メディケアアドバンテージプランについて

公式政府小冊子でご案内：

- メディケアアドバンテージプランとオリジナルメディケアとの違い
- メディケアアドバンテージプランの仕組み
- メディケアアドバンテージプランに加入する方法

CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES

「メディケアアドバンテージプランについて」は法的文書ではありません。正式なメディケアプログラムの法的な説明は、関連する法律、規制、規定に含まれています。

この小冊子の情報は、この小冊子が印刷された時点でのメディケアプログラムについて説明しています。発行後に変更がある場合があります。最新情報は Medicare.gov をご覧いただくか、1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)へお電話ください。TTY ユーザーは 1-877-486-2048 までお電話ください。

内容

はじめに 4

オリジナルメディケアとメディケアアドバンテージの違いは何ですか？. 5

メディケアアドバンテージプランとは何ですか？ 9

メディケアアドバンテージプランの仕組みとは？ 9

保障内容は？ 9

費用はいくらですか？ 10

メディケアアドバンテージプラン対象者は？. 12

メディケアアドバンテージプランを申請、切り替え、キャンセルする方法は？. 12

メディケアアドバンテージプランに申請する方法は？ 13

末期腎不全（ESRD）の場合もメディケアアドバンテージプランに申し込むことができますか？. 14

メディケアアドバンテージプランの種類 15

メディケアアドバンテージプランを比較 24

メディケアサプリメント保険（メディギャップ）ポリシーに加入している場合はどうなりますか？ 25

詳しい情報はどこで入手できますか？ 26

はじめに

メディケアに初めて登録したとき、およびある年の特定の期間（オープン登録など）に、メディケアの補償範囲を取得する方法を選択できます。

メディケアを取得するには、主に2つの方法があります。

- **オリジナルメディケア**には、メディケアパートA（病院保険）およびパートB（医療保険）が含まれます。お薬の保障が必要な場合は、別のメディケア処方薬プランに加入できます（パートD）。
- **メディケアアドバンテージ（「パートC」とも呼ばれます）**は、オリジナルメディケアに代わる「オールインワン」です。これらの「バンドル」プランには、パートA、パートB、および通常パートDが含まれます。また、オリジナルのメディケアではカバーされない追加の特典を提供する場合もあります。

メディケアの健康プランの決定は、保険料の支払い額、提供するサービス、使用できる医師、およびケアの質に影響します。

メディケア保障の選択肢を確認し、信頼できる人々から助けを得て、さまざまなプランを比較することで、利用可能なすべてのオプションを理解するのに役立ちます。

オリジナルメディケアとメディケアアドバンテージの違いは何ですか？

オリジナルのメディケア

- オリジナルメディケアには、メディケアパートA（病院保険）およびパートB（医療保険）が含まれます。
- お薬の保障が必要な場合は、別のパートDプランに加入できます。
- Original Medicareでの自己負担額（20%の共同保険など）の支払いを支援するために、補足補償を購入して購入することもできます。
- 米国内のどこでも、メディケアと提携している医師または病院を使用できます。

☑ パート A

☑ パート B

下記を追加できます：

☐ パート D

下記を追加することもできます：

☐ 補足補償

（例には、Medicare Supplement Insurance（Medigap）ポリシーの補償、または元の雇用者または組合からの補償が含まれます）。

メディケアアドバンテージ（パートCとも呼ばれます）

- メディケアアドバンテージは、オリジナルメディケアに代わる「オールインワン」です。これらの「バンドルされた」プランには、パートA、パートB、そして通常はパートDが含まれます。
- プランは、オリジナルメディケアよりも自費が低い場合があります。
- ほとんどの場合、プランのネットワーク内にいる医師に診察してもらう必要があります。
- ほとんどのプランには、眼科、耳鼻科、歯科など、オリジナルメディケアではカバーできない追加のメリットがあります。

☑ パート A

☑ パート B

ほとんどのプランに含まれるもの：

☑ パート D

☑ 追加特典

一部のプランはさらに以下も含みます：

☐ より安い自己負担費用

オリジナルのメディケアvsメディケアアドバンテージ

医師と病院の選択

オリジナルメディケア	メディケアの利点
米国内のどこにいても、メディケアを受けている医師または病院に行くことができます	多くの場合、プランのネットワーク内にいる**医師を使用する必要があります**（緊急ではない、または緊急ではないケアの場合）。医師がメディケアアドバンテージプランと提携しているかどうかをご確認ください。
多くの場合、専門家に会うための紹介は**必要ありません**。	専門家に会うためには紹介が**必要な場合があります**。

費用

オリジナルメディケア	メディケアの利点
パートBの対象サービスの場合、通常免責額に達した後で**メディケア承認額の20%を支払います**。	**自己負担費用はさまざまです** –特定のサービスでは、プランの自己負担費用が低くなる場合があります。
パートB**の保険料（月払い）を支払います**。処方薬の補償範囲を購入することを選択した場合（パートD）、その保険料は別途支払います。	毎月のパートB**の保険料**に加えて、**プランの保険料**を支払うことができます。 （ほとんどが処方薬の適用範囲を含む）。プランには保険料が０ドルの場合や、パートB保険料の全部または一部の支払いに役立つ場合があります。
補足的な補償（メディギャップポリシーなど）がない限り、自己負担額に年間制限はありません。	プランには、メディケアパートAおよびBの対象サービスに対する自己負担額の**年間制限**があります。プランの制限に達すると、残りの月はパートAおよびパートBの対象サービスの年間料金は無料になります。
補足補償（メディギャップポリシーなど）を取得して、残りの自己負担費用（20%の共同保険など）を支払うことができます。または、元雇用主や組合、メディケイドからの補償を**ご利用いただくこともできます**。	別個の補足補償を**購入**または使用することは**できません**。

オリジナルのメディケアvsメディケアアドバンテージ（継続）

保障

オリジナルメディケア	メディケアの利点
オリジナルのメディケアは、病院、医師のオフィス、およびその他の医療施設で、ほとんどの医学的に必要なサービスと備品をカバーしています。	プランは、オリジナルメディケアがカバーする医学的に必要なすべてのサービスをカバーする必要があります。ほとんどのプランは、**オリジナルメディケアカバーしていない追加の利点を提供します**。例えば、視科、耳鼻科、歯科などです。プランは、これらの利点を過去よりも多くカバーできるようになりました。
個別のメディケア処方薬プラン（パートD）に加入して、薬の補償範囲を取得できます。	**処方薬の適用範囲はほとんどのプランに含まれています。**
ほとんどの場合、サービスを提供するために事前にサービスやサプライを承認する必要はありません。	場合によっては、プランの対象となるサービスまたはサプライを事前に承認する必要があります。

旅行

オリジナルメディケア	メディケアの利点
通常、オリジナルメディケアは**米国外のケアをカバーしていません**米国外のケアをカバーするメディギャップポリシーを購入できる場合があります。	プランは通常、**米国外のケアをカバーしません**また、通常、プランはネットワーク外で受けた緊急でないケアをカバーすることはできません。

メディケアアドバンテージプラン
概要

メディケアアドバンテージプランとは何ですか？

メディケアアドバンテージプランは、メディケアの補償を受けるもう1つの方法です。「パートC」または「MAプラン」と呼ばれることもあるメディケアアドバンテージプランは、メディケアが承認した民間企業によって提供され、この企業はメディケアが設定したルールに従う必要があります。メディケアアドバンテージプランに加入しても、メディケアは引き続き利用できますが、メディケアパートA（病院保険）およびメディケアパートB（医療保険）の補償のほとんどは、メディケアアドバンテージプランに含まれてい
ます。

メディケアアドバンテージプランはどのような仕組みですか？

メディケアアドバンテージプランに加入すると、メディケアはそのプランを提供している会社に毎月一定額の補償を支払います。これらの企業は、メディケアの補償規則に従う必要があります。メディケアアドバンテージプランは、メディケアと年間契約を結んでいます。プランでは、次の入学年度の開始前に変更について通知する必要があります。

メディケアアドバンテージプランに加入すると、オリジナルメディケアの場合と同じ権利と保護がすべて得られます。

保障内容は？

メディケアアドバンテージプランは、パートAおよびパートBのすべてのサービスを対象としています。ただし、メディケアアドバンテージプランを利用している場合、オリジナルメディケアは、ホスピスケアの費用、新しいメディケアの特典、臨床研究研究の費用の一部をカバーするものとします。あらゆる種類のメディケアアドバンテージプランでは、緊急時の治療が常に受けられます。

一部のメディケアアドバンテージプランでは、視科、耳鼻科、歯科、その他の健康およびウェルネスプログラムなどの追加補償を提供しています。プランには、パートAおよびパートBの対象サービスに対する自己負担額の**年間制限**があります。プランの制限に達すると、そこからパートAおよびパートBの対象サービスの年間料金は無料になります。

保障内容は？（継続）

処方薬の適用範囲

ほとんどのメディケアアドバンテージプランには、メディケア処方薬の補償が含まれています（パートD）。医薬品の補償を含まない特定の種類のプラン（医療貯蓄口座プランや一部の私費制プランなど）では、別のメディケア処方薬プランに加入できます。

注意事項：薬の適用範囲を提供していないプランに加入しておらず、メディケア処方薬プランがない場合は、メディケア処方薬プランに加入するかプランを取得することを後から決めた場合、遅延登録ペナルティを支払う必要がある場合があります。Medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/part-d-late-enrollment-penalty にアクセスしてoパートDの遅延登録ペナルティの詳細をご確認ください。

費用はいくらですか？

毎年、プランは保険料、控除可能額、サービスに対して請求する金額を設定します。プラン（メディケアよりも）によって、対象となるサービスに対して支払う金額を決定します。プランの支払いは、年に1回１月１日にのみ変更できます。

パートBの保険料を支払う必要があります。2019年の標準的なパートBの保険料額は135.50ドル（収入によって異なる）です。社会保障給付を受給している一部の人々は、より少ない賃金（平均130ドル）を支払います。

メディケアアドバンテージプランで自己負担額を計算する場合、保険料、免責額、自己負担金、および共済に加えて、次のことも考慮する必要があります。

- 必要なヘルスケアサービスの種類とその頻度。
- 割り当てを受け入れる医師またはサプライヤーに行くかどうか。割り当てとは、医師、プロバイダー、またはサプライヤーが、対象サービスの全額支払いとしてメディケア承認額を受け入れることに同意する（または法律で義務付けられる）ことを意味します。
- プランが追加の保険料を必要とする追加の特典を提供しているかどうか。
- メディケイドに加入しているか、医療費を州から援助を受けているかどうか。

費用はいくらですか？（継続）

控除、共同保険、および一部負担の違いは何ですか？

控除–オリジナルメディケア、処方薬プラン、またはその他の保険の支払いを開始する前に、ヘルスケアまたは処方箋に対して支払う必要がある金額。

共同保険–控除額を支払った後、サービスの費用の一部として支払う必要がある金額。共同保険は通常、割合です（20%など）。

一部負担–医師の診察、病院への外来、処方薬など、医療サービスまたは医療費の一部として支払う必要がある金額。一部負担は通常、割合ではなく額になります。たとえば、医師の診察または処方薬に対して10ドルまたは20ドルを支払う可能性があります。

各プランの詳しい費用

メディケアアドバンテージプランに加入する場合、毎年プランから得られるこれらの通知を確認してください。

- **「変更の年次通知」**（ANOC）。1月から有効になる保障、費用、サービスエリアなどの変更が含まれます。プランに関する書類を、9月30日までにお送りします。
- **「保障の証拠」**（EOC）。プランの対象、支払額などの詳細を提供します。10月15日までにプランから通知（または印刷されたコピー）が送信され、EOCに電子的にアクセスする方法または印刷されたコピーを要求する方法に関する情報が含まれます。

組織の決定

事前にプランから決定を取得して、サービス、お薬、またはサプライがカバーされているかどうかを確認できます。また、いくら支払う必要があるかを調べることもできます。**これは「組織決定」と呼ばれます**。場合によっては、対象となるサービス、お薬、またはサプライの事前承認としてこれを行う必要があります。

お客様、または代理人や医師は組織の決定を要求できます。また、お客様の健康上のニーズに基づいて、迅速な決定を求めるオプションもあります。お客様のプランが適用範囲を否定する場合、プランは書面でお客様に告げなければならず、お客様は控訴する権利を有します。

プランプロバイダーがサービスまたはネットワーク外のプロバイダーを紹介しても、事前に組織の決定を得られない場合、**これは「プランディレクテッドケア」と呼ばれます**。ほとんどの場合、プランの通常の費用分担より多く支払う必要はありません。この保護の詳細については、プランを確認してください。

メディケアアドバンテージプランの対象者は？

次の場合、メディケアアドバンテージプランに加入できます。

- パートAとパートB両方に加入している方。
- プランのサービスエリアに住んでいる方。
- 米国市民、米国籍、または合法的に米国に滞在している方。
- 14ページで説明されている場合を除き、末期腎疾患（ESRD）がない方。

他の保障がある場合はどうなりますか

メディケアアドバンテージプランに加入する前に、雇用主、労働組合、またはその他の福利管理者に規則について相談してください。場合によっては、メディケアアドバンテージプランに加入すると、メディケアアドバンテージプランとともに雇用主または組合の補償を引き続き使用できる場合があります。また、メディケアアドバンテージプランに加入すると、ご自身、配偶者、扶養家族の雇用主または組合の補償が失われる場合があります。

いつメディケアアドバンテージに加入、切り替え、またはキャンセルできますかプランとは？

下記登録期間にのみ、メディケアアドバンテージプランに加入、切り替え、またはキャンセルできます。

- **初期登録期間**–メディケアの資格を初めて取得したとき、初期登録期間中に登録できます。これは、65歳になる月の3ヶ月前に始まり、65歳になる月を含み、65歳になる月の3ヶ月後に終了する7ヶ月の期間です。

  最初の登録期間の初めの3か月間に登録すると、ほとんどの場合、保障は誕生日の月の初日に始まります。ただし、誕生日が月の初日にある場合、保障は前月の初日に始まります。

  65歳になった月または最初の登録期間の最後の3か月の間に登録すると、補償の開始日が遅れます。

- **一般加入期間**– 一般加入期間（毎年1月1日から3月31日まで）にパートAの補償があり、パートBを初めて取得する場合、同時にメディケアアドバンテージに加入することもできます。保障7月1日まで開始されない場合があります。

- **オープン登録期間**– 10月15日から12月7日まで-メディケアを持つ方はどなたでも、メディケアアドバンテージプランに加入、切り替え、またはキャンセルすることができます。12月7日までにリクエストを受け取った場合に限り、1月1日に保障が開始されます。

注意事項：特定の状況（移動した場合など）では、他の機会にプランに加入、切り替え、またはキャンセルできる場合があります。

いつメディケアアドバンテージプランに加入、切り替え、またはキャンセルできますか？（継続）

12月7日以降に保障を変更できますか？

毎年1月1日から3月31日までの間に、**メディケアアドバンテージオープン登録期間中**にこれらの変更を行うことができます。

- メディケアアドバンテージプラン（お薬の適用の有無にかかわらず）を使用している場合、別のメディケアアドバンテージプラン（お薬の適用の有無にかかわらず）に切り替えることができます。
- メディケアアドバンテージプランをキャンセルして、オリジナルメディケアに戻ることができます。また、メディケア処方薬プランに加入することもできます。

この期間中、下記のことは**できません**：

- オリジナルメディケアからメディケアアドバンテージプランへの切り替え。
- オリジナルのメディケアを使用している場合は、メディケア処方薬プランへの加入。
- オリジナルのメディケアを使用している場合は、メディケア処方薬プランから別のプランへの切り替え。

この期間中に変更できるのは1つだけです。変更は、プランがリクエストを受け取った翌月の最初に有効になります。オリジナルメディケアに戻って処方箋プランに加入する場合、登録を解除するためにメディケアアドバンテージプランに連絡する必要はありません。処方箋プランに加入すると、登録解除が自動的に行われます。

注意事項：最初の登録期間中にメディケアアドバンテージプランに登録した場合、メディケアに加入してから最初の3か月以内に別のメディケアアドバンテージプランに変更するか（お薬の適用の有無にかかわらず）、オリジナルメディケアに戻すことができます（処方箋プランの有無にかかわらず）

既存の状態がある場合はどうなりますか？

特別な規則がある末期腎疾患（ESRD）を除いて、既存の症状がある場合でも、メディケアアドバンテージプランに加入できます。14ページの「末期腎疾患（ESRD）がある場合、メディケアアドバンテージプランに加入できますか？」を参照してください。

メディケアアドバンテージプランに加入するにはどうすればよいですか？

すべてのメディケアアドバンテージプランが同じように機能するわけではありません。加入する前に、Medicare.gov/plan-compareにアクセスして、お住まいの地域のメディケアの健康プランを見つけて比較できます。プランのルールと費用を理解したら、次のいずれかの方法で加入してください。

メディケアアドバンテージプランに加入するにはどうすればよいですか？（継続）

- メディケアプランファインダーMedicare.gov/plan-compareで郵便番号による検索が可能です。ログインして個別の情報を確認できます。特定のプランについて質問がある場合は、「プランの詳細」を選択してプランの連絡先情報を取得てください。
- 紙の登録フォームに記入してください。プランに連絡して登録フォームを入手し、記入し、送り返してください。すべてのプランが下記オプションを提供します。
- 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227）までお電話ください。TTY ユーザーは1-877-486-2048 までお電話ください。

メディケアアドバンテージプランに加入する場合、メディケアカードから次の情報を提供する必要があります。

- メディケア番号
- パートAおよび/またはパートBの保障が開始された日付。

メディケアアドバンテージプランに登録すると、ほとんどの場合、**メディケアアドバンテージプランのカードを使用して**、メディケア対象サービスを利用する**必要があります**。一部のサービスでは、赤、白、青のメディケアカードの提示を求められる場合があります。

末期腎疾患（ESRD）がある場合、メディケアアドバンテージプランに加入できますか？

注意事項：2021年から、ESRDを持つ人々は、これらの制限なしにメディケアアドバンテージプランに加入できるようになります。

末期腎疾患（ESRD）がある場合、特定の状況でのみメディケアアドバンテージプランに加入できます。

- ESRDの発見時にすでにメディケアアドバンテージプランを利用している場合は、プランにとどまるか、同じ会社が提供する別のメディケアアドバンテージプランに加入することができます。
- メディケアアドバンテージプランを利用していて、そのプランがメディケアを離れる場合、またはお住まいの地域でサービスを提供しなくなった場合は、別のメディケアアドバンテージプランに加入する権利があります。
- つ以上のメディケアアドバンテージプランを提供する会社を通じて雇用主または組合のヘルスプラン、またはその他の健康保険をお持ちの場合、その会社のメディケアアドバンテージプランに加入できる場合があります。
- 医学的にESRDがなくなったと判断した場合（たとえば、腎臓移植が成功した場合）、メディケアアドバンテージプランに加入できる場合があります。
- お住まいの地域で可能な場合、ESRDもカバーするメディケアスペシャルニーズプラン（SNP）をご利用頂ける場合がございます。

詳細については、Medicare.gov/Publications または冊子「腎臓透析および腎臓移植サービスの医療保険」をご覧ください。

メディケアアドバンテージプランの種類

メディケアアドバンテージプランにはさまざまな種類があります。

- ヘルスメンテナンスオーガナイゼーション（HMO）プラン：15〜16ページを参照してください。
- 優先プロバイダー組織（PPO）プラン：17ページをご参照ください。
- プライベートサービス料金（PFFS）プラン：18〜19ページを参照してください。
- 特別支援プラン（SNP）：20〜21ページを参照してください。
- メディカルセービングアカウント（MSA）プラン：22ページから23ページをご参照ください。

住んでいる地域では、これらのタイプのすべて、一部、またはまったく使用できない場合があります。さらに、民間企業がそれらを提供することを選択した場合、同じタイプ内のお客様の地域で利用可能な複数のプランがある可能性があります。利用可能なメディケアアドバンテージプランを確認するには、Medicare.gov/plan-compare にアクセスしてください。

ヘルスメンテナンスオーガナイゼーション（HMO）プラン

ヘルスメンテナンスオーガナイゼーション（HMO）プランは、メディケアアドバンテージプランの一種であり、通常、緊急または緊急のケア状況を除き、プランのネットワーク内の医師、専門家、または病院からヘルスケアを提供します。ネットワークは、サービスを提供するプランと契約する医師、病院、および医療施設のグループです。また、ほとんどのHMOでは、お客様のケアが調整されるように、プライマリケアの医師から専門家のケアを紹介する必要があります。

どんな医師や医療提供者、または病院でも医療を受けることはできますか？

HMOプランでは、通常、プランのネットワーク内の医師または病院からケアとサービスを取得する必要があります（緊急医療、圏外緊急医療、または圏外透析を除く）。

メディケアアドバンテージプランの種類（続き）

ヘルスメンテナンスオーガナイゼーション（HMO）プラン（続き）

プランのネットワーク内にある医師の診察を受け、医療施設を使用すれば、費用が安くなります。プランのネットワーク外で医療を受ける場合は、全額を支払う可能性もあります。必要に応じて特定のサービスの事前承認を得るなど、プランのルールに従うことが重要です。ほとんどの場合、プライマリケア医を選択する必要があります。毎年のマンモグラムのスクリーニングのような特定のサービスは、紹介を必要としません。医師または他の医療提供者がプランのネットワークを離れると、プランから通知されます。プランのネットワークで別の医師を選択できます。

HMOポイントオブサービス（HMOPOS）プランは、**より高い自己負担または共同保険のためにネットワーク外のサービスを取得できるHMOプラン**です。必要に応じて特定のサービスの事前承認を得るなど、プランのルールに従うことが重要です。

プランのPOS部分には、別個の控除対象があります。HMOを介してネットワーク内で受けるケアは、POSを介してネットワーク外で受けるケアとは異なる控除対象となります。2つの免責事項に個別にアクセスする必要があります。

処方薬は保障対象ですか？

ほとんどの場合、処方薬はメディケアHMOプランでカバーされています。薬の適用範囲が必要な場合は、処方薬の適用範囲を含むHMOプランに加入する必要があります。処方薬の適用範囲を含まないHMOに加入する場合、別個のメディケア処方薬プラン（パートD）を取得することはできません。

メディケアアドバンテージプランの種類（続き）

優先プロバイダーオーガナイゼーション（PPO）プラン

優先プロバイダーオーガナイゼーション（PPO）プランは、プライマリケア医、専門医、およびお客様が行くことができる病院のネットワークを持つメディケアアドバンテージプランです。また、プランの（ネットワーク外）リストにない医師、専門家、または病院に行くこともできますが、費用がかかります。決められたプロバイダーは「優先」（名前のとおり）されているので、そこに行く場合は費用を削減することができます。

どんな医師や医療提供者、または病院でも医療を受けることはできますか？

ほとんどの場合、PPOプランで医師、他の医療提供者、または病院から医療を受けることができます。

PPOプランには、ネットワークドクター、他の医療提供者、病院があります。各プランでは、プランのリストにない医師、専門家、または病院に行くことができますが、通常はネットワークプロバイダーからケアを受ければ費用が安くなります。

別の医師からの紹介や事前の許可なしに専門家からケアを受けることができます。プランスペシャリストをご希望の場合、対象サービスの費用は通常、ノンプランスペシャリストよりも低くなります。

処方薬は保障対象ですか？

ほとんどの場合、処方薬はPPOプランでカバーされています。メディケアの薬の適用範囲が必要な場合は、処方薬の適用範囲を含むPPOプランに加入する必要があります。処方薬の適用範囲を含まないPPOプランに加入する場合、別個のメディケア処方薬プラン（パートD）に加入することはできません。

メディケアアドバンテージプランの種類（続き）

プライベートサービス料金（PFFS）プラン

プライベートサービス料金（PFFS）プランは、民間の健康保険会社が提供する別の種類のメディケアアドバンテージプランです。PFFSプランは、オリジナルメディケアまたはメディケアサプリメント（メディギャップ）とは異なります。

どんな医師や医療提供者、または病院でも医療を受けることはできますか？

プランの支払い条件を受け入れ、お客様の治療に同意する限り、医師、他の医療提供者、病院などのメディケア認定提供者に診てもらうことができます。ネットワークを持つPFFSプランに加入すると、プランメンバーを常に扱うことに同意したネットワークプロバイダーを見ることができます。医療提供者がプランの条件に同意した場合、ネットワーク外の医師、病院、またはその他の医療提供者を選択することもできますが、より多く支払う可能性もあります。

サービスを受ける前に、支払い情報についてプランに連絡し、プランの支払い条件に同意できるかどうかを医師または病院に尋ねてください。救急医療が必要な場合は、プロバイダーがプランの支払い条件を受け入れるかどうかによってカバーされます。

プロバイダーがプランの支払い条件に同意する場合

プロバイダーは、プランの支払い条件を遵守し、提供するサービスのプランに請求する必要があります。ただし、医療提供者は、訪問のたびにプランを受け入れ、治療に同意するかどうかを決定できます。

メディケアアドバンテージプランの種類（続き）

プライベートサービス料金（PFFS）プラン（続き）

プロバイダーがプランの支払い条件に同意しない場合

プロバイダーは、緊急時を除いてサービスを提供すべきではありません。PFFSプランを受け入れる別のプロバイダーを見つける必要があります。

プロバイダーがお客様を治療することを選択した場合、彼らがお客様に請求することはできません。彼らはお客様のカバーされたヘルスケアサービスのプランを請求しなければなりません。サービスの時点で受けるサービスの種類に対してプランで許可されている自己負担金または共同保険のみを支払う必要があります。プランでプロバイダーが「請求のバランスをとる」ことを許可している場合（プロバイダーの請求額と許可額の差額を請求する場合）、追加の金額（最大15%増）を支払う必要があります。

処方薬は対象となりますか？

処方薬はPFFSプランでカバーされる場合があります。メディケアの処方薬の適用範囲が必要で、プランで提供されている場合は、そのプランからメディケアの処方薬の適用範囲を取得する必要があります。

PFFSプランがお薬の適用範囲を提供しない場合は、別のメディケアに加入できます保障を受けるための処方箋プラン（パートD）。

メディケアアドバンテージプランの種類（続き）

特別支援プラン（SNP）

特別支援プラン（SNP）は、特定の病気、特定の医療ニーズ、または限られた収入を持つ人々に利益とサービスを提供します。SNPは、提供するグループの特定のニーズに最適に合うように、利点、プロバイダーの選択、および製剤処方を調整します。

SNPは、すべてのメディケアアドバンテージプランがカバーするのと同じメディケアサービスをカバーします。メディケアSNPは、サービスを提供する特別なグループに合わせた追加サービスもカバーする場合があります。たとえば、がんや慢性心不全などの重度または慢性の状態にあり、入院が必要な場合、SNPは病院での追加日数をカバーする場合があります。

プランのサービスエリアに住んでおり、次の要件のいずれかを満たす場合、SNPの資格を得ることができます。

- 次のうち1つ以上の状態（Cronic condition SNP または **C-SNPとも呼ばれる**）のような慢性疾患がある場合：
    - 慢性アルコールおよびその他の依存症
    - 自己免疫障害
    - がん（前がん状態を除く）
    - 心血管障害
    - 慢性心不全
    - 認知症
    - 糖尿病
    - 末期肝疾患
    - 透析が必要な末期腎疾患（ESRD）（透析のあらゆるモード）
    - 重度の血液疾患
    - HIV /エイズ
    - 慢性肺障害
    - 慢性および身体障害者の精神的健康状態
    - 神経障害
    - 脳卒中

メディケアアドバンテージプランの種類（続き）

特別支援プラン（SNP）（続き）

- 施設に住んでいる（養護施設など）、または自宅で介護が必要（Institutional SNPまたは I-SNPとも呼ばれる）。
- メディケアとメディケイドの両方がある（Dual Eligible SNP または D-SNP とも呼ばれる）。

各SNPは、これらのグループの1つ、またはこれらのグループの1つのサブセットのメンバーにメンバーシップを制限します。プランが提供する特別な条件を引き続き満たしている場合にのみ、SNPに登録したままにすることができます。

医師、他の医療提供者、または病院から医療を受けることはできますか？

通常、プランのネットワーク内の医師、他の医療提供者、または病院からケアとサービスを取得する必要があります（緊急医療、区域外の緊急医療、または区域外透析を除く）。

ほとんどの場合、SNPではプライマリケアの医師が必要になる場合があります。または、プランで、ヘルスケアを支援するケアコーディネーターが必要になる場合があります。ケアコーディネーターは、人々が適切なケアと情報を確実に得られるようサポートする人です。たとえば、糖尿病患者のSNPは、ケアコーディネーターを使用して、メンバーが血糖値を監視し、食事を追跡できるようにします。

SNPには通常、メンバーに影響を与える疾患または状態の専門家がいます。一般的に、次の場合を除き、プランのネットワーク内の医師または病院からケアとサービスを受ける必要があります。

- 急病やけがの治療など、すぐに医療が必要な緊急または緊急治療が必要な場合
- 末期腎疾患（ESRD）があり、領域外透析が必要な場合

処方薬は対象ですか？

すべてのSNPは、メディケア処方薬の適用範囲を提供する必要があります（パートD）。

メディケアアドバンテージプランの種類（続き）

医療貯蓄口座プラン

医療貯蓄口座（MSA）プランは、高額控除可能な保険プランと、医療費の支払いに使用できる医療貯蓄口座を組み合わせたものです。

1. **免責額の高い健康プラン**：MSAプランの最初の部分は、特別控除可能なメディケアアドバンテージプランです。プランは、年間の高額控除額を満たした場合にのみ費用のカバーを開始しますが、これはプランによって異なります。
2. **医療貯蓄口座（MSA）**：MSAプランの2番目の部分は、特別な種類の普通預金口座です。MSAプランでは、アカウントにお金が入金されます。免責額を満たす前に、この普通預金口座からのお金を使って医療費を支払うことを選択できます。

すべてのMSAプランでカバーしなければならないメディケアパートAおよびパートBサービスに加えて、一部のMSAプランでは、次のような追加費用で追加の特典をカバーできます

・歯科

・ビジョン

・メディケアの対象外の長期ケア

医師、他の医療提供者、または病院から医療を受けることはできますか？

MSAプランでは、医療サービスとプロバイダーを選択できます。

処方薬は対象ですか？

MSAプランに加入する場合は、メディケア処方薬プラン（パートD）に加入して、薬剤の適用範囲を取得する必要があります。

ただし、MSAプランに加入し、既にお薬適用範囲のあるメディギャップポリシーを持っている場合（2006年1月1日より前に販売された一部のポリシーにはお薬適用範囲がありました）、この適用範囲を使用して一部のお薬の支払いを続けることができます。

希望するMSAプランを決定したら、登録情報についてプランに連絡して加入する必要があります。登録すると、プランで選択した銀行にアカウントを設定する方法が通知されます。プランが登録を処理する前に、このアカウントを設定する必要があります。プランから連絡が始まる時期を知らせる手紙を受け取った後：

メディケアアドバンテージプランの種類（続き）

医療貯蓄口座プラン（続き）

1. メディケアは、お客様のヘルスケアのために毎年プランに金額を提供します。
2. このプランは、お客様に代わってお金をアカウントに入金します。自分のお金を預けることはできません。
3. アカウントのお金を使用して、メディケアの対象外の医療費などの医療費を支払うことができます。メディケアの対象となるパートAおよびパートBサービスにアカウントマネーを使用する場合、プランの控除対象としてカウントされます。
4. アカウントのすべてのお金を使用し、追加の医療費がある場合は、プランの控除対象額に達するまで、メディケアでカバーされたサービスを自己負担で支払う必要があります。
5. 免責額が満たされる前にサービスに対して自己負担で支払いを行っている間、医師やその他の医療提供者は、メディケアが承認した金額を超えて請求することはできません。
6. 免責額に達した後、プランはメディケア対象サービスをカバーします。
7. 年末にアカウントに残されたお金はアカウントに残り、将来の医療費に使用される可能性があります。翌年、同じMSAプランにとどまる場合、残りの金額に新しいデポジットが追加されます。

MSAプランと税金

アカウントから資金を使用する場合は、IRSフォーム8853に、税金を申告するときにアカウントのお金をどのように使用したかに関する情報を含める必要があります。

毎年、口座からのすべての引き出しを含む1099-SAフォームを銀行から入手する必要があります。少なくともこの金額の認定医療費があることを証明する必要があります。または、税金と追加の罰金を支払う必要がある場合があります。

認定医療費としてカウントされるサービスと製品のリストおよびその他の税務情報については、irs.gov/forms-pubs/about-publication-969 をご覧ください。税務フォーム8853の詳細情報を入手するために提出する年のIRS出版物＃969の無料コピーを入手してください。

MSAプランの選択が財務状況に与える影響についてのカウンセリングとアドバイスについては、パーソナルファイナンシャルアドバイザー（お持ちの場合）にお問い合わせください。

メディケアアドバンテージプランを並べて比較する

以下のチャートは、メディケアアドバンテージプランの各タイプに関する基本情報を示しています。

	HMO	PPO	PFFS	SNP	MSA
保険料 **月々の保険料が必要ですか？**	はい パートBプレミアムに加えてプレミアムを請求する場合があります	はい パートBプレミアムに加えてプレミアムを請求する場合があります	はい パートBプレミアムに加えてプレミアムを請求する場合があります	はい パートBプレミアムに加えてプレミアムを請求する場合があります	いいえ 毎月のプレミアムを支払う必要はありませんが、毎月のパートBのプレミアムは引き続き支払う必要があります。
お薬 **このプランは、メディケアの処方薬の適用範囲を提供しますか？**	通常 お薬の適用範囲を提供していないHMOに加入した場合、別個のメディケア処方薬プランを取得することはできません。	通常 お薬の適用範囲を提供しないPPOプランに加入する場合、別個のメディケア処方薬プランを取得することはできません。	通常 薬剤の適用範囲を提供しないPFFSプランに加入すると、メディケア処方薬プランを取得できます。	はい すべてのSNPは、メディケア処方薬の補償範囲を提供する必要があります。	いいえ メディケア処方薬プランに加入する必要があります。お薬の適用範囲を持つメディギャップポリシーを既にお持ちの場合は、この適用範囲を使用して一部のお薬の支払いを続けることができます。
プロバイダー **メディケアを受け入れている医師または病院で対象サービスを受けれますか？**	おそらく 一般的に、プランのネットワーク内の医師、他の医療提供者、または病院でケアとサービスを受ける必要があります（緊急医療または区域外透析を除く）。 HMOPOSでは、**一部**のサービスをネットワーク外で取得できる場合がありますより高い自己負担または共同保険。	はい 各プランには、医師、病院、その他の医療提供者のネットワークがあります。プランのプロバイダーネットワークから外れる場合がありますが、コストが高くなる可能性があります。	はい **プランの支払い条件を受け入れ、お客様の治療に同意する**メディケア承認の医師、他の医療提供者、または病院に行くことができます。プランにネットワークがある場合は、任意のネットワークプロバイダーを使用できます（プランの条件に同意するネットワーク外プロバイダーにアクセスする場合、追加料金を支払うことができます）。	いいえ 一般的に、SNPのネットワーク内の医師または病院からケアとサービスを取得する必要があります（緊急または緊急治療を除く、または末期腎疾患があり、領域外透析が必要な場合）。	はい ヘルスケアサービスとプロバイダーを柔軟に選択できます。
紹介 **専門医の診察を受けるために医師からの紹介が必要ですか？**	はい	いいえ	おそらく プランは異なる場合があります。	おそらく	いいえ

メディケアサプリメント保険（メディギャップ）ポリシーを持っている場合はどうなりますか？

メディギャップポリシーは、メディケアアドバンテージプランでは機能しません。メディギャップポリシーがあり、メディケアアドバンテージプランに加入している場合、メディギャップポリシーを削除することができます。メディギャップポリシーを使用して、メディケアアドバンテージプランの自己負担金、控除可能額、および保険料を支払うことはできません。

メディギャップポリシーをキャンセルする場合は、ポリシーを提供している保険会社に連絡してください。**メディギャップポリシーをキャンセルすると、同じ、または場合によってはメディギャップポリシーを取り戻すことができない場合があります**。メディケアアドバンテージプランを既にお持ちの場合、オリジナルメディケアに切り替えない限り、メディギャップポリシーを販売することは違法です。

メディケアアドバンテージプランに初めて加入し、そのプランが自分にふさわしくないと判断した場合、メディギャップポリシーを購入する特別な権利（「トライアル権」と呼ばれます）があります。加入から12か月以内にオリジナルメディケアに戻る場合、この権利があります。

- 加入する前にメディギャップポリシーを持っている場合、会社がまだ販売していれば、同じポリシーを取り戻すことができる場合もあります。利用できない場合は、別のメディギャップポリシーを購入できます。
- メディギャップポリシーでは、以前に処方薬の補償を取得できなかった場合でも、メディケア処方薬プランに加入できる場合があります。
- メディケアの資格を初めて取得した際に、メディケアアドバンテージプランに加入した場合は、州で利用可能なメディギャップポリシーから選択できます。

2020年1月1日から、メディケアを初めて使用する人に販売されたメディギャッププランは、パートBの控除対象になりません。このため、プランCとFは、2020年1月1日以降に新たにメディケアの対象となる人々には利用できません。これらの2つのプラン（またはプランFの高額控除バージョン）のいずれかを既にお持ちの場合、または2020年1月1日までにこれらのプランのいずれかでカバーされている場合、プランを維持できます。2020年1月1日より前にメディケアの資格があり、まだ登録していない場合は、これらのプランのいずれかを購入できる場合があります。

詳しい情報はどこで入手できますか？

- **メディケアプランファインダー**

  メディケアプランファインダーは、利用可能なすべてのお薬および健康プランの選択肢を表示および比較するのに役立つオンラインリソースです。お住まいの地域で利用可能なプランを見つけて比較するには、Medicare.gov/plan-compare郵便番号による検索でメディケアプランファインダーにアクセスしてください。また、MyMedicare.govパーソナライズされた結果を求めるためにログインすることもできます。

- **1-800-MEDICARE**

  メディケアコールセンターは、請求、請求、医療記録、費用などに関する具体的な質問をお手伝いします。1-800-MEDICARE（1-800-633-4227)までご連絡ください。TTY ユーザーは 1-877-486-2048 までお電話ください。

- **SHIP（州の健康保険支援プログラム）**

  SHIPは、お客様に無料でメディケアを持つ人々に地元の健康保険カウンセリングを与えるために連邦政府からお金を得る州のプログラムです。SHIPは保険会社や健康保険とは関係ありません。SHIPのボランティアは、これらのメディケアの質問や懸念についてお客様を助けることができます：

  - お客様のメディケア権利
  - 請求の問題
  - 医療または治療に関する苦情
  - 選択肢のプラン
  - メディケアと他の保険との連携
  - 医療費の支払いに関するヘルプを見つける

  州のSHIPの電話番号を見つけるには、shiptacenter.orgにアクセスするか、1-800-MEDICARE（1-800-633-4227）に電話してください。TTY ユーザーは 1-877-486-2048 までお電話ください。

- **メディケアアドバンテージプラン**

  費用と補償範囲の詳細については、興味のあるプランにお問い合わせください。

CMSアクセス可能な通信

障がい者の方々が当社のサービス、活動、プログラム、およびその他の特典を活用する機会が平等に与えられるように、当社はアクセス可能な形式で情報を発信しています。メディケア＆メディギャップサービスセンター（CMS）は、点字、大活字、データ/音声ファイル、中継サービス、TTY通信などのアクセス可能な形式の情報を含む、無料の補助エイドとサービスを提供します。アクセス可能な形式の情報をCMSにリクエストする場合、それを提供するために必要な追加の時間によって不利になることはありません。つまり、リクエストの処理に遅れが生じた場合は、アクションを実行するための余分な時間が確保されます。

下記の方法で、メディケアまたはマーケットプレイスの情報をリクエストしてください。

1. **電話**：
   メディケア宛： 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227）
   TTY: 1-877-486-2048
2. **メール**： altformatrequest@cms.hhs.gov.
3. **FAX**： 1-844-530-3676
4. **宛先**：

   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

リクエストには、名前、電話番号、必要な情報の種類（わかっている場合）、および資料の送付先住所が必要です。詳細について、こちらからご連絡させていただく場合もございます。

注意事項：メディケアアドバンテージプランまたはメディケア処方薬プランに登録している場合は、プランに連絡して、アクセス可能な形式で情報をリクエストしてください。メディケイドについては、州または地元のメディケイド事務所にお問い合わせください。

差別禁止通知

センターフォーメディケア＆メディケイドサービス（CMS）は、人種、肌の色、出身国、障害、性別、入場、加入、または年齢に基づいて、いかなる人物に対しても、その利益を排除、拒否、または差別、 CMSによって直接実行、あるいは請負業者またはCMSがプログラムおよび活動を実行するために手配するその他のエンティティを通じて実行されるかにかかわらず、そのプログラムおよび活動のいずれかの下でのサービスおよび利益の受け取りを致しません。

使用できる形式で情報を取得することに懸念がある場合は、この通知に記載されているどの方法でもCMSに連絡できます。

CMSプログラムまたは活動で差別を受けたと思われる場合は、メディケアアドバンテージプラン、メディケア処方薬プランからアクセス可能な形式で情報を取得する際に問題が発生するなど、苦情を申し立てることもできます。州または地方のメディケイドオフィス、またはMarketplace認定健康プラン。米国公民権局の保健社会福祉省に苦情を申し立てるには、3つの方法があります。

1. **オンライン**： hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html.
2. **電話**：1-800-368-1019. TTY ユーザーは 1-800-537-7697 までお電話ください。
3. **郵便**：苦情の宛先：

   Office for Civil Rights
   U.S. Department of Health and Human Services
   200 Independence Avenue, SW
   Room 509F, HHH Building
   Washington, D.C. 20201

提供元：保健福祉省。

注意事項

注意事項

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

Centers for Medicare & Medicaid Services
7500 Security Boulevard
Baltimore, Maryland 21244-1850

公用
私用で使用した場合、300ドルの罰金

CMS Product No. 12026-Japanese
September 2019

Understanding Medicare Advantage Plans

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

CMS
CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES