

Los Planes Medicare Advantage

Este manual oficial del gobierno le informa:

- Cómo los planes Medicare Advantage son diferentes de Medicare Original
- Cómo funcionan los planes Medicare Advantage
- Cómo puede inscribirse en un plan Medicare Advantage

es.Medicare.gov

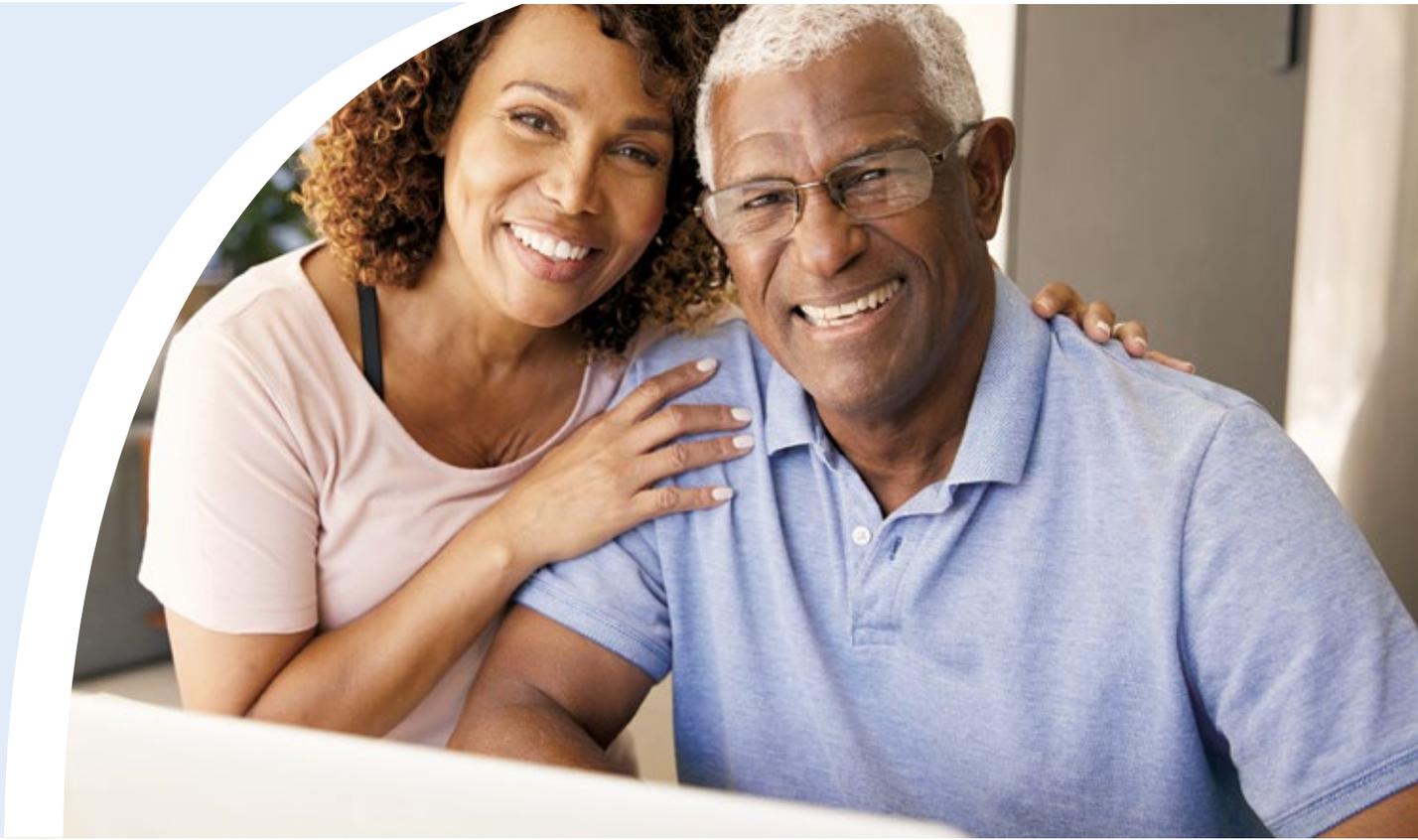


Medicare

Contenido

¿Cuáles son las diferencias entre Medicare Original y Medicare Advantage?	2
¿Qué son los planes Medicare Advantage?.....	5
¿Cómo funcionan los planes Medicare Advantage?.....	5
¿Qué cubren los planes Medicare Advantage?	5
¿Cuáles son mis costos?.....	6
¿Quién puede inscribirse en un plan de Medicare Advantage?	8
¿Cuándo puedo inscribirme, cambiar o desafiliarme de un plan de Medicare Advantage?	9
¿Cómo puedo inscribirme en un plan de Medicare Advantage?	11
Tipos de planes Medicare Advantage	11
Compare los planes de Medicare Advantage.....	18
¿Qué pasa si tengo una póliza de seguro suplementario de Medicare (Medigap)?	19
¿Dónde puedo obtener más información?	20





Comencemos:

Cómo elegir la cobertura de Medicare

Cuando se inscribe por primera vez en Medicare y durante ciertas épocas del año, puede elegir cómo recibir su cobertura de Medicare.

Hay 2 formas principales de obtener Medicare:

- **Medicare Original** incluye la Parte A (seguro de hospital) y Parte B (seguro médico). Después de pagar un deducible, Medicare paga su parte de la cantidad aprobada por Medicare y usted paga su parte (coseguro). Si quiere la cobertura de medicamentos (Parte D), puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare aparte.
- **Medicare Advantage (también conocido como “Parte C”)** es un plan aprobado por Medicare de una empresa privada que ofrece una alternativa a Medicare Original para su cobertura de salud. Este “conjunto” incluye la Parte A, Parte B y, por lo general, Parte D. Los planes pueden ofrecer beneficios adicionales que el Medicare Original no cubre.

Su decisión sobre cómo obtener Medicare afecta cuánto paga por la cobertura, qué servicios recibe y qué médicos puede consultar.

¿Cuáles son las diferencias entre Medicare Original y Medicare Advantage?

Medicare Original

- Medicare incluye la Parte A (Seguro de Hospital) y Parte B (Seguro Médico) de Medicare.
- Puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare independiente para obtener cobertura de medicamentos (Parte D).
- Puede acudir a cualquier médico u hospital que acepte Medicare, en cualquier lugar de EE. UU.
- También es posible que necesite comprar cobertura suplementaria para ayudar con los costos de su bolsillo en el Medicare Original (como su deducible y 20% del coseguro).

Parte A



Parte B



Puede agregar:

Parte D



También puede agregar:

Cobertura suplementaria

Puede ayudar a pagar algunos costos que otras partes no cubren. Esto incluye el seguro suplementario de Medicare (Medigap). O puede utilizar la cobertura de un empleador o sindicato actual o anterior, o de Medicaid (si lo tiene).



Medicare Advantage (también conocido como la Parte C)

- Medicare Advantage es un plan aprobado por Medicare de una empresa privada que ofrece una alternativa a Medicare Original para su cobertura de salud y medicamentos. Estos planes “combinados” incluyen la Parte A, Parte B y, generalmente, la Parte D..
- En muchos casos, sólo puede utilizar médicos que estén en la red del plan.
- En muchos casos, es posible que necesite obtener la aprobación de su plan antes de que cubra ciertos medicamentos o servicios.
- Los planes pueden tener costos de su bolsillo diferentes al Medicare Original. También es posible que tenga una prima adicional.
- Algunos planes ofrecen beneficios adicionales que el Medicare Original no cubre.

Parte A



Parte B



La mayoría de los planes incluyen:

Parte D



Beneficios adicionales

Algunos planes también incluyen:

Costos/Gastos de su bolsillo más bajos

Resumen: Medicare Original vs. Medicare Advantage

Elección de médicos y hospitales	
Medicare Original	Medicare Advantage (Parte C)
Usted puede consultar con cualquier médico que acepte Medicare, en cualquier parte de los Estados Unidos.	En muchos casos, sólo puede usar médicos y otros proveedores que estén en la red y el área de servicio del plan (para cuidado que no sea de emergencia). Algunos planes ofrecen cobertura que no es de emergencia fuera de la red, pero por lo general, a un costo mayor.
En la mayoría de los casos no se necesita un referido para consultar un especialista.	Puede que necesite un referido para consultar un especialista.

Costo	
Medicare Original	Medicare Advantage (Parte C)
Para los servicios cubiertos por la Parte B, generalmente paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare después de haber pagado su deducible. Esta cantidad se llama coseguro.	Los gastos directos de su bolsillo varían. Planes pueden tener pocos o más gastos de su bolsillo.
Usted paga una prima mensual por la Parte B. Si elige inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, pagará una prima aparte por su cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D).	Usted paga la prima mensual de la Parte B y es posible que también deba pagar la prima del plan. Algunos planes pueden tener una prima de \$0 y pueden ayudar a pagar la totalidad o parte de su prima de la Parte B. La mayoría de los planes incluyen la cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D).
No hay un límite de cuánto paga de su bolsillo, a menos que tenga cobertura suplementaria (como una póliza Medigap), Medicaid, cobertura de un empleador, jubilado, sindicato actual o anterior.	Los planes tienen un límite anual de lo que usted paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y B (con diferentes límites para servicios dentro y fuera de la red). Una vez alcance el límite de su plan, usted no paga por los servicios cubiertos por el resto del año.
Puede optar por comprar Medigap para ayudar a pagar los costos de su bolsillo restantes (como su coseguro del 20%). O puede utilizar la cobertura de un empleador o sindicato actual o anterior, o de Medicaid.	No puede comprar Medigap.

Medicare Original vs. Medicare Advantage

Cobertura	
Medicare Original	Medicare Advantage (Parte C)
Medicare Original cubre los servicios médicos y suministros en hospitales, consultorios médicos y otros entornos de atención médica. Medicare Original no cubre algunos servicios como exámenes de la vista, la mayoría de los cuidados dentales y exámenes de rutina.	Los planes deben cubrir todos los servicios necesarios por razones médicas que cubre Medicare Original. Los planes también pueden ofrecer algunos beneficios adicionales que el Medicare Original no cubre.
Puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare (Parte D) aparte para obtener cobertura de medicamentos.	La cobertura de medicamentos (Parte D) está incluida en la mayoría de los planes. En la mayoría de los tipos de planes Medicare Advantage, no puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare aparte.
En la mayoría de los casos, no necesita autorización previa para que el Medicare Original cubra los servicios o suministros.	En muchos casos, es posible que necesite obtener la aprobación de su plan antes de que cubra ciertos servicios o suministros.

Viaje al extranjero	
Medicare Original	Medicare Advantage (Parte C)
El Medicare Original, por lo general, no cubre cuidado médico fuera de los Estados Unidos. Es posible comprar una póliza Medigap que cubra el cuidado de emergencia fuera de los Estados Unidos.	Los planes usualmente no cubren el cuidado fuera de los Estados Unidos. Algunos planes pueden ofrecer un beneficio adicional que cubre servicios de emergencia y de urgencia cuando viaja fuera de los Estados Unidos.

¿Qué son los planes Medicare Advantage?

Un plan Medicare Advantage es otra forma de obtener su cobertura de la Parte A y Parte B de Medicare. Los planes Medicare Advantage, a veces llamados planes “Parte C” o “MA” son planes aprobados por Medicare. Son ofrecidos por empresas privadas aprobadas por Medicare que deben seguir las reglas establecidas por Medicare. La mayoría de los planes Medicare Advantage incluyen cobertura de medicamentos (Parte D). Hay varios tipos de planes Medicare Advantage “consulte la página 12 para más información). Cada uno de estos tipos de planes Medicare Advantage tiene reglas especiales sobre cómo obtiene los servicios de las Partes A y B cubiertos por Medicare y cualquier beneficio suplementario que cubre su plan.

Si se inscribe en un plan Medicare Advantage, seguirá teniendo Medicare, pero obtendrá la mayor parte de la cobertura de las Partes A y B de su plan Medicare Advantage, no de Medicare Original. Tendrá los mismos derechos y protecciones que tendría bajo Medicare Original.

Debe usar la tarjeta de su plan Medicare Advantage para obtener los servicios cubiertos por Medicare. Guarde su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en un lugar seguro porque es posible que deba mostrarla para algunos servicios. Además, la necesitará si alguna vez regresa al Medicare Original.

¿Cómo funcionan los planes Medicare Advantage?

Cuando se inscribe en un plan Medicare Advantage, Medicare paga una cantidad fija por su cobertura cada mes a la compañía que ofrece su plan Medicare Advantage. Las empresas que ofrecen planes Medicare Advantage deben seguir las reglas que establece Medicare. Sin embargo, cada plan Medicare Advantage puede cobrar diferentes costos de su bolsillo y tener diferentes reglas sobre cómo obtener servicios (por ejemplo, si necesita un referido para ser atendido por un especialista o si tiene que acudir a médicos, instalaciones o proveedores que pertenecen a la red del plan para atención que no sea de emergencia o no urgente). Estas reglas pueden cambiar cada año. El plan debe notificarle sobre cualquier cambio antes del inicio del siguiente año de inscripción a través del Aviso Anual de Cambio, que generalmente se le envía por correo antes del 30 de septiembre.

¿Qué cubren los planes Medicare Advantage?

Los planes Medicare Advantage brindan todos los beneficios de la Parte A y Parte B, incluidos la mayoría de los nuevos beneficios que surgen de leyes o decisiones de políticas de Medicare. Si tiene un plan Medicare Advantage, Medicare Original lo ayudará a cubrir los costos de cuidados paliativos, algunos costos de ensayos clínicos y los beneficios que surgen de leyes o decisiones de políticas de Medicare que el plan no cubre.

Con un plan Medicare Advantage, es posible que tenga cobertura para cosas que Medicare Original no cubre, como programas de acondicionamiento físico (membresías en gimnasios o descuentos) y algunos servicios de visión, audición y dentales (como chequeos o limpiezas de rutina). Los planes también tienen un límite anual en sus costos de bolsillo para todos los servicios de la Parte A y Parte B. Cuando alcance el límite, no pagará nada por los servicios que cubre la Parte A y la Parte B.

Cobertura Medicare de medicamentos (Parte D)

La mayoría de los planes Medicare Advantage incluyen cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D). En ciertos tipos de planes que no incluyen la cobertura de medicamentos de Medicare (como los planes de cuentas de ahorro médico y algunos planes privados de pago por servicio), puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare independiente.

Sin embargo, si se inscribe en una Organización para el Mantenimiento de la Salud o en un Plan de Organización de Proveedores Preferidos que no cubre medicamentos, no puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare independiente. Consulte las páginas 12-13 para más información.

Nota: Si está en un plan que no ofrece cobertura de medicamentos y no tiene un plan de medicamentos de Medicare u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía si decide inscribirse en un plan de medicamentos más adelante. Visite es.Medicare.gov/basics/costs/medicare-costs/avoid-penalties para más información sobre la multa por inscripción tardía de la Parte D.

¿Cuáles son mis costos?

Cada año, los planes establecen los montos que cobran por primas, deducibles, medicamentos y servicios. El plan (en lugar de Medicare) decide cuánto paga usted por los servicios cubiertos que recibe. El plan sólo puede cambiar lo que usted paga una vez al año, el 1 de enero. Aún debe pagar la prima de la Parte B. La mayoría de las personas pagan el monto de la prima estándar de la Parte B todos los meses. Para obtener la prima estándar de la Parte B de este año, visite es.Medicare.gov/basics/costs/medicare-costs.

Al calcular sus costos de bolsillo en un plan Medicare Advantage, además de su prima, deducible, copagos y coseguro, también debe considerar:

- El tipo de servicios de salud que necesita y con qué frecuencia los obtiene.
- Si acude a un médico o proveedor que acepte la asignación (si está en un Plan de Organización de Proveedores Preferidos, un Plan Privado de Pago por Servicio o un Plan de Cuenta de Ahorros Médicos (MSA) y si su médico o proveedor está fuera de la red). La asignación significa que su médico o proveedor acepta (o está obligado por ley) a aceptar la cantidad aprobada por Medicare como pago completo por los servicios que cubre Medicare.
- Si sus médicos o proveedores están en la red del plan.
- Si el plan ofrece beneficios adicionales (además de los beneficios de Medicare Original) y si necesita pagar más para obtenerlos.
- Si tiene Medicaid o recibe ayuda de su estado a través de un Programa de Ahorros de Medicare para pagar sus costos de Medicare. Cada tipo de cobertura se denomina “pagador”. Cuando hay más de un pagador, las reglas de “coordinación de beneficios” deciden quién paga primero.
- El límite máximo de gastos de su bolsillo establecido por su plan, incluidos los límites máximos para servicios fuera de la red.

¿Cuál es la diferencia entre un deducible, un coseguro, un copago y un límite máximo de gastos de su bolsillo?

Deducible: La cantidad que debe pagar por atención médica o recetas antes de que Medicare Original, su Plan Medicare Advantage, su plan de medicamentos de Medicare o su otro seguro comiencen a pagar.

Coseguro: Una cantidad que se le puede exigir que pague como su parte del costo de los beneficios después de pagar cualquier deducible. El coseguro suele ser un porcentaje (por ejemplo, 20%).

Copago: Una cantidad que se le puede exigir que pague como su parte del costo de los beneficios después de pagar cualquier deducible. Un copago es una cantidad fija, como \$30.

Límite máximo de gastos de bolsillo: Los planes tienen un límite anual sobre lo que usted paga de su bolsillo por los servicios que cubren las Partes A y B. Una vez que alcance el límite de su plan, no pagará por los servicios de las Partes A y B que el plan cubre durante el resto del año.

Más detalles sobre cada plan

Si se inscribe en un plan Medicare Advantage, revise estos avisos que recibe de su plan cada año:

- **Aviso Anual de Cambio:** Incluye cualquier cambio en la cobertura, costos, redes de proveedores, área de servicio y más que entrará en vigencia en enero. Su plan le enviará una copia por correo antes del 30 de septiembre.
- **Evidencia de Cobertura:** Le brinda detalles sobre lo que cubre el plan, cuánto paga y más. Su plan le enviará un aviso (o una copia impresa) antes del 15 de octubre, que incluirá información sobre cómo acceder electrónicamente a la Evidencia de Cobertura o solicitar una copia impresa.

Autorización previa y determinaciones de la organización

Usted o su proveedor pueden obtener una decisión, ya sea verbal o por escrito, de su plan con anticipación para saber si cubre un servicio, medicamento o suministro. Esta decisión se llama “autorización previa”. Si su plan no aprueba la solicitud de autorización previa, es posible que deba pagar el costo total del servicio, artículo o medicamento.

Usted, su representante o su médico pueden solicitar una “determinación de la organización” que le indique si un servicio, artículo o medicamento estará cubierto o cuánto deberá pagar. Un representante es alguien que usted puede nombrar para que lo ayude. Su representante puede ser un familiar, un amigo, un defensor, un abogado, un asesor financiero, un médico u otra persona que actúe en su nombre. Según sus necesidades de salud, usted, su representante o su médico pueden solicitar una decisión rápida sobre su solicitud de determinación de organización. Si su plan niega la cobertura, debe informarle por escrito y usted tiene derecho a apelar. Para más información, visite es.Medicare.gov/providers-services/claims-appeals-complaints/appeals.

Plan de cuidado directo

Si un proveedor del plan lo refiere para un servicio o a un proveedor fuera de la red, pero no obtiene una determinación de la organización por adelantado, esto se denomina “cuidado directo por el plan”. En la mayoría de los casos, no tendrá que pagar más que el costo compartido habitual del plan. Consulte con su plan para obtener más información sobre esta protección.

¿Quién puede inscribirse en un plan de Medicare Advantage?

Para inscribirse en un plan Medicare Advantage, debe:

- Tener la Parte A y Parte B.
- Vivir en el área de servicio del plan.
- Ser ciudadano o estar legalmente presente en los Estados Unidos.

¿Qué hago si tengo una condición preexistente?

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

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

Puede inscribirse en un plan Medicare Advantage incluso si tiene ESRD. En muchos planes Medicare Advantage, sólo puede utilizar proveedores de atención médica que estén en la red y en el área de servicio del plan. Antes de inscribirse, es posible que desee consultar con sus proveedores y el plan que está considerando para asegurarse de que los proveedores que utiliza actualmente (como su centro de diálisis o su médico especialista en riñones) o que desea utilizar en el futuro (como un especialista en trasplantes), están en la red del plan. Si ya está en un plan Medicare Advantage, consulte con sus proveedores para asegurarse de que seguirán siendo parte de la red del nuevo plan. Lea los materiales del plan o comuníquese con el plan que está considerando para obtener más información.

¿Qué debo hacer si tengo otra cobertura?

Hable con su patrono, sindicato u otro administrador de beneficios sobre sus reglas antes de inscribirse en un plan de Medicare Advantage. En determinados casos, si usted se inscribe en un plan de Medicare Advantage, aún podría usar la cobertura de su patrono o sindicato junto con el plan de Medicare Advantage. En otros casos, al inscribirse en un plan de Medicare Advantage, podría perder la cobertura del patrono o sindicato para usted, su cónyuge y sus dependientes. Sólo puede estar en un plan Medicare Advantage a la vez.

¿Cuándo puedo inscribirme, cambiar o desafiliarme de un plan de Medicare Advantage?

Sólo puede inscribirse, cambiar o cancelar un plan Medicare Advantage durante los siguientes períodos de inscripción:

Período de Inscripción Abierta: Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre, cualquier persona con Medicare puede inscribirse, cambiar o cancelar un plan Medicare Advantage. Su cobertura comenzará el 1 de enero del próximo año (siempre y cuando el plan reciba su solicitud antes del 7 de diciembre).

Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage: Entre el 1 de enero y el 31 de marzo de cada año, puede realizar estos cambios:

- Cambiarse a otro Plan Medicare Advantage (con o sin cobertura de medicamentos).
- Cancelar su plan Medicare Advantage y regresar al Medicare Original. También podrá inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare aparte.

Durante la Inscripción Abierta de Medicare Advantage (entre 1 de enero y el 31 de marzo de cada año), si tiene Medicare Original **no podrá:**

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

Sólo podrá hacer un cambio durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage, y todo cambio que haga entrará en efecto el primer día del mes después de que el plan reciba su solicitud. Si regresa al Medicare Original y se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare aparte, no es necesario que se comunique con su plan MA para cancelar su inscripción. La cancelación de la inscripción ocurrirá automáticamente al inscribirse en el plan de medicamentos.

Período de Inscripción Inicial: Cuando sea elegible para Medicare por primera vez, puede inscribirse en un plan Medicare Advantage durante su Período de Inscripción Inicial. Para muchos, este es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y termina 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Si se inscribe en Medicare durante los primeros 3 meses de su Período de Inscripción Inicial, en la mayoría de los casos, su cobertura comienza el primer día del mes de su cumpleaños. Sin embargo, si su cumpleaños es el primer día del mes, su cobertura comenzará el primer día del mes anterior.

Si se inscribe en un plan Medicare Advantage el mes en que cumple 65 años, su cobertura comenzará el primer día del mes siguiente.

Si se inscribe durante los últimos 3 meses de su Período de Inscripción Inicial, su cobertura comenzará el primer día del mes posterior a su inscripción.

Cambiar a otro plan durante el Período de Inscripción Inicial

Si se inscribe en un plan Medicare Advantage durante su Período de Inscripción Inicial, puede cambiar a otro plan Medicare Advantage (con o sin cobertura de medicamentos) o regresar al Medicare Original (con o sin un plan Medicare de medicamentos separado) dentro de los primeros 3 meses de tener Medicare. Si tiene cobertura de la Parte A y obtiene la Parte B por primera vez entre el 1 de enero y el 31 de marzo, también puede inscribirse en un plan Medicare Advantage. Su cobertura comenzará el primer día del mes posterior a su inscripción.

Si tiene menos de 65 años y tiene una discapacidad, obtendrá automáticamente la Parte A y Parte B después de recibir beneficios por discapacidad del Seguro Social o ciertos beneficios por discapacidad de la Junta de Jubilación Ferroviaria durante 24 meses.

Período Especial de Inscripción: En la mayoría de los casos, si se inscribe en un plan Medicare Advantage, debe conservarlo durante el año calendario que comienza en la fecha en que comienza su cobertura. Sin embargo, en determinadas situaciones, como si se muda fuera del área de servicio del plan o pierde otra cobertura, es posible que pueda inscribirse, cambiar o cancelar un plan Medicare Advantage durante un Período Especial de Inscripción.

También puede calificar para un Período Especial de Inscripción para inscribirse en un plan Medicare Advantage si también se inscribió en la Parte A y/o B durante un Período Especial de Inscripción, donde una situación excepcional hizo que perdiera una oportunidad anterior de inscribirse en Medicare. Visite [SSA.gov/medicare/sign-up](https://www.ssa.gov/medicare/sign-up) para más información.

¿Cómo puedo inscribirme en un plan de Medicare Advantage?

No todos los planes Medicare Advantage funcionan de la misma manera. Antes de inscribirse, puede buscar y comparar planes en su área visitando [es.Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Una vez que comprenda las reglas y los costos del plan, puede inscribirse de la siguiente manera:

- Visitando [es.Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) y buscar por código postal para encontrar un plan e inscribirse. También puede iniciar sesión en su cuenta segura de Medicare para obtener resultados personalizados. Si tiene preguntas sobre un plan, seleccione “Detalles del Plan” en la página de resultados de búsqueda para obtener la información de contacto del plan.
- Llamando al plan al que desea inscribirse o visitar el sitio web del plan para averiguar si puede inscribirse en línea.
- Llenando un formulario de inscripción impreso. Comuníquese con el plan para obtener un formulario de inscripción, complételo y envíeselo al plan. Todos los planes deben ofrecer esta opción.
- Llamando al 1-800-MEDICARE.

Cuando esté listo para inscribirse en un plan de Medicare Advantage, tendrá que proporcionar los siguientes datos de su tarjeta de Medicare:

- Su número de Medicare.
- La fecha en que comenzó su cobertura bajo la Parte A y/o la Parte B de Medicare.

Recuerde que, cuando se inscribe en un plan de Medicare Advantage, en la mayoría de los casos, **usted deberá usar la tarjeta de su plan de Medicare Advantage** para obtener los servicios cubiertos por Medicare. Para algunos servicios (como el cuidado de hospicio), se le puede pedir que muestre su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare.

Tipos de planes Medicare Advantage

Tipos de planes Medicare Advantage:

- Plan de Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO): Consulte la página 12.
- Plan de Punto de Servicio HMO (HMOPOS): Consulte la página 12.
- Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO): Consulte la página 13.
- Plan Privado de Pago por Servicio (PFFS): Consulte la página 13.
- Plan de Necesidades Especiales (SNP): Consulte la página 14.
- Plan de Cuenta de Ahorros Médicos (MSA): Consulte la página 16.

Es posible que el área donde vive tenga todos, algunos o ninguno de estos tipos de planes disponibles. Además, es posible que haya varios planes del mismo tipo disponibles en su área, si las empresas privadas deciden ofrecerlos. Para encontrar planes Medicare Advantage disponibles, visite [es.Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare), lea su manual “Medicare y Usted” o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Plan de Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO)

Un plan HMO es un tipo de plan Medicare Advantage que generalmente brinda cobertura de atención médica exclusivamente de médicos, otros proveedores de la salud u hospitales de la red del plan (excepto atención de emergencia, cuidado de urgencia fuera del área o diálisis temporal fuera del área). Una red es un grupo de médicos, hospitales e instalaciones médicas que contratan un plan para brindar servicios. La mayoría de las HMO también requieren que usted obtenga una derivación de su médico de atención primaria para recibir atención especializada, de modo que su atención esté coordinada.

¿Puedo obtener servicios de salud de cualquier médico, proveedor de salud u hospital?

No. Por lo general, debe recibir atención y servicios de médicos, otros proveedores de la salud u hospitales de la red del plan (excepto atención de emergencia, atención de urgencia fuera del área o diálisis temporal fuera del área, que está cubierta ya sea proporcionados en la red del plan o fuera de la red del plan). **Sin embargo, algunos planes HMO, conocidos como planes HMO Punto de Servicio (HMOPOS), ofrecen un beneficio fuera de la red para algunos o todos los beneficios cubiertos, pero generalmente pagará un copago o coseguro más alto.**

Si recibe atención médica que no es de emergencia fuera de la red del plan sin autorización, es posible que deba pagar el costo total. Es importante que siga las reglas del plan, como obtener aprobación previa para un determinado servicio cuando sea necesario. En la mayoría de los casos, es necesario elegir un médico de atención primaria. Ciertos servicios, como las mamografías de detección anuales, no requieren un referido. Si su médico u otro proveedor abandona la red del plan, su plan se lo notificará. Puede elegir otro médico de la red del plan.

¿Están cubiertos los medicamentos recetados?

En la mayoría de los casos, sí. Si piensa inscribirse en un HMO y desea cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D), debe inscribirse en un plan HMO que ofrezca cobertura de medicamentos de Medicare. Si se inscribe en un plan HMO sin cobertura de medicamentos, no puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare independiente.

Plan de Organización de Proveedor Preferido (PPO)

Un plan de una organización de Proveedor Preferido (PPO, en inglés) es un plan de Medicare Advantage que tiene una red de médicos, especialistas, hospitales y otros proveedores de la salud a los que usted puede acudir.

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

Sí. También puede usar proveedores fuera de la red para servicios cubiertos, generalmente por un costo más alto, si el proveedor acepta tratarlo y no se ha excluido de Medicare (para artículos y servicios de la Parte A y Parte B de Medicare). Siempre estará cubierto para el cuidado de emergencia y urgencia.

Antes de recibir servicios de un proveedor fuera de la red, es posible que desee solicitar una determinación de cobertura de la organización de su PPO para garantizar que los servicios sean médicamente necesarios y que su plan los cubra. Consulte la página 7 para más información sobre las determinaciones de la organización.

¿Están cubiertos los medicamentos recetados?

En la mayoría de los casos, sí. Si piensa inscribirse en un PPO y quiere cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D), debe inscribirse en un plan PPO que ofrezca cobertura de medicamentos de Medicare. Si se inscribe en un PPO sin cobertura de medicamentos, no podrá inscribirse en un plan de Medicare para medicamentos aparte.

Plan Privado de Pago por Servicio (PFFS)

Un Plan Privado de Pago por Servicio (PFFS, en inglés) es otro tipo de plan Medicare Advantage ofrecido por una compañía de seguros de salud privada. El plan determina cuánto pagará a los médicos, otros proveedores de la salud y hospitales, y cuánto debe pagar usted cuando recibe los servicios

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

Puede visitar a cualquier proveedor aprobado por Medicare, como un médico, otro proveedor de la salud u hospital que acepte los términos de pago del plan y esté de acuerdo en brindarle tratamiento. Si se inscribe en un plan de PFFS que tiene una red, también puede hacerse ver con todos los proveedores de la red que hayan acordado a siempre tratar a los miembros del plan. Además, puede elegir un médico, hospital u otro proveedor fuera de la red que acepte los términos del plan, pero podría tener que pagar más. Por lo general, su tarjeta de identificación del plan le dice a su proveedor que usted pertenece a un plan PFFS.

Si su proveedor acepta los términos y condiciones de pago del plan, debe seguirlos y facturar al plan por sus servicios. Sin embargo, su proveedor puede decidir en cualquier visita futura dejar de tratarlo.

Si su proveedor no está de acuerdo con los términos y condiciones de pago del plan, el plan solo debe pagar a su proveedor por los servicios de emergencia, los servicios de urgencia y diálisis fuera del área. Para otros servicios cubiertos, deberá encontrar otro proveedor que acepte el plan PFFS.

Nota: Un PFFS también puede permitir la “facturación de saldo”, lo que significa que un proveedor puede cobrar hasta un 15% adicional de la cantidad que paga Medicare y facturarle esa cantidad.

Si su plan permite la facturación del saldo, es posible que deba pagar tanto el copago o coseguro del plan como la diferencia entre lo que cobró el proveedor y la cantidad que paga Medicare.

¿Están cubiertos los medicamentos recetados?

A veces. Si el plan de PFFS no ofrece cobertura de medicamentos, usted puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare (Parte D) aparte para obtener esa cobertura.

Plan de Necesidades Especiales (SNP)

Un plan de Necesidades Especiales (SNP, en inglés) proporciona beneficios y servicios para personas con enfermedades, necesidades de salud específicas o que también tienen cobertura de Medicaid. Los SNP adaptan sus beneficios, opciones de proveedores y formularios de medicamentos para mejor satisfacer las necesidades específicas de los grupos a que sirven.

Cada SNP limita su membresía a personas en uno de estos grupos, o un subconjunto de uno de estos grupos. Sólo puede permanecer inscrito en un SNP si continúa cumpliendo con las condiciones especiales que ofrece el plan.

Puede calificar para un SNP si vive en el área de servicio del plan y cumple con los requisitos para uno de los 3 tipos de SNP:

- **Condición Crónica SNP (o C-SNP):** Tiene una o más afecciones crónicas graves o incapacitantes específicas, como:
 - Dependencia crónica de alcohol y otras drogas
 - Ciertos trastornos autoinmunes
 - Cáncer (excluyendo condiciones precancerosas)
 - Ciertos trastornos cardiovasculares
 - Insuficiencia cardíaca crónica
 - Demencia
 - Diabetes mellitus
 - Enfermedad hepática en etapa terminal
 - Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) que requiere cualquier modo de diálisis
 - Ciertos trastornos hematológicos graves
 - VIH/SIDA
 - Ciertos trastornos pulmonares crónicos
 - Ciertas condiciones de salud mental crónicas e incapacitantes
 - Ciertos trastornos neurológicos
 - Derrame cerebral

SNP Institucional (o I-SNP): Vive en la comunidad, pero necesita el nivel de cuidado que ofrece un centro, o si vive (o se espera que viva) durante al menos 90 días seguidos en un centro como:

- Asilo de ancianos
 - Centro de cuidado intermedio
 - Centro de enfermería especializada
 - Hospital de rehabilitación
 - Hospital de cuidado a largo plazo
 - Hospital con cama basculante
 - Hospital psiquiátrico
 - Otro centro que ofrece servicios de cuidado médico a largo plazo similares y cuyos residentes tienen necesidades y estado de atención médica similares a los de los residentes de los centros enumerados anteriormente
- **SNP con doble elegibilidad (o D-SNP):** Es elegible tanto para Medicare como para Medicaid. Los D-SNP tienen un contrato con su programa estatal de Medicaid para ayudar a coordinar sus beneficios de Medicare y Medicaid.

Los SNP son tipos de planes PPO, HMO o HMOPOS y cubren los mismos servicios de las Partes A y B de Medicare que cubren todos los planes Medicare Advantage. Sin embargo, los SNP también pueden cubrir servicios adicionales adaptados a los grupos especiales a los que atienden. Por ejemplo, si tiene una afección grave o crónica, como cáncer o insuficiencia cardíaca crónica, y necesita hospitalización, un SNP puede cubrir días adicionales en el hospital.

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

Si su SNP es un HMO, generalmente debe obtener su cuidado y servicios de médicos, otros proveedores u hospitales en la red del plan (salvo en casos de cuidado de emergencia, cuidado urgente fuera del área o servicios de diálisis fuera del área). Los SNP podrán requerir que tenga un médico de cabecera.

Sin embargo, si su SNP es un PPO, puede obtener servicios de cualquier proveedor u hospital calificado, pero generalmente a un costo más alto que el que pagaría por los servicios de un proveedor de la red.

Los SNP suelen tener especialistas en las enfermedades o condiciones que afectan a sus miembros. Tanto un HMO como un PPO SNP pueden requerir que tenga un coordinador del cuidado para ayudarle con su cuidado médico. Un coordinador del cuidado es alguien que ayuda a asegurarse de que las personas reciben el cuidado e información correcta. Por ejemplo, un SNP para personas con diabetes podría usar un coordinador de cuidado para ayudar a los miembros a vigilar el azúcar en la sangre y seguir sus dietas.

¿Están cubiertos los medicamentos?

Sí. Todos los SNP deben ofrecer cobertura de Medicare para medicamentos (Parte D).

Planes de Cuentas de Ahorros Médicos (MSA) de Medicare

Los planes de Cuentas de Ahorros Médicos (MSA, en inglés) de Medicare combinan un plan de seguro con deducible alto con una cuenta de ahorros médicos:

1. **Plan de salud de deducible alto:** La primera parte de un plan de MSA es una forma especial de un plan de Medicare Advantage de deducible alto. El plan solamente comenzará a cubrir sus costos una vez que usted satisfaga un deducible anual alto, el cual varía según el plan.
2. **Cuenta de Ahorros Médicos (MSA):** La segunda parte de un plan de MSA es una forma especial de una cuenta de ahorros.

¿Quién no puede inscribirse en un Plan MSA?

No puede inscribirse en un plan MSA si:

- Tiene cobertura de salud que cubriría el deducible del plan Medicare MSA.
- Se inscribió en otro plan Medicare Advantage. Necesita cancelar su plan MA antes de inscribirse en un MSA.
- Obtiene beneficios del Departamento de Defensa de EE. UU. (TRICARE) o del Departamento de Defensa de EE. UU.
- Departamento de Asuntos de Veteranos (VA).
- Es un empleado jubilado del gobierno federal y forma parte del Servicio Federal de Salud Programa de Beneficios (FEHBP).
- Es elegible para Medicaid.
- Actualmente recibe cuidados paliativos.
- Vive fuera de los EE. UU. más de 183 (en total) días al año.

Una vez que haya decidido cuál plan de MSA usted desea, tendrá que comunicarse con el plan para la información de inscripción y para inscribirse. El plan le avisará cómo establecer su cuenta con un banco elegido por el plan. Usted deberá establecer esta cuenta antes de que se pueda procesar su inscripción. Después de recibir una carta del plan avisándole cuándo comenzará su cobertura. Una vez se inscriba, tiene cobertura:

- Medicare entrega al plan una cantidad de dinero cada año para su cuidado médico.
- El plan deposita dinero en su cuenta en nombre de usted. Usted no puede depositar su propio dinero.
- Usted puede usar el dinero de la cuenta para pagar los costos de su cuidado, incluidos los costos de cuidado médico no cubierto por Medicare.
- Si usa todo el dinero de su cuenta y tiene gastos de bolsillo adicionales, tendrá que pagar por los servicios cubiertos por Medicare de su propio bolsillo hasta satisfacer el deducible de su plan.

- Durante el tiempo en que usted paga del bolsillo para servicios antes de satisfacer el deducible, los médicos y otros proveedores no le pueden cobrar más de la cantidad aprobada por Medicare.
- Luego de satisfacer su deducible, su plan pagará los servicios cubiertos por Medicare.
- El dinero aún está en su cuenta al final del año permanece en la cuenta, y se podrá usar para gastos de cuidado médico en años futuros. Si usted mantiene el mismo plan de MSA el año siguiente, el depósito nuevo se añadirá a la cantidad restante del año anterior.

Planes MSA y los impuestos

Si usted usa fondos de su cuenta, deberá incluir el Formulario del IRS 8853 con información sobre cómo usó el dinero de su cuenta al presentar sus impuestos.

Cada año, debe recibir un formulario 1099-SA de su banco que incluye todos los retiros de su cuenta. Deberá mostrar que ha tenido gastos médicos calificados equivalentes al menos a esta cantidad, o es posible que tenga que pagar impuestos y multas adicionales.

Visite [IRS.gov/forms-pubs/about-publication-969](https://www.irs.gov/forms-pubs/about-publication-969) para más información tributaria relacionada con los planes MSA, como una lista de gastos médicos calificados.

Comuníquese con su asesor financiero personal (si tiene uno) para asesoramiento y consejos acerca de cómo elegir un plan MSA podría afectar su situación económica.

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

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

¿Están cubiertos los medicamentos?

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

Compare los planes de Medicare Advantage

La tabla a continuación muestra información básica sobre cada tipo de plan de Medicare Advantage.

	HMO	PPO	PFFS	SNP	MSA
Prima	Sí	Sí	Sí	Sí	No
¿Cobran los planes una prima mensual?	Muchos cobran una prima adicional a la prima mensual de la Parte B.	Muchos cobran una prima adicional a la prima mensual de la Parte B.	Muchos cobran una prima adicional a la prima mensual de la Parte B.	Muchos cobran una prima adicional a la prima mensual de la Parte B.	No tendrá que pagar una prima mensual aparte, pero seguirá pagando la prima mensual de la Parte B.
Medicamentos	Usualmente	Usualmente	Usualmente	Sí	No
¿El plan ofrece cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D)?	Si se inscribe en una HMO que no ofrece cobertura de medicamentos, no podrá obtener un plan de Medicare para medicamentos por separado.	Si se inscribe en un plan de PPO que no ofrece cobertura de medicamentos, no podrá obtener un plan de Medicare para medicamentos aparte.	Si se inscribe en un plan de PFFS que no ofrece cobertura de medicamentos, podrá obtener un plan de Medicare para medicamentos aparte.	Todos los SNP deberán ofrecer cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D).	Tendrá que inscribirse en un plan de Medicare para medicamentos aparte.
Proveedores	A veces	Sí	Sí	A veces	Sí
¿Puedo usar cualquier médico u hospital que acepta Medicare por los servicios cubiertos?	Por lo general, deberá hacerse ver con médicos, otros proveedores de servicios de salud u hospitales que se encuentran en la red del plan (salvo en caso de cuidado de emergencia, cuidado urgente o diálisis fuera del área). En un HMOPOS, podría obtener algunos servicios fuera de la red por un copago o coseguro más alto.	Cada plan tiene una red de médicos, hospitales y otros proveedores que usted puede usar. Sus costos podrán ser más altos si usa proveedores fuera del plan.	Puede visitar a cualquier médico aprobado por Medicare, otro proveedor de servicios de salud u hospital que acepte los términos de pago del plan y esté de acuerdo en brindarle tratamiento. Si el plan tiene una red, usted puede usar cualquiera de los proveedores de la red (si se hace ver con un proveedor de fuera de la red que acepta los términos del plan, podría pagar más).	Si su SNP es un HMO, deberá obtener su cuidado y servicios de médicos u hospitales de la red del SNP (salvo en el caso de emergencia, cuidado urgente o necesita diálisis fuera del área). Sin embargo, si su SNP es un PPO, puede obtener servicios cubiertos por Medicare fuera de la red.	Los planes MSA no tienen una red de proveedores. Usted puede elegir cualquier proveedor aprobado por Medicare para obtener los servicios cubiertos por el Medicare Original.
Referidos	Sí	No	No	Quizá	No
¿Necesito un referido de mi médico para consultar con un especialista?				Si el SNP es un HMO, necesita un referido. Si el SNP es un PPO, usted no necesita un referido.	

¿Qué pasa si tengo una póliza de seguro suplementario de Medicare (Medigap)?

El Seguro Suplementario de Medicare (Medigap) es un seguro adicional que puede comprar de una compañía de seguro médico privada para ayudar a pagar su parte de los costos de su bolsillo en el Medicare Original.

Si tiene un plan Medicare Advantage, es ilegal que alguien le venda una póliza Medigap a menos que regrese al Medicare Original. Si no piensa cancelar su plan Medicare Advantage y alguien intenta venderle una póliza Medigap, infórmelo al Departamento de Seguros de su estado. Si tiene Medigap y se inscribe en un plan Medicare Advantage, es posible que desee cancelar Medigap. No puede usar Medigap para pagar los copagos, deducibles y primas de su plan Medicare Advantage.

Derecho de prueba para comprar Medigap

Si se inscribe en un plan Medicare Advantage por primera vez y no está satisfecho con el plan, tiene un “derecho de prueba” según la ley federal para comprar una póliza Medigap y un plan de medicamentos de Medicare aparte si regresa a Medicare Original dentro de los 12 años. meses de inscribirse en el plan Medicare Advantage.

- Si tenía Medigap antes de inscribirse en un plan Medicare Advantage, es posible que pueda recuperar la misma póliza si la compañía aún la vende. Si no está disponible, puede comprar otra póliza.
- Si se inscribió en un plan Medicare Advantage cuando fue elegible por primera vez para Medicare (y no está satisfecho con el plan), puede elegir cualquier póliza Medigap si se cambia a Medicare Original dentro del primer año de inscripción.
- Algunos estados otorgan derechos especiales adicionales para comprar una póliza Medigap. Consulte con el Departamento de Seguros de su estado para obtener más información.

Si desea cancelar su póliza Medigap, comuníquese con su compañía de seguros. En la mayoría de los casos, **si cancela su póliza Medigap para inscribirse en un plan Medicare Advantage, es posible que no pueda recuperar la misma póliza.**

Los planes Medigap vendidos a personas que recientemente son elegibles para Medicare no pueden cubrir el deducible de la Parte B. Para obtener más información sobre los planes Medigap, visite [es.Medicare.gov/health-drug-plans/medigap](https://www.es.Medicare.gov/health-drug-plans/medigap) o lea o descargue el folleto, “Selección de una póliza Medigap: Una Guía para las Personas con Medicare” en [es.Medicare.gov/publications](https://www.es.Medicare.gov/publications).

¿Dónde puedo obtener más información?

Encuentre un plan de Medicare

Visite es.Medicare.gov/plan-compare para comprar y comparar planes que satisfagan sus necesidades. También puede ingresar sus medicamentos y farmacias para obtener costos más precisos para los planes en su área.

1-800-MEDICARE

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener ayuda con preguntas específicas sobre facturación, reclamaciones, registros médicos, gastos y más. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

SHIP (Programas Estatales de Asistencia con el Seguro Médico)

Los SHIP son programas estatales que reciben dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento local sobre seguros médicos a personas con Medicare sin costo alguno. Los SHIP no están conectados a ninguna compañía de seguros ni plan de salud. Los voluntarios de SHIP pueden ayudarle con estas preguntas o inquietudes sobre Medicare:

- Sus derechos en Medicare
- Problemas de facturación
- Quejas sobre su atención o tratamiento médico
- Planes, opciones
- Cómo trabaja Medicare con otros seguros
- Encontrar ayuda para pagar los costos de la salud

Puede encontrar el número de teléfono del SHIP de su estado visitando shiphelp.org o llamando al 1-800-MEDICARE.

Comunicaciones Accesibles de CMS

Medicare brinda ayuda y servicios auxiliares gratuitos, como publicaciones, documentos y comunicaciones, en braille, letra grande, CD de datos/audio, servicios de retransmisión y comunicaciones TTY. Si solicita información en un formato accesible de CMS, no estará en desventaja por el tiempo adicional necesario para proporcionarla. Esto significa que obtendrá tiempo adicional para tomar cualquier medida si hay un retraso en el cumplimiento de su pedido.

Para solicitar información sobre Medicare o el Mercado en un formato accesible, puede:

1. Llamar:

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

TTY: 1-877-486-2048

Para el Mercado: 1-800-318-2596

TTY: 1-855-889-4325

2. Envíenos un correo electrónico: altformatrequest@cms.hhs.gov

3. Envíenos un fax: 1-844-530-3676

4. Enviar una carta a:

Centros de Servicios & Medicaid de Medicare
Medicare Oficinas de Audiencias y Consultas (OHI)
7500 Security Boulevard, Mail Stop DO-01-20
Baltimore, MD 21244-1850
ATTN: Personal de Recursos de Accesibilidad al Cliente (CARS)

Su solicitud debe incluir su nombre, número de teléfono, tipo de información que necesita (si la conoce) y la dirección postal a la que debemos enviar los materiales. Es posible que nos comuniquemos con usted para solicitarle información adicional.

Nota: Si está inscrito en Medicare Advantage o en un plan de medicamentos de Medicare, puede comunicarse con su plan para solicitar sus documentos en un formato accesible. Para Medicaid, comuníquese con su oficina estatal de asistencia médica de Medicaid.

Aviso de no discriminación

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) no excluyen, no niegan beneficios ni discriminan de manera alguna a ninguna persona por su raza, color, origen, incapacidad, sexo, o edad para la admisión, participación o recepción de los servicios y beneficios de cualquiera de sus programas y actividades, sean estos realizados por los CMS directamente o a través de un contratista de cualquier otra entidad con el que los CMS coordinen la realización de sus programas y actividades.

Puede comunicarse con CMS de cualquiera de las maneras incluidas en este aviso si tiene alguna duda sobre cómo obtener información en un formato que pueda utilizar.

También puede presentar una queja si cree que ha sido objeto de discriminación en un programa o actividad de CMS, incluyendo problemas para obtener información en un formato accesible de cualquier plan Medicare Advantage, plan de medicamentos de Medicare, oficina estatal o local de Medicaid o Planes de salud calificados del Mercado. Hay tres formas de presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos:

1. En línea:

[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. Por teléfono:

Llame 1-800-368-1019.

Usuarios TTY pueden llamar 1-800-537-7697.

3. Por escrito: Envíe información sobre su queja a:

Oficina de Derechos Civiles

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

**Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.
Centros de Servicios de Medicare y Medicaid**

7500 Security Blvd.
Baltimore, MD 21244-1850

Asunto Oficial
Penalidad por uso privado, \$300

¿Necesita una copia de este folleto en inglés?

Para obtener una copia gratuita de este folleto en inglés, visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), TTY pueden llamar al 1-877-486-2048 para informar sospechas de fraude.

Esta publicación está disponible en inglés. Para obtener una copia gratuita, visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) o llame al 1-800-MEDICARE.



Medicare

La información contenida en este folleto describe el Programa Medicare en el momento en que se imprimió este folleto. Pueden ocurrir cambios después de la impresión. Visite [es.Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener la información más actualizada. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

“Los Planes Medicare Advantage” no es un documento legal. La orientación legal oficial del Programa Medicare está contenida en los estatutos, reglamentos y resoluciones pertinentes.

Este producto fue financiado con dinero de los contribuyentes de los Estados Unidos.