

Comprendere i piani Medicare Advantage



Questo opuscolo ufficiale del governo ti dice:

- In cosa i piani Medicare Advantage sono diversi da Medicare Original
- Come funzionano i piani Medicare Advantage
- Come puoi aderire a un piano Medicare Advantage



“Comprendere i piani Medicare Advantage” non è un documento legale. La guida legale ufficiale ai programmi Medicare è inclusa negli statuti, regolamenti e disposizioni rilevanti.

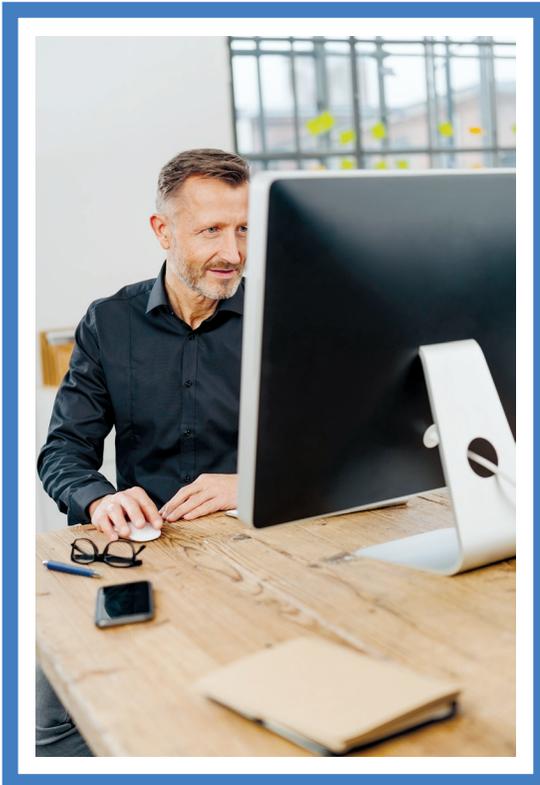
Le informazioni contenute in questo libretto descrivono il Programma Medicare al momento della stampa del libretto stesso. Vi possono essere modifiche prima della stampa. Visita [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov), o chiama 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) per ottenere le più aggiornate informazioni. Gli utenti TTY possono chiamare il numero 1-877-486-2048.

Contenuto



Introduzione	4
Quali sono le differenze tra Medicare Original e Medicare Advantage?	5
Che cosa sono i piani Medicare Advantage?	9
Come funzionano i piani Medicare Advantage?	9
Che cosa è coperto?	9
Quali sono i miei costi?	10
Chi può aderire a un piano Medicare Advantage?	12
Quando posso iscrivermi, cambiare o abbandonare un piano Medicare Advantage?	12
Come posso aderire a un piano Medicare Advantage?	13
Posso aderire a un piano Medicare Advantage se ho una malattia renale in fase finale (ESRD)?	14
Tipi di piani Medicare Advantage	15
Confrontare punto per punto i piani Medicare Advantage	24
Cosa succede se ho una polizza assicurativa supplementare Medicare (Medigap)?	25
Dove posso ottenere ulteriori informazioni?	26

Introduzione



Quando ti iscrivi per la prima volta a Medicare e in certi periodi dell'anno (come l'Open Enrollment), puoi scegliere come ottenere la copertura Medicare.

Medicare può essere ottenuta in 2 modi principali:

- **Medicare Original** include Medicare Parte A (assicurazione ospedaliera) e Medicare Parte B (assicurazione medica) Se vuoi la copertura per i farmaci, puoi aderire ad un piano Medicare per i farmaci con ricetta (Prescription Drug Plan) Parte D separato.
- **Medicare Advantage (noto anche come "Parte C")** è un'alternativa omnicomprensiva a Original Medicare. Questi piani "bundled" includono la Parte A, la Parte B e solitamente la Parte D. Possono anche offrire benefici extra non coperti da Original Medicare.

Le decisioni sul piano sanitario Medicare influiscono su quanto pagherai per la copertura, quali servizi otterrai, a quali medici potrai chiedere assistenza e sulla qualità della stessa.

Imparare a conoscere le tue scelte di copertura Medicare, ottenere aiuto da persone di fiducia e confrontare i diversi piani può aiutarti a capire tutte le opzioni disponibili.

Quali sono le differenze tra Medicare Original e Medicare Advantage?

Medicare Original

- Medicare Original include Medicare Parte A (assicurazione ospedaliera) e Medicare Parte B (assicurazione medica).
- Se vuoi la copertura per i farmaci, puoi aderire a un piano Parte D separato.
- Come aiuto per pagare le spese vive in Original Medicare (come la franchigia e la coassicurazione del 20%), puoi acquistare un'assicurazione supplementare.
- Puoi chiedere assistenza ad un medico o ad un ospedale iscritto a Medicare, ovunque nel territorio degli Stati Uniti.



Parte A



Parte B



Puoi aggiungere:



Parte D



Puoi aggiungere anche:



Copertura supplementare



(Alcuni esempi includono copertura offerta da una polizza di Assicurazione supplementare Medicare (Medigap), o da un ex datore di lavoro o sindacato.)

Medicare Advantage

(nota anche come Parte C)

- Medicare Advantage è un'alternativa omnicomprensiva a Original Medicare. Questi pacchetti assicurativi includono la Parte A, la Parte B, e in genere la Parte D.
- Alcuni piani hanno spese vive inferiori rispetto a Original Medicare.
- In molti casi, dovrai chiedere assistenza a medici che fanno parte della rete del piano.
- Alcuni piani offrono prestazioni aggiuntive che Original Medicare non copre — come servizi oculistici, audiologici o odontoiatrici.



Parte A



Parte B



La maggior parte dei piani include:



Parte D



Prestazioni aggiuntive

Alcuni piani includono anche:



Spese vive inferiori

Medicare Original in confronto a Medicare Advantage

Scelta del medico e dell'ospedale

Medicare Original	Medicare Advantage
Puoi chiedere assistenza ad un medico o ad un ospedale iscritto a Medicare, ovunque nel territorio degli Stati Uniti.	In molti casi, dovrai chiedere assistenza a medici che fanno parte della rete del piano (per assistenza di non emergenza e non urgente). Chiedi ai tuoi medici se partecipano a qualsiasi piano Medicare Advantage.
Nella maggior parte dei casi non avrai bisogno di referenza per consultare uno specialista.	In alcuni, tuttavia, potresti averne bisogno.

Costo

Medicare Original	Medicare Advantage
Per i servizi coperti dalla Parte B, di solito paghi il 20% dell'importo approvato da Medicare dopo aver soddisfatto la tua franchigia.	Le spese vive variano - per alcuni servizi i piani possono avere spese vive inferiori.
Paghi un premio (pagamento mensile) per la parte B. Se scegli di acquistare la copertura per i farmaci da prescrizione (parte D), pagherai quel premio separatamente.	Potresti pagare un premio per il piano in aggiunta al premiomensile per la parte B. (La maggior parte include la copertura dei farmaci da prescrizione). I piani potrebbero avere un premio di \$0 o potrebbero aiutare a pagare tutti o parte dei premi della parte B.
A meno che tu non abbia una copertura supplementare (come una polizza Medigap), non c'è un limite annuale su ciò che paghi di spese vive.	I piani hanno un limite annuale su quanto paghi di spese vive per i servizi coperti da Medicare Parte A e B. Una volta raggiunto il limite del piano, non pagherai nulla per i servizi coperti dalla Parte A e dalla Parte B per il resto dell'anno.
Puoi ottenere una copertura supplementare (come una polizza Medigap) per aiutarti a pagare le tue spese vive residue (come la tua coassicurazione del 20%). Oppure, puoi utilizzare la copertura di un ex datore di lavoro o di un sindacato, o Medicaid.	Non puoi acquistare o utilizzare una copertura supplementare separata.

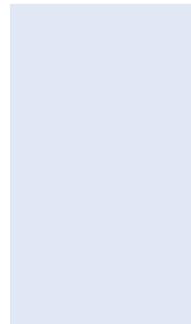
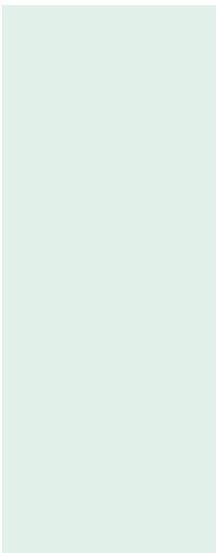
Medicare Original in confronto a Medicare Advantage (segue)

Copertura

Medicare Original	Medicare Advantage
Medicare Original copre la maggior parte dei servizi e delle prestazioni necessarie dal punto di vista medico in ospedali, studi medici e altre strutture sanitarie.	I piani devono coprire tutti i servizi medici necessari coperti da Medicare Original. Alcuni piani potrebbero offrire prestazioni aggiuntive che Medicare Original non copre — come servizi oculistici, audiologici o odontoiatrici. I piani possono ora coprire un numero maggiore di prestazioni rispetto al passato.
Per ottenere la copertura farmacologica, puoi aderire a un piano Medicare Prescription Drug (Parte D) .	La copertura dei farmaci da prescrizione è inclusa nella maggior parte dei piani.
Nella maggior parte dei casi, perché ottenga la relativa copertura, non avrai bisogno di una preventiva approvazione per quel servizio o prestazione.	In alcuni casi, invece, per ottenere la copertura di un servizio o prestazione, avrai bisogno della sua preventiva approvazione.

Viaggi

Medicare Original	Medicare Advantage
Normalmente, Medicare Original non copre l'assistenza al di fuori degli Stati Uniti . Potresti acquistare una polizza Medigap che copra l'assistenza al di fuori degli Stati Uniti.	Normalmente, i piani non coprono l'assistenza al di fuori degli Stati Uniti . Inoltre, i piani di solito non coprono l'assistenza di non-emergenza di cui benefici al di fuori della rete del tuo piano.



Piani Medicare Advantage

Panorami

Che cosa sono i piani Medicare Advantage?

Un piano Medicare Advantage è un altro modo per ottenere la copertura Medicare. I piani Medicare Advantage, a volte chiamati “Parte C” o “Piani MA”, sono offerti da aziende private approvate da Medicare, che devono attenersi alle regole stabilite da Medicare. Se aderisci a un piano Medicare Advantage, potrai ancora beneficiare di Medicare, ma riceverai la maggior parte della copertura Medicare Parte A (assicurazione ospedaliera) e Medicare Parte B (assicurazione medica) dal piano Medicare Advantage, non dal Medicare Original.

Come funzionano i piani Medicare Advantage?

Quando aderisci a un piano Medicare Advantage, Medicare paga ogni mese un importo fisso per la tua copertura alla società che offre quel piano. Queste aziende devono seguire le regole di copertura di Medicare. I piani Medicare Advantage hanno contratti annuali con Medicare. Il piano deve notificare eventuali cambiamenti prima dell’inizio dell’anno di iscrizione successivo.

Se aderisci a un piano Medicare Advantage, avrai tutti gli stessi diritti e le stesse protezioni che avresti con Medicare Original.

Che cosa è coperto?

I piani Medicare Advantage coprono tutti i servizi della Parte A e della Parte B. Tuttavia, se sei in un piano Medicare Advantage, Medicare Original coprirà comunque il costo per la cura in hospice, alcune nuove prestazioni di Medicare e alcuni costi per gli studi clinici di ricerca. In tutti i tipi di piani Medicare Advantage, sei sempre coperto per le emergenze e l’assistenza urgente.

Alcuni piani Medicare offrono una copertura extra, per cose come la vista, l’udito, l’odontoiatria e altri programmi di salute e benessere. I piani hanno un **limite annuale** su quanto paghi di spese vive per i servizi coperti da Medicare Parte A e B. Una volta raggiunto il limite del piano, non pagherai nulla per i servizi coperti dalla Parte A e dalla Parte B per il resto dell’anno.

Che cosa è coperto? (segue)

Copertura per i farmaci con obbligo di prescrizione

La maggior parte dei piani Medicare Advantage include la copertura dei farmaci da prescrizione (parte D). In alcuni tipi di piani che non includono la copertura farmacologica (come i piani di risparmio medico e alcuni piani a pagamento per servizi privati), è possibile aderire a un piano Medicare per la copertura dei farmaci da prescrizione separato.

Nota: Se sei in un piano che non offre copertura farmacologica, e non hai un piano Medicare per la copertura dei farmaci da prescrizione, se decidi di aderire ad un piano Medicare per la copertura dei farmaci da prescrizione o di ottenere un piano con copertura farmacologica in un secondo momento, potresti dover pagare una penalità di iscrizione tardiva. Visita [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) to per saperne di più sulla penalità di iscrizione tardiva alla Parte D.

Quali sono i miei costi?

Ogni anno, i piani stabiliscono gli importi dei premi, delle franchigie e dei servizi. Il piano (piuttosto che Medicare) decide quanto paghi per i servizi coperti che ricevi. La somma che paghi per il piano può cambiare solo una volta all'anno, il 1° gennaio.

Devi pagare il premio per la parte B. L'importo del premio standard della parte B per il 2019 è \$ 135.50 (o superiore in base al reddito). Alcune persone con prestazioni di previdenza sociale pagano meno (in media 130 dollari).

Quando calcoli le spese vive in un piano Medicare Advantage, oltre al premio, alla franchigia, ai copagamenti e alla coassicurazione, dovresti tenere in considerazione anche:

- Il tipo di servizi sanitari di cui hai bisogno e la frequenza con cui li ricevi.
- Se ti rechi da un medico o da un altro operatore sanitario che accetta l'incarico. Per incarico si intende che il tuo medico, operatore sanitario o fornitore è d'accordo (o è richiesto dalla legge) nell'accettare l'importo approvato da Medicare come pagamento completo per i servizi coperti.
- Se il piano offre prestazioni extra che richiedono un premio extra.
- Se hai Medicaid o ricevi supporto dal tuo stato per le spese di assistenza sanitaria.

Quali sono i miei costi? (segue)

Qual è la differenza tra una franchigia, una coassicurazione e un ticket?

Franchigia - L'importo a tuo carico per assistenza sanitaria o farmaci con obbligo di prescrizione, prima Medicare Original, il tuo piano per i farmaci con obbligo di prescrizione o altre assicurazioni inizino a pagare.

Coassicurazione - Si tratta di un importo che potrebbe essere a tuo carico per una parte del costo dei servizi dopo aver pagato eventuali franchigie. La co-assicurazione in genere è una percentuale (ad esempio, 20%).

Ticket - Un importo che potrebbe essere a tuo carico per una parte del costo di un servizio o articolo medico, come la visita di un medico, la visita d'ambulatorio in un ospedale, o un farmaco con obbligo di prescrizione. Un ticket è in genere un importo fisso, non una percentuale. Per esempio, potresti pagare \$10 o \$20 per una visita medica o un farmaco con obbligo di prescrizione.

Maggiori dettagli sui costi di ogni piano

Se aderisci a un piano Medicare Advantage, riesamina ogni anno questi avvisi che ricevi dal tuo piano:

- **“Avviso annuale di modifica” (ANOC).** Comprende le eventuali modifiche delle coperture, dei costi, dell'area dei servizi e molto altro ancora che entreranno in vigore a partire da gennaio. Il tuo piano ti invierà una copia stampata entro il 30 settembre.
- **“Prova di Copertura” (EOC).** Fornisce dettagli su cosa copre il piano, quanto paghi e altro ancora. Il piano ti invierà un avviso (o una copia stampata) entro il 15 ottobre, che includerà informazioni su come accedere all'EOC per via elettronica o richiedere una copia stampata.

Determinazioni organizzative

- Puoi ottenere una decisione dal tuo piano in anticipo per vedere se un servizio, un farmaco o una fornitura è coperto. Puoi anche capire quanto dovrai pagare. **Questa si chiama “determinazione organizzativa”** a volte devi farlo come autorizzazione preventiva per il servizio, il farmaco o la fornitura oggetto di copertura.
- Tu, il tuo rappresentante o il tuo medico potete richiedere una determinazione organizzativa. Avete anche la possibilità di chiedere una decisione rapida, in base alle vostre esigenze di salute. Se il piano nega la copertura, il piano deve comunicartelo per iscritto e hai diritto a un appello.
- Se un fornitore di piani vi rimanda per un servizio o a un fornitore al di fuori della rete, ma non ottiene una preventiva determinazione organizzativa, **ciò è chiamato “assistenza diretta del piano”** nella maggior parte dei casi non dovrai pagare una cifra superiore ai soliti costi condivisi del piano. Verifica con il tuo piano e richiedi maggiori informazioni su questa protezione.

Chi può aderire a un piano Medicare Advantage?

Può aderire a un piano Medicare Advantage se:

- Hai la Parte A e la Parte B.
- Vivi in un'area di servizio del piano.
- Sei un cittadino degli Stati Uniti, di nazionalità statunitense, o legalmente presente negli Stati Uniti.
- Non sei affetto da Malattia renale in fase finale (End-Stage Renal Disease (ESRD), ad eccezione di quanto spiegato a pagina 14.

E se avessi un'altra copertura?

Prima di aderire a un piano Medicare Advantage, parla con il tuo datore di lavoro, sindacato, o altro amministratore di benefici delle loro regole. In alcuni casi, se aderisci ad un piano Medicare Advantage, potresti essere ancora in grado di utilizzare sia la copertura del tuo datore di lavoro o sindacale sia il tuo piano Medicare Advantage. In altri casi, l'adesione a un piano Medicare Advantage, potrebbe farti perdere la copertura del tuo datore di lavoro o quella sindacale per te stesso, il tuo coniuge e le persone a carico.

Quando posso aderire, cambiare o abbandonare un piano Medicare Advantage?

Puoi aderire, cambiare o abbandonare un piano Medicare Advantage solo durante i periodi di iscrizione indicati di seguito:

- **Periodo di iscrizione iniziale** — Quando diventi idoneo per la prima volta per Medicare, puoi iscriverti durante il Periodo di iscrizione iniziale. Questo è il periodo di 7 mesi che inizia 3 mesi prima del mese in cui compi 65 anni, include il mese in cui compi 65 anni e termina 3 mesi dopo il mese in cui compi 65 anni.
Se ti iscrivi durante i primi 3 mesi del tuo Periodo di iscrizione iniziale, nella maggior parte dei casi, la copertura inizia il primo giorno del mese del tuo compleanno. Tuttavia, se il tuo compleanno è il primo giorno del mese, la copertura inizierà il primo giorno del mese precedente.
Se ti iscrivi nel mese in cui compi 65 anni o durante gli ultimi 3 mesi del Periodo di iscrizione iniziale, la data di inizio della copertura sarà ritardata.
- **Periodo di iscrizione generale** — Se hai una copertura Parte A e ottieni per la prima volta la Parte B, durante il Periodo di iscrizione generale (dal 1° gennaio al 31 marzo di ogni anno), in quel momento puoi aderire anche a un piano Medicare Advantage. La copertura non può iniziare prima del 1° luglio.
- **Periodo di iscrizione aperto** — Tra il 15 ottobre e il 7 dicembre, chiunque abbia un'assistenza sanitaria Medicare può aderire, cambiare o abbandonare un piano Medicare Advantage. La tua copertura inizierà il 1° gennaio, a condizione che il piano riceva la tua richiesta entro il 7 dicembre.

Nota: In certe situazioni (come nel caso di spostamenti), potresti essere in grado di aderire a, cambiare o abbandonare un piano in altri momenti.

Quando posso iscrivermi, cambiare o abbandonare un piano Medicare Advantage? (segue)

Posso apportare modifiche alla mia copertura dopo il 7 dicembre?

Tra il 1° gennaio e il 31 marzo di ogni anno, puoi apportare queste modifiche durante il **Periodo di iscrizione aperto Medicare Advantage:**

- Se sei in un piano Medicare Advantage (con o senza copertura farmacologica), puoi passare ad un altro piano Medicare Advantage (con o senza copertura farmacologica).
- Puoi abbandonare il tuo piano Medicare Advantage Plan e tornare a Medicare Original. Potrai anche aderire a un piano Medicare con copertura dei farmaci da prescrizione.

Durante questo periodo, **non puoi:**

- Passare da un piano Medicare Original a uno Medicare Advantage.
- Se sei in Medicare Original, aderire a un piano Medicare con copertura dei farmaci da prescrizione.
- Se sei in Medicare Original, passare da un piano Medicare con copertura dei farmaci da prescrizione.

Puoi apportare una sola modifica durante questo periodo, e qualsiasi modifica sarà effettiva il primo del mese dopo il ricevimento della richiesta da parte del piano. Se stai tornando a Medicare Original e aderendo a un piano per i farmaci, non hai l'obbligo di contattare il piano Medicare Advantage per cancellarti. La cancellazione avverrà automaticamente quando aderirai al piano per i farmaci.

Nota: Se ti sei iscritto a un piano Medicare Advantage durante il periodo di iscrizione iniziale, puoi passare a un altro piano Medicare Advantage (con o senza copertura farmacologica) o tornare a Medicare Original (con o senza piano per i farmaci) entro i primi 3 mesi in cui disponi di Medicare.

E se avessi una condizione preesistente?

Puoi aderire a un piano Medicare Advantage anche se hai una condizione preesistente, ad eccezione della Malattia renale in fase finale (ESRD), per la quale sono previste regole speciali. Consulta “Posso aderire a un piano Medicare Advantage se ho una malattia renale in fase finale (ESRD)?”

Come posso aderire a un piano Medicare Advantage?

Non tutti i piani Medicare Advantage funzionano allo stesso modo. Prima di aderire, puoi trovare e confrontare i piani sanitari Medicare nella tua zona visitando Medicare.gov/plan-compare. Una volta comprese le regole e i costi del piano, utilizza uno di questi modi per aderire:

Come posso aderire a un piano Medicare Advantage? (segue)

- Visita il Medicare Plan Finder al seguente indirizzo [Medicare.gov/plan-compare](https://www.Medicare.gov/plan-compare) ed effettua una ricerca del piano in base al CAP. Per ottenere risultati personalizzati puoi anche effettuare il login. Se hai domande su un particolare piano, seleziona “Dettagli piano” per ottenere le informazioni di contatto del piano.
- Compila un modulo di iscrizione cartaceo. Contatta il piano per ottenere un modulo di iscrizione, compilalo e restituiscilo al piano. Tutti i piani devono offrire questa opzione.
- Chiama 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Gli utenti TTY possono chiamare il numero 1-877-486-2048.

Quando ti iscrivi a un piano Medicare Advantage, dovrai fornire le seguenti informazioni presenti sulla tua tessera Medicare:

- Il tuo numero di assistenza sanitaria
- La data di inizio della copertura della parte A e/o parte B.

Quando ti iscrivi a un piano Medicare Advantage, ricorda che, nella maggior parte dei casi, per ottenere i servizi coperti da Medicare, **devi usare la tessera del tuo piano Medicare Advantage**. Per alcuni servizi, è possibile che ti venga richiesto di mostrare le tessere Medicare rossa, bianca e blu.

Posso aderire a un piano Medicare Advantage se ho una malattia renale in fase finale (ESRD)?

Se soffri di una Malattia renale in fase finale (ESRD), puoi aderire a un piano Medicare Advantage solo in determinate situazioni:

- Se sei già in un piano Medicare Advantage, quando sviluppi l’ESRD, puoi rimanere nel tuo piano o potresti aderire ad un altro piano Medicare Advantage, offerto dalla stessa azienda.
- Se sei in un piano Medicare Advantage, e il piano abbandona Medicare o non fornisce più copertura nella tua zona, hai il diritto una tantum di aderire a un altro piano Medicare Advantage.
- Se hai un piano sanitario del datore di lavoro, un piano sanitario sindacale o altra copertura sanitaria attraverso un’azienda che offre uno o più piani Medicare Advantage, potresti aderire a uno dei piani Medicare Advantage di quell’azienda.
- Se dal punto di vista medico ottenessi una diagnosi positiva e non avere più l’ESRD (ad esempio, hai subito un trapianto di rene che ha avuto successo), potresti aderire a un piano Medicare Advantage.
- Potresti anche aderire a un piano Medicare per esigenze speciali dell’assistenza sanitaria (SNP) che copre le persone con ESRD, se disponibile nella tua zona.

Per maggiori informazioni, visita il sito [Medicare.gov/Publications](https://www.Medicare.gov/Publications) per visualizzare l’opuscolo “Copertura Medicare di Dialisi renale e servizi di trapianto di rene”.

Nota: A partire dal 2021, le persone con ESRD potranno aderire ai piani Medicare Advantage senza queste restrizioni.

Tipi di piani Medicare Advantage

Ci sono diversi tipi di piani Medicare Advantage:

- Piani dell'Organizzazione per il supporto sanitario (HMO): Cfr. pagina 15-16.
- Piani di organizzazione dei fornitori preferiti (PPO): Cfr. pagina 17.
- Piani a pagamento per il servizio privati (PFFS): Cfr. pagina 18-19.
- Piani per esigenze speciali (SNP): Cfr. pagina 20-21.
- Piani di conti di risparmio medico (MSA): Cfr. pagina 22-23.

La zona in cui vivi potrebbe avere disponibili tutti, alcuni o nessuno di questi tipi. Inoltre, se le aziende private scegliessero di offrirti, nella tua zona potrebbero essere disponibili più piani disponibili all'interno dello stesso tipo. Per vedere i piani Medicare Advantage a tua disposizione, visita il sito [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare).

Piani dell'Organizzazione per il supporto sanitario (HMO):

Un piano dell'Organizzazione per il supporto sanitario (HMO) è un tipo di piano Medicare che di solito fornisce una copertura sanitaria da parte di medici, specialisti o ospedali della rete del piano, tranne che in situazioni di emergenza o di assistenza urgente. Una rete è un gruppo di medici, ospedali e strutture mediche che concordano appalti con un piano di fornitura di servizi. La maggior parte degli HMO richiedono anche che tu riceva un invio dal tuo medico di base per cure specialistiche, in modo che la tua assistenza sia coordinata.

Posso ottenere la mia assistenza sanitaria da qualsiasi medico, altro operatore sanitario o ospedale?

Nei piani HMO, è generalmente necessario ottenere l'assistenza e i servizi dai medici o dagli ospedali della rete del piano (ad eccezione dell'assistenza di emergenza, urgente fuori zona o della dialisi fuori zona).

Tipi di piani Medicare Advantage (continua)

Piani dell'Organizzazione per il supporto sanitario (HMO) (continua)

Pagherai meno se vedrai medici e utilizzerai le strutture mediche che fanno parte della rete del tuo piano. Se ottieni assistenza sanitaria al di fuori della rete del piano, potresti dover pagare l'intero costo. È importante che segua le regole del piano, come ottenere l'approvazione preventiva per un determinato servizio quando necessario. Nella maggior parte dei casi, devi scegliere un medico di base. Alcuni servizi, come le mammografie annuali di screening, non richiedono un invio. Se il tuo medico o altro fornitore di assistenza sanitaria lascia la rete del piano, il tuo piano ti informerà. Puoi scegliere un altro medico nella rete del piano.

I piani HMO Point-of-Service (HMOPOS) sono piani HMO che **possono consentire di ottenere alcuni servizi fuori dalla rete con un maggiore ticket o coassicurazione**. È importante che segua le regole del piano, come ottenere l'approvazione preventiva per un determinato servizio quando necessario.

La parte POS del piano ha una franchigia separata. L'assistenza che ottieni in rete attraverso l'HMO ha una franchigia diversa da quella che ottieni fuori rete attraverso il POS. Devi raggiungere le due franchigie separatamente.

I farmaci con prescrizione sono coperti?

Nella maggior parte dei casi, i farmaci soggetti a prescrizione medica sono coperti dai piani HMO di Medicare. Se desideri la copertura farmacologica, devi aderire a un piano HMO che includa la copertura dei farmaci da prescrizione. Se aderisci ad un HMO che non include la copertura per i farmaci da prescrizione, non puoi ottenere un piano Medicare per i farmaci con prescrizione (Prescription Drug Plan, Parte D) separato.

Tipi di piani Medicare Advantage (continua)

Piani di organizzazione dei fornitori preferiti (PPO):

Un piano di organizzazione dei fornitori preferiti (PPO) è un piano Medicare Advantage che ha una rete di medici di base, specialisti e ospedali a cui puoi rivolgerti. Puoi inoltre scegliere di andare da qualsiasi medico, specialista o ospedale che non figura nell'elenco del piano (fuori rete), ma di solito costa di più. Poiché alcuni fornitori sono "preferiti" (come suggerisce il nome), utilizzandoli puoi risparmiare denaro.

Posso ottenere la mia assistenza sanitaria da qualsiasi medico, altro operatore sanitario o ospedale?

Nella maggior parte dei casi, puoi ottenere l'assistenza sanitaria da qualsiasi medico, altro fornitore di assistenza sanitaria, o ospedale nei piani PPO.

I piani PPO hanno medici in rete, altri fornitori di assistenza sanitaria e ospedali. Ogni piano ti permette di scegliere di andare da medici, specialisti o ospedali che non sono nella lista del piano, ma di solito costa meno se ricevi le tue cure da un fornitore della rete.

Puoi ottenere assistenza da specialisti senza un invio o autorizzazione preventiva da parte di un altro medico. Se ti avvali di specialisti del piano, i tuoi costi per le prestazioni coperte saranno di solito inferiori rispetto a quelli di specialisti che non appartengono al piano.

I farmaci con prescrizione sono coperti?

Nella maggior parte dei casi, i farmaci soggetti a prescrizione medica sono coperti dai piani PPO. Se desideri la copertura farmacologica Medicare, devi aderire a un piano PPO che includa la copertura dei farmaci da prescrizione. Se aderisci ad un PPO che non include la copertura per i farmaci da prescrizione, non puoi aderire a un piano Medicare per i farmaci con prescrizione (Prescription Drug Plan, Parte D) separato.

Tipi di piani Medicare Advantage (continua)

Piani a pagamento per il servizio privati (PFFS):

Un piano a pagamento per il servizio privato (PFFS) è un altro tipo di piano Medicare Advantage offerto da un'azienda privata di assicurazione sanitaria. Un piano (PFFS) non è uguale al Medicare Original o al supplemento Medicare (Medigap).

Posso ottenere la mia assistenza sanitaria da qualsiasi medico, altro operatore sanitario o ospedale?

Puoi rivolgerti a qualsiasi fornitore approvato da Medicare, come un medico, un altro fornitore di assistenza sanitaria o un ospedale, purché accetti i termini di pagamento del piano e accetti di curarti. Se aderisci ad un piano PFFS che ha una rete, puoi anche trovarti di fronte al caso che tutti i fornitori della rete hanno accettato di curare in ogni momento i membri del piano. Puoi anche scegliere un medico, un ospedale o un altro fornitore che accetti i termini del piano, ma potresti pagare di più.

Prima di ricevere qualsiasi servizio, chiedi al tuo medico o all'ospedale se possono contattare il piano per informazioni sul pagamento e accettare le condizioni di pagamento del piano. Se hai bisogno di assistenza d'emergenza, la stessa è coperta sia che il fornitore accetti sia che non accetti le condizioni di pagamento del piano.

Se il tuo fornitore di servizi accetta i termini e le condizioni di pagamento del piano

Il fornitore di servizi deve seguire i termini e le condizioni di pagamento del piano e fatturare al piano i servizi che fornisce per te. Il fornitore può, tuttavia, decidere ad ogni visita se accettare il piano e accettare di assisterti.

Tipi di piani Medicare Advantage (continua)

Piani a pagamento per il servizio privati (PFFS) (continua)

Se il tuo fornitore di servizi non accetta i termini e le condizioni di pagamento del piano

Il fornitore non dovrebbe fornirti servizi se non in caso di emergenze, e tu dovrai trovare un altro fornitore che accetti il piano PFFS.

Se il fornitore sceglie di assisterti, allora non possono fatturare a te. Devono fatturare al piano i tuoi servizi sanitari coperti. Sei solamente tenuto a pagare il ticket o la coassicurazione che il piano permette per i tipi di servizi che ottieni al momento del servizio. Se il piano permette ai fornitori un “conto equilibrato” (quando cioè un fornitore ti fattura la differenza tra il costo del fornitore e l'importo consentito), potresti dover pagare un importo aggiuntivo (fino al 15% in più).

I farmaci con prescrizione sono coperti?

I farmaci con prescrizione possono essere coperti da un piano PFFS. Se desideri la copertura dei farmaci con obbligo di prescrizione Medicare, ed è offerta dal piano, devi ottenere la copertura dei farmaci con prescrizione Medicare da quel piano.

Se il piano PFFS non offre copertura farmacologica, per ottenerla puoi aderire ad un piano Medicare con copertura dei farmaci con prescrizione (parte D)

Tipi di piani Medicare Advantage (continua)

Piani per esigenze speciali (SNP):

Un piano per esigenze speciali (SNP) fornisce prestazioni e servizi a persone con malattie specifiche, esigenze sanitarie specifiche o redditi limitati. Gli SNP adattano le loro prestazioni, le scelte dei fornitori e i formulari farmaceutici per soddisfare al meglio le esigenze specifiche dei gruppi che servono.

Gli SNP coprono gli stessi servizi Medicare coperti dai piani Medicare Advantage. Gli SNP di Medicare potrebbero anche coprire servizi aggiuntivi adattati ai gruppi speciali che servono. Per esempio, se hai una condizione grave o cronica, come il cancro o l'insufficienza cardiaca cronica e hai bisogno di una degenza ospedaliera, un SNP potrebbe coprire i giorni extra in ospedale.

Puoi beneficiare di un SNP se vivi nella zona di servizio del piano e soddisfi uno di questi requisiti:

- Hai una malattia cronica come una o più delle seguenti condizioni (chiamata anche **condizione cronica SNP** o **C-SNP**):
 - Alcoolismo cronico e altre dipendenze
 - Disturbi autoimmuni
 - Cancro (escluse le condizioni del pre-cancro)
 - Disturbi cardiovascolari
 - Scompenso cardiaco cronico
 - Demenza
 - Diabete mellito
 - Malattia epatica in fase finale
 - Malattia renale in fase finale (ESRD) che richiede la dialisi (qualsiasi modalità di dialisi)
 - Disturbi ematologici gravi
 - HIV/AIDS
 - Disturbi polmonari cronici
 - Condizioni di salute mentale croniche e invalidanti
 - Disturbi neurologici
 - Ictus

Tipi di piani Medicare Advantage (continua)

Special Needs Plans (SNP) (continued)

- Vivi in un istituto (come una casa di cura), o hai bisogno di cure a casa (**chiamato anche SNP Istituzionale o I-SNP**).
- Hai sia Medicare che Medicaid (chiamato anche **Dual Eligible SNP o D-SNP**).

Ogni SNP limita la propria adesione a persone appartenenti a uno di questi gruppi o a un sottoinsieme di uno di questi gruppi. Puoi rimanere iscritto a un SNP solo se continui a soddisfare le condizioni speciali previste dal piano.

Posso ottenere la mia assistenza sanitaria da qualsiasi medico, altro operatore sanitario o ospedale?

Generalmente devi ottenere l'assistenza e i servizi dai medici, dalle strutture di assistenza sanitaria o dagli ospedali della rete del piano (ad eccezione dell'assistenza di emergenza, urgente fuori zona o della dialisi fuori zona).

Nella maggior parte dei casi, gli SNP potrebbero richiedere l'intervento di un medico di base, oppure il piano potrebbe richiedere l'intervento di un coordinatore sanitario che ti aiuti nella tua assistenza sanitaria. Un coordinatore dell'assistenza è qualcuno che aiuta a garantire che le persone ricevano le cure e le informazioni giuste. Ad esempio, un SNP per le persone con diabete potrebbe utilizzare un coordinatore di assistenza per aiutare i membri a monitorare la glicemia e seguire la loro dieta.

Gli SNP hanno tipicamente specialisti nelle malattie o condizioni che colpiscono i loro membri. In generale, devi ottenere la tua assistenza e i servizi da medici o ospedali nella rete del piano, tranne:

- Quando hai bisogno di assistenza urgente o di emergenza, come l'assistenza che ricevi per una malattia improvvisa o infortunio che necessiti di cure mediche immediate
- Se hai una malattia renale in fase finale (ESRD) e hai bisogno di dialisi al di fuori della zona

I farmaci con prescrizione sono coperti?

Tutti gli SNP devono fornire la copertura dei farmaci da prescrizione Medicare (parte D).

Tipi di piani Medicare Advantage (continua)

Piani di conti di risparmio medico

I piani MSA (Medical Savings Account) combinano un piano assicurativo con elevata franchigia con un conto di risparmio medico che puoi utilizzare per pagare le tue spese sanitarie.

- 1. Piano sanitario con elevata franchigia:** La prima parte di un piano MSA è un tipo speciale di piano Medicare Advantage ad elevata franchigia. Il piano inizierà a coprire i costi solo quando incontri un'elevata franchigia annuale, che varia a seconda del piano.
- 2. Piani di conti di risparmio medico (MSA):** La seconda parte di un piano MSA è un tipo speciale di conto di risparmio. Il piano MSA deposita denaro sul tuo conto. Puoi scegliere di utilizzare il denaro di questo conto di risparmio per pagare le tue spese sanitarie prima del raggiungimento della franchigia.

Oltre ai servizi Medicare Parte A e Parte B che tutti i piani MSA devono coprire, alcuni piani MSA possono coprire prestazioni extra con un costo aggiuntivo, come ad esempio:

- Dentistiche
- Oculistiche
- Assistenza a lungo termine non coperta da Medicare

Posso ottenere la mia assistenza sanitaria da qualsiasi medico, altro operatore sanitario o ospedale?

Con un piano MSA, puoi scegliere i tuoi servizi e i tuoi fornitori di assistenza sanitaria..

I farmaci con prescrizione sono coperti?

Se ti iscrivi a un piano MSA, per ottenere la copertura farmacologica, dovrai aderire a un piano Medicare con copertura dei farmaci da prescrizione (Parte D).

Se, tuttavia, aderisci ad un piano MSA e hai già una polizza Medigap con copertura farmacologica (alcune polizze vendute prima del 1° gennaio 2006, avevano copertura farmacologica), puoi continuare ad utilizzare questa copertura per pagare alcuni dei tuoi farmaci.

Una volta deciso quale piano MSA desideri, devi contattare il piano per informazioni sull'iscrizione e poi quindi aderirvi. Una volta iscritto, il piano ti dirà come impostare il tuo conto presso una banca che sarà selezionata dal piano stesso. Devi impostare questo conto prima che il piano possa elaborare l'iscrizione. Dopo aver ricevuto una lettera dal piano che ti comunica quando inizia la copertura:

Tipi di piani Medicare Advantage (continua)

Piani di conti di risparmio medico (continua)

1. Medicare trasferisce al piano una somma di denaro ogni anno per la tua assistenza sanitaria.
2. Il piano deposita del denaro sul tuo conto a tuo nome. Non puoi depositare i tuoi soldi.
3. Puoi utilizzare il denaro sul tuo conto per pagare le spese sanitarie, comprese le spese sanitarie non coperte da Medicare. Quando utilizzi il denaro del conto per i servizi di parte A e parte B coperti da Medicare, quel denaro incide sul calcolo della franchigia del piano.
4. Se utilizzi tutto il denaro sul tuo conto e dovessi avere costi sanitari aggiuntivi, dovrai pagare per i servizi coperti da Medicare di tasca tua fino a quando non raggiunge la franchigia del piano.
5. Durante il periodo in cui paghi di tasca tua per i servizi prima che la franchigia sia stata raggiunta, i medici e gli altri fornitori non possono addebitarti più dell'importo approvato dal Medicare.
6. Una volta raggiunta la franchigia, il piano coprirà i servizi coperti da Medicare.
7. Il denaro rimasto sul tuo conto alla fine dell'anno rimane sul conto e puoi utilizzarlo per le spese sanitarie degli anni futuri. Se rimani con lo stesso piano MSA l'anno successivo, il nuovo deposito sarà aggiunto all'importo rimanente.

I Piani MSA e le tue tasse

Se utilizzi fondi del tuo conto, quando effettui la tua dichiarazione fiscale devi includere il modulo IRS 8853 con informazioni su come hai utilizzato il denaro del conto.

Ogni anno, dovresti ricevere dalla tua banca un modulo 1099-SA che include tutti i prelievi dal tuo conto. Dovrai dimostrare di aver sostenuto spese mediche qualificate almeno per questo importo, oppure dovrai pagare tasse e penalità aggiuntive.

Per un elenco di servizi e prodotti che contano come Spese Mediche Qualificate e per altre informazioni fiscali, visita il sito [irs.gov/forms-pubs/about-publication-969](https://www.irs.gov/forms-pubs/about-publication-969) to ricevi una copia gratuita della pubblicazione IRS n. 969 per l'anno della dichiarazione per avere maggiori informazioni sul modulo fiscale 8853.

Contatta il tuo consulente finanziario personale (se ne hai uno) per supporto e consigli su come la scelta di un piano MSA potrebbe influire sulla tua situazione finanziaria.

Confrontare punto per punto i piani Medicare Advantage

Il grafico seguente mostra le informazioni di base su ogni tipo di piano Medicare Advantage.

	HMO	PPO	PFSS	SNP	MSA
Premio Devo pagare un premio mensile?	Sì Può addebitare un premio in aggiunta al premio della parte B.	Sì Può addebitare un premio in aggiunta al premio della parte B.	Sì Può addebitare un premio in aggiunta al premio della parte B.	Sì Può addebitare un premio in aggiunta al premio della parte B.	No Non dovrai pagare un premio mensile, ma continuerai a pagare il premio mensile per la parte B.
Farmaci Il piano offre una copertura per i farmaci da prescrizione Medicare?	Di solito Se aderisci ad un HMO che non include la copertura farmacologica, non puoi ottenere un piano Medicare per i farmaci con prescrizione (Prescription Drug Plan, Parte D) separato.	Di solito Se aderisci ad un PPO che non include la copertura farmacologica, non puoi ottenere un piano Medicare per i farmaci con prescrizione (Prescription Drug Plan, Parte D) separato.	Di solito Se aderisci ad un PFSS che non include la copertura farmacologica, non puoi aderire a un piano Medicare per i farmaci con prescrizione (Prescription Drug Plan, Parte D).	Sì Tutti gli SNP devono fornire la copertura dei farmaci da prescrizione Medicare (parte D).	No Dovrai anche aderire a un piano Medicare con copertura dei farmaci da prescrizione. Se hai già una polizza Medigap con copertura farmacologica, puoi continuare ad utilizzare questa copertura per pagare alcuni dei tuoi farmaci.
Fornitori Posso utilizzare un medico o un ospedale che accetta la Medicare per i servizi coperti?	Forse Generalmente devi ottenere l'assistenza e i servizi dai medici, dalle strutture di assistenza sanitaria o dagli ospedali della rete del piano (ad eccezione dell'assistenza di emergenza, o della dialisi fuori zona). In un HMOPOS potresti ottenere alcuni servizi fuori rete per un ticket o coassicurazione maggiori.	Sì Ogni piano ha una rete di medici, ospedali e altri fornitori a cui puoi rivolgerti. Puoi uscire dalla rete di fornitori del piano, ma i costi potrebbero essere più elevati.	Sì Puoi rivolgerti a qualsiasi medico, altro fornitore di assistenza sanitaria o ospedale approvati da Medicare che accetta i termini di pagamento del piano e accetta di curarti . Se il piano dispone di una rete, puoi utilizzare uno qualsiasi dei fornitori della rete (se ti rivolgi ad un fornitore esterno alla rete che accetta i termini del piano, potresti pagare di più).	No In generale, devi ottenere l'assistenza e i servizi dai medici o dagli ospedali della rete del PNS (ad eccezione dell'assistenza urgente o di emergenza, o se soffri di una malattia renale in fase finale e hai bisogno di dialisi fuori zona).	Sì Hai flessibilità nella scelta dei tuoi servizi e fornitori di assistenza sanitaria.
Invio Ho bisogno di un invio del mio medico per consultare uno specialista?	Sì	No	Forse Plans may vary.	Forse	No

Cosa succede se ho una polizza assicurativa supplementare Medicare (Medigap)?

Le polizze Medigap non sono compatibili con i piani Medicare Advantage. Se hai una polizza Medigap e ti iscrivi a un piano Medicare Advantage, potresti voler abbandonare la tua polizza Medigap. Non puoi utilizzare la polizza Medigap per pagare i ticket, le franchigie e i premi del piano Medicare Advantage.

Se vuoi annullare la tua polizza Medigap, contatta la compagnia di assicurazione che ti offre la polizza. **Se annulli la polizza Medigap, potresti non riuscire a recuperare la stessa, o in alcuni casi, qualsiasi polizza Medigap.** Se hai già un piano Medicare Advantage, è illegale per chiunque venderti una polizza Medigap, a meno che tu non stia tornando Medicare Original.

Se aderisci per la prima volta ad un piano Medicare Advantage e decidi che il piano non è adatto a te, avrai un diritto speciale (chiamato “diritto di prova”) per acquistare una polizza Medigap. Hai questo diritto se ritorni al Medicare Original entro 12 mesi dall’adesione.

- Se disponevi di una polizza Medigap prima dell’adesione, potresti ottenere la stessa polizza, sempre che l’azienda ancora la venda. Se non è disponibile, puoi acquistare un’altra polizza Medigap.
- Anche se l’hai prima avuta, la polizza Medigap non può più avere la copertura dei farmaci da prescrizione, ma potresti comunque aderire a un piano Medicare di copertura dei farmaci con obbligo di prescrizione.
- Se hai aderito a un piano Medicare Advantage quando prima avevi i requisiti per Medicare, puoi scegliere tra qualsiasi polizza Medigap disponibile nel tuo stato.

A partire dal 1 gennaio 2020, i piani Medigap venduti a persone nuove a Medicare non potranno coprire la franchigia della Parte B. Per questo motivo, i Piani C e F non saranno disponibili per le persone che sono nuovamente ammissibili a Medicare a partire dal 1° gennaio 2020 compreso. Se hai già uno di questi 2 piani (o la versione ad elevata franchigia del piano F) o sei coperto da uno di questi piani prima del 1 gennaio 2020, potrai mantenere il tuo piano. Se avevi i requisiti per Medicare prima del 1 gennaio 2020, ma non sei ancora iscritto, puoi acquistare uno di questi piani.

Dove posso ottenere ulteriori informazioni?

- **Medicare Plan Finder**

Il Medicare Plan Finder è una risorsa online che ti aiuta a visualizzare e confrontare tutte le scelte disponibili di farmaci e piani sanitari. Per trovare e confrontare i piani disponibili nella tua zona, visita il Medicare Plan Finder su [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) effettua una ricerca in base al CAP. Puoi anche accedere al tuo conto [MyMedicare.gov](https://www.medicare.gov/my) per ottenere risultati personalizzati.

- **1-800-MEDICARE**

Il Centro Chiamate Medicare può aiutarti su domande specifiche su fatturazione, reclami, cartelle cliniche, spese e altro ancora. Chiama 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Gli utenti TTY possono chiamare il numero 1-877-486-2048.

- **SHIP (Programmi di assistenza sanitaria statale)**

Gli SHIP sono programmi statali che ricevono denaro dal governo federale per dare consulenza locale di assicurazione sanitaria alle persone con Medicare senza alcun costo per te. Gli SHIP non sono collegati ad alcuna compagnia di assicurazione o piano sanitario. I volontari degli SHIP possono aiutarvi in merito alle seguenti questioni e dubbi Medicare:

- I tuoi diritti Medicare
- Problemi di fatturazione
- Reclami sulle vostre cure o trattamenti medici
- Scelta del piano
- Come Medicare collabora con le altre assicurazioni
- Trovare aiuto per pagare i costi sanitari

Puoi trovare il numero di telefono per il programma SHIP del tuo stato, visitando [shiptacenter.org](https://www.shiptacenter.org) o chiamando 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Gli utenti TTY possono chiamare il numero 1-877-486-2048.

- **Piani Medicare Advantage**

Per informazioni dettagliate su costi e coperture, contatta i piani di tuo interesse.

Comunicazioni accessibili tramite CMS

Per aiutare le persone con disabilità ad avere pari opportunità di partecipare ai nostri servizi, attività, programmi e altri benefici, forniamo comunicazioni in formati accessibili. I Centri per Servizi Medicare e Medicaid (CMS) forniscono supporti e servizi ausiliari, incluse informazioni in formato accessibile come Braille, stampe di grandi dimensioni, file dati/audio, servizi di inoltra e comunicazioni TTY. Se richiedi informazioni in un formato accessibile dal CMS, non sarai penalizzato dal tempo addizionale necessario per fornirle. Questo significa che, in caso di ritardo nel soddisfare la tua richiesta, avrai tempo extra per intraprendere qualsiasi azione.

Per richiedere informazioni su Medicare o Marketplace in un formato accessibile puoi:

1. Chiamarci:

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

TTY: 1-877-486-2048

2. Inviaci una e-mail: a altformatrequest@cms.hhs.gov.

3. Inviaci un fax: 1-844-530-3676

4. Inviaci una lettera:

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

La tua richiesta deve includere il tuo nome, numero di telefono, tipo di informazioni di cui hai bisogno (se conosciute), e l'indirizzo postale a cui dobbiamo inviare il materiale. Potremmo contattarvi per ulteriori informazioni.

Nota: Se sei iscritto a un piano Medicare Advantage o Prescription Drug, puoi contattare il tuo piano per richiedere le informazioni in un formato accessibile. Per Medicaid, contatta il tuo ufficio Medicaid locale o statale.

Avviso di non discriminazione

I Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) non escludono, negano benefici a o altrimenti discriminano qualsiasi persona in base a razza, colore, nazionalità di origine, disabilità, sesso o età per l'ammissione a, la partecipazione o la ricezione dei servizi e dei benefici previsti dai loro programmi e attività, siano essi effettuati dal CMS direttamente o tramite un contraente o qualsiasi altra entità con la quale i CMS organizzino i propri programmi e attività.

Se hai dubbi su come ottenere informazioni in un formato da te utilizzabile, puoi contattare il CMS in uno qualsiasi dei modi inclusi in questo avviso.

Se pensi di essere stato oggetto di discriminazione in un programma o attività CMS, compresi i problemi per l'ottenimento di informazioni in un formato accessibile da qualsiasi Piano Medicare Advantage, Medicare Prescription Drug, ufficio Medicaid statale o locale, o Piano Sanitario Qualificato Marketplace, puoi anche presentare un reclamo. Ci sono tre modi per presentare un reclamo al Dipartimento della Salute e dei Servizi Umani degli Stati Uniti, Ufficio per i diritti civili:

1. **Online** su [hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html](https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html).
2. **Per telefono:** Chiama 1-800-368-1019. Gli utenti TTY possono chiamare il numero 1-800-537-7697.
3. **Per iscritto:** Invia i dettagli del reclamo a:
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
Usò ufficiale
Ammenda per uso privato, \$300

CMS Product No. 12026-Italian
September 2019

Understanding Medicare Advantage Plans

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

