © California Health Advocates: cahealthadvocates.org

El financiamiento para la traducción de esta Hoja de Datos fue provisto por el Departamento para las Personas Mayores de California (CDA por sus siglas en Inglés) el Programa de Consejería y Abogacía sobre el Seguro de Salud, con ayuda financiera a través de un subsidio de los Centros para Servicios de Medicare & Medicaid, y la Agencia Federal Medicare.

de Inscripción (cada año desde el 15 de Noviembre hasta el 31 de Diciembre); y 2) el Período de Inscripción Abierta (cada año desde el 1º de Enero hasta el 31 de Marzo).

Hay excepciones para estos dos períodos si usted es nuevo en Medicare. Por ejemplo: usted tal vez sea elegible para inscribirse en un plan Medicare Advantage si usted apenas cumplió 65 años, o si su cobertura COBRA se terminó, o usted tiene menos de 65 años pero ahora es elegible para Medicare Partes A y B debido a una incapacidad, o si se terminó la cobertura de salud de usted y de su conyuge. También hay Períodos de Inscripción que pueden ser aplicables. Por ejemplo, usted tal vez pueda cambiar planes a mediados de año si usted se muda fuera del área de servicio o si usted tiene Medicare y Medi-Cal.

Darse de Baja

Si usted quiere darse de baja de un plan MA, y usted no quiere unirse a otro plan Medicare Advantage (vea abajo), usted debe enviar una petición por escrito al plan o llamar al 1-800-MEDICARE durante los periodos elegibles de inscripción mencionados arriba. El darle de baja generalmente será efectivo el primero del mes siguiente al mes en que usted hizo su petición de que le dieran de baja. Medicare no pagará si usted usa proveedores y servicios fuera de la red del plan MA hasta la fecha en que el darlo de baja sea efectiva.

Recuerde que Medicare le paga a los planes MA por su cuidado al principio de cada mes. Si usted requiere cuidado médico antes del fin del mes en que usted pidió que se le diera de baja de su plan MA, usted debe buscar tratamiento de este mismo plan MA, o usted será responsable de pagar por los servicios que se le provean fuera de la red de proveedores.

Si usted hace la decisión de cambiar de un plan Medicare Advantage a otro, sencillamente presente una solicitud de inscripción al nuevo plan y usted será automáticamente dado de baja del plan actual. Recuerde que, en general, usted solo puede hacer estos cambios durante el Período Anual de Inscripción y el Período de

Inscripción Abierta. Para más información, vea nuestra serie de hojas de datos acerca de Complementando Medicare en cahealthadvocates.org.

Nota: Esta manera de darse de baja también aplica al beneficio de recetas médicas de la Parte D. Por ejemplo, si usted está en un plan MA con cobertura Parte D (MA-PD) y desea cambiarse a un beneficio de recetas médicas (PDP) independiente, el inscribirse en un PDP automáticamente le da de baja de su plan MA anterior y viceversa.

En general usted solo puede cambiar planes que incluyen el beneficio de recetas médicas durante el Período Anual de Inscripción de la Parte D (cada año desde el 15 de Noviembre hasta el 31 de Diciembre) con la cobertura empezando el 1º de Enero del siguiente año.

Para más información, vea nuestra serie de hojas de datos acerca de Recetas Médicas en cahealthadvocates.org.

###

El Programa de Consejería y Abogacía sobre el Seguro de Salud (HICAP por sus siglas en Inglés) provee gratis información objetiva, y consejería acerca de Medicare y otros temas relacionados. Usted puede llamar al **1-800-434-0222** para hacer preguntas o hacer una cita en la oficina HICAP más cercana a usted. Para encontrar la oficina HICAP en su área, visite cahealthadvocates.org.

Llame al Programa de Asistencia y Consejería de Asuntos de Seguros de la Salud (HICAP) al 1-800-434-0222 01-03-08 © California Health Advocates: cahealthadvocates.org

El financiamiento para la traducción de esta Hoja de Datos fue provisto por el Departamento para las Personas Mayores de California (CDA por sus siglas en Inglés) el Programa de Consejería y Abogacía sobre el Seguro de Salud, con ayuda financiera a través de un subsidio de los Centros para Servicios de Medicare & Medicaid, y la Agencia Federal Medicare.