

Hoja informativa de Medicare Advantage

¿Qué es Medicare Advantage?

Medicare Advantage es un plan aprobado por Medicare de una compañía privada que ofrece una alternativa al Medicare Original para su cobertura de salud y medicamentos recetados. Los planes deben cubrir todos los servicios médicamente necesarios que cubre Medicare Original. Estos planes "combinados" incluyen la Parte A, la Parte B y, por lo general, la Parte D. En la mayoría de los casos, deberá usar médicos que estén en la red del plan y es posible que deba obtener un servicio o suministro aprobado con anticipación para el plan para cubrirlo. Los planes pueden ofrecer algunos beneficios adicionales que Medicare Original no cubre, como servicios de audición, visión y dentales.



¿Cuánto cuestan los planes Medicare Advantage?

Costo de la prima: Todos los afiliados al plan Medicare Advantage deben continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare, \$174.70 en 2024. Los planes Medicare Advantage también pueden cobrar una prima adicional que variará según el plan. En Nebraska, las primas adicionales oscilan entre \$0 y \$140 en 2024.

Deducibles y copagos: Los costos de bolsillo varían. Los planes Medicare Advantage pueden tener un deducible de salud de hasta \$450 por año. Con un plan Medicare Advantage, deberá un copago por cada servicio o artículo cada vez que lo reciba. Por ejemplo:

- Visita al médico de cabecera: \$10 por visita;
- Visita al especialista: \$45 por visita;
- Cobertura hospitalaria para pacientes ambulatorios: \$0 - 420 por visita;
- Atención de emergencia: \$120 por visita.

Gasto máximo de bolsillo: Todos los planes Medicare Advantage tienen un límite de gastos de bolsillo. Este es el máximo que una persona puede gastar en gastos médicos durante el año. Una vez que se alcanza el monto de desembolso personal, el plan cubre el 100% del costo. Cada plan determina su propio límite específico de gastos de bolsillo. Los costos de los medicamentos recetados nunca cuentan para este monto en dólares. Los planes en Nebraska tienen un límite anual o un desembolso máximo, entre \$2,500 y \$13,300, en 2024.

¿Los beneficios extra tienen limitaciones?

Los planes Medicare Advantage pueden brindar cobertura para cosas que Medicare Original no cubre. Cada plan determinará cuáles son estos beneficios adicionales y qué limitaciones existirán. Por ejemplo, los planes que ofrecen un beneficio para la vista en Nebraska tendrán una asignación de entre \$75 y \$360 en 2024. El costo más allá del límite es su responsabilidad. Puede obtener más información leyendo la Evidencia de Cobertura del plan, que brinda detalles sobre lo que cubre el plan, cuánto paga y más.

Brinda Cobertura de:

Hospital para pacientes internados (Parte A)
Atención médica para pacientes ambulatorios (Parte B)
Y puede incluir
Medicamentos recetados (Parte D)
Beneficios adicionales

Ejemplo de costo de prima:

Medicare Parte A	\$0.00
Medicare Parte B	\$174.70
Ventaja de Medicare*	\$36.00
<hr/> Primas mensuales combinadas	<hr/> \$210.70

*Los precios son un ejemplo en Nebraska. El costo real dependerá de las necesidades individuales y del plan elegido.

Medicare es un seguro individual.



Medicare Advantage es otra forma de obtener su cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare. Los planes Medicare Advantage son ofrecidos por compañías privadas aprobadas por Medicare que deben seguir las reglas establecidas por Medicare. En la mayoría de los casos, deberá usar proveedores de atención médica que participen en la red del plan. La mayoría de los planes también proporcionarán cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.

¿Qué es un Plan de Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO)?

HMO

Cobertura: En los planes HMO, por lo general, debe recibir atención y servicios de médicos, otros proveedores de atención médica y hospitales en la red del plan. Se puede hacer una excepción para la diálisis temporal fuera del área. La atención de emergencia y urgencia siempre está cubierta. La mayoría de los planes ofrecen cobertura de medicamentos recetados.

Costo de la prima: Los planes pueden ofrecer una prima de \$0. Algunos planes HMO pueden requerir una prima adicional. Todavía es responsable de la prima de la Parte B, \$174.70 por mes en 2024.

Deducibles y copagos: Algunos planes pueden tener un deducible de salud o de medicamentos recetados. Los planes HMO generalmente ofrecen copagos más bajos y un límite de gastos de bolsillo, de \$3,600 a \$8,850 en 2024.

¿Qué es un Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO)?

PPO

Cobertura: Un plan PPO tendrá una red de médicos, otros proveedores de atención médica y hospitales. Pagas menos si usas proveedores que pertenecen a la red del plan. También puede usar proveedores fuera de la red para servicios cubiertos, generalmente por un costo más alto, si el proveedor accede a tratarlo. La atención de emergencia y urgencia siempre está cubierta. La mayoría de los planes ofrecen cobertura de medicamentos recetados.

Costo de la prima: Los planes pueden ofrecer una prima de \$0. Algunos planes PPO pueden requerir una prima adicional. Todavía es responsable de la prima de la Parte B, \$174.70 por mes en 2024.

Deducibles y copagos: Algunos planes pueden tener un deducible de salud o de medicamentos recetados. Los planes PPO generalmente ofrecen copagos y límites de gastos de bolsillo más bajos si usa la red del plan, \$2,500–\$6,700 en 2024. El uso de proveedores fuera de la red del plan puede resultar en copagos y límites de gastos de bolsillo más altos, hasta \$13,300 en 2024.

Piense en sus necesidades personales.

Los planes Medicare Advantage pueden ofrecer cobertura para cosas que Medicare Original no cubre, como programas de acondicionamiento físico y algunos servicios de audición, visión y dentales. Los planes también pueden optar por cubrir aún más beneficios, como cobertura para el transporte a las visitas al médico, medicamentos de venta libre y servicios que promuevan su salud y bienestar. Consulte con el plan antes de inscribirse para ver qué beneficios se ofrecen, si puede calificar y si hay alguna limitación.

¿Qué es un plan privado de pago por servicio (PFFS)?

Cobertura: Un plan Medicare PFFS es un tipo de plan Medicare Advantage ofrecido por una compañía de seguros privada. El plan determina cuánto pagará a los médicos, otros proveedores de atención médica y hospitales, y cuánto debe pagar usted cuando recibe atención. Algunos planes PFFS tienen contratos con una red de proveedores que aceptan tratarlo siempre, incluso si nunca los ha visto antes. Los planes pueden ofrecer cobertura de medicamentos recetados. De lo contrario, puede inscribirse en un plan de medicamentos recetados de la Parte D por separado.

The logo for PFFS (Private Fee-for-Service) consists of the letters "PFFS" in white, bold, sans-serif font, centered within a dark blue rectangular background.

Costo de la prima: Los planes pueden ofrecer una prima de \$0. Algunos planes PFFS pueden requerir una prima adicional. Todavía es responsable de la prima de la Parte B, \$174.70 por mes en 2024.

Deducibles y copagos: Algunos planes pueden tener un deducible de salud o de medicamentos recetados. Puede pagar un copago por cada servicio o artículo. Asegúrese de que sus médicos, hospitales y otros proveedores estén de acuerdo en tratarlo bajo el plan y acepten los términos de pago del plan. Los planes en Nebraska tienen un límite de gastos de bolsillo de \$6,700 en 2024.

¿Qué es un Plan de Costos?

Cobertura: Los planes de costos de Medicare son un tipo de plan de salud de Medicare con una red de médicos, otros proveedores de atención médica y hospitales. Los planes están disponibles en ciertas áreas limitadas del estado. En general, puede inscribirse incluso si solo tiene la Parte B. Si tiene la Parte A y la Parte B y acude a un proveedor fuera de la red, Original Medicare cubre los servicios. Pagará el coseguro y los deducibles de la Parte A y la Parte B. En Nebraska, los planes Cost no brindan cobertura de medicamentos recetados, por lo que es posible que deba inscribirse en un plan de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare por separado.

The logo for COST (Cost Plan) consists of the letters "COST" in white, bold, sans-serif font, centered within a dark blue rectangular background.

Costo de la prima: Los planes de costos pueden ofrecer una prima de \$0. Algunos planes de costos pueden requerir una prima mensual adicional. Todavía es responsable de la prima de la Parte B, \$174.70 por mes en 2024.

Deducibles y copagos: Los planes de costos pueden incluir un deducible y pueden requerir un copago por cada servicio o artículo. Los planes en Nebraska tienen un límite de gastos de bolsillo de \$3,000 a \$6,700 en 2024. Si recibe servicios fuera de la red del plan, Original Medicare cubrirá el servicio y usted deberá pagar el costo compartido de la Parte A o la Parte B.

¿Quién es elegible para un Plan Medicare Advantage?

Los planes Medicare Advantage aceptan a todos los beneficiarios de Medicare, incluidos los que tienen Medicare debido a una discapacidad y aquellos con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal). Debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare para inscribirse en un plan Medicare Advantage. Sus opciones variarán según el lugar donde viva.

¿Cuándo puedo obtener un plan Medicare Advantage?

Puede inscribirse en un Plan Medicare Advantage cuando comienza Medicare por primera vez. Si trabaja después de los 65 años y retrasa Medicare, puede elegir un plan Medicare Advantage cuando se jubile.

Los planes Medicare Advantage son un compromiso de un año. Cada año, el plan puede cambiar los costos y la cobertura. Dado que el plan puede cambiar sus beneficios, también tiene la oportunidad de realizar cambios. Cada año, entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre, tiene la oportunidad de revisar las opciones del Plan Medicare Advantage. Si se inscribe en un nuevo plan durante este período, entrará en vigencia el 1 de enero del año siguiente. Además, también tiene un segundo período de inscripción abierta, disponible solo para aquellos actualmente inscritos en un Plan Advantage, que comienza el 1 de enero y finaliza el 31 de marzo de cada año. Los cambios realizados durante este período entrarán en vigencia el primero del mes siguiente.

¿Hay algo más que deba considerar al elegir un plan Medicare Advantage?

Elección del proveedor: los planes Medicare Advantage son vendidos por compañías de seguros privadas y están estructurados como una red. Esto significa que debe consultar a médicos y otros proveedores de atención médica que acepten ese plan de seguro en particular. Antes de inscribirse, asegúrese de consultar con el Plan Advantage para asegurarse de que sus proveedores estén en la red del plan.

NOTA: Los complementos que funcionan con Medicare Original son una opción alternativa a Medicare Advantage. Nunca debe tener tanto un Suplemento de Medicare como un Plan Medicare Advantage. Las dos opciones no funcionan juntas. Elige la opción que mejor se adapte a tus necesidades.

¿Cómo me inscribo en un Plan Medicare Advantage?

Comuníquese con el SHIP de Nebraska para obtener una comparación de las opciones del Plan Medicare Advantage en su área. Una vez que haya seleccionado un plan, Nebraska SHIP puede ayudarlo a inscribirse.



Para obtener más información y asistencia

Nebraska SHIP

2717 S 8th Street, Suite 4, Lincoln, NE 68502

(800) 234-7119

www.doi.nebraska.gov/ship

DOI.SHIP@nebraska.gov

Este proyecto fue apoyado, en parte, por la subvención número 90SAPG0078, de la Administración para la Vida Comunitaria de los Estados Unidos, Departamento de Salud y Servicios Humanos, Washington, D.C. 20211.

Ni el SHIP ni el Departamento de Seguros de Nebraska respaldan a ningún agente, compañía, producto o plan de seguro específico.