

¿Tiene preguntas acerca de Medicare y Aspire Health Plan?

Nos complace que haya preguntado.



1. ¿Qué incluye Medicare?

“Original Medicare” o “Medicare tradicional”, como generalmente se lo denomina, incluye la Parte A y la Parte B. La Parte A de Medicare es un seguro hospitalario y ayuda a cubrir lo siguiente:

- atención para pacientes internados en un hospital;
- atención en un centro de enfermería especializada;
- atención en un hospicio;
- servicios de atención médica a domicilio.

La Parte B de Medicare es un seguro médico y ayuda a cubrir lo siguiente:

- servicios de médicos y otros proveedores de atención médica;
- atención para pacientes externos;
- equipo médico duradero (Durable medical equipment, DME);
- servicios preventivos.

2. ¿Cómo funciona Medicare?

Los beneficiarios de Medicare generalmente no pagan una prima mensual por la cobertura de la Parte A de Medicare (seguro hospitalario) si ellos o sus cónyuges pagaron contribuciones de Medicare en el trabajo. Sin embargo, quienes no reúnen los requisitos para recibir la Parte A sin costo, la pueden adquirir de todos modos.

Los beneficiarios de Medicare pagan una prima mensual para la Parte B (seguro médico), que puede variar según el nivel de ingresos. Por lo general, la prima se deduce del cheque del Seguro Social. En 2016, la prima promedio para la Parte B fue de \$104.90 por mes.

Puede comunicarse con el Seguro Social para obtener más información sobre las primas de la Parte A y la Parte B. Además, se aplican deducibles y copagos a la Parte A y la Parte B de Medicare. Para obtener más información, consulte el sitio web del plan, www.aspirehealthplan.org, o el sitio web de Medicare, www.medicare.gov.

3. ¿Qué ocurre con los medicamentos con receta?

Para obtener cobertura de medicamentos con receta, puede inscribirse en un plan de medicamentos con receta (Prescription Drug Plan, PDP) independiente o en un plan Medicare Advantage para la Parte D (MAPD) como el nuestro, que incluye la Parte D dentro de un plan integral.

En un plan independiente, los participantes pagan una prima mensual para la cobertura de la Parte D. Sin embargo, con Aspire Health Plan, su cobertura de medicamentos con receta está incluida en una prima combinada para la cobertura de MAPD.

4. ¿Qué es un plan Medicare Advantage?

A los planes Medicare Advantage los ofrecen compañías privadas que tienen contrato con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS) para cubrir todos los beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Los planes Medicare Advantage deben cubrir todo lo que cubre Original Medicare y suelen cubrir beneficios adicionales. Aspire Health Plan incluye beneficios de salud, programas sobre salud y servicios adicionales. Los planes Medicare Advantage se conocen como la Parte C de Medicare.

5. ¿Por qué debería elegir un plan Medicare Advantage en lugar de Original Medicare?

La gran “ventaja” es que los planes Medicare Advantage cubren todo lo que cubre Original Medicare y, además, cubren beneficios adicionales. Muchos de los planes Medicare Advantage, incluido el nuestro, cubren los medicamentos con receta de la Parte D, el transporte y los servicios de acupuntura¹, de quiropráctica¹, oftalmológicos¹ y odontológicos¹. Además, nuestros planes no tienen un deducible médico u hospitalario anual; usted tiene cobertura desde el principio². Los copagos y el coseguro bajos hacen que los costos de la atención médica sean previsibles y con frecuencia implican ahorros importantes en comparación con Original Medicare. También se puede ahorrar en comparación con algunas alternativas, como los beneficios complementarios de Medicare (también denominados “Medigap”) y los PDP independientes.

6. ¿Qué es un plan de atención coordinada?

Un plan de atención coordinada brinda la atención adecuada en el lugar y el momento adecuados. A fin de que los miembros estén más saludables, Aspire trabaja en forma directa con ellos y con los proveedores de atención médica (médicos, hospitales, farmacias y centros de bienestar). Piense en las personas que luchan para controlar la diabetes y que, como consecuencia, a veces llegan al departamento de Emergencias con niveles de azúcar en sangre altos o bajos. Nosotros coordinamos con el médico de ese miembro para garantizar que se proporcionen servicios educativos y de control de la diabetes. Además, podemos asignarles a los miembros con diabetes de alto riesgo su propio administrador de atención para que los asista y oriente.

A través de la atención coordinada, podemos mejorar la salud de nuestros miembros. Para obtener más información, consulte el sitio web del plan.

7. ¿Por qué debería elegir nuestro plan Medicare Advantage en lugar de un plan de beneficios complementarios de Medicare (Medigap)?

En primer lugar, como es un plan Medicare Advantage que incluye cobertura para medicamentos con receta, Aspire Health Plan es una opción completa para todas sus necesidades de atención médica.

NO somos solo una compañía de seguros que ofrece un producto de seguro complementario de Medicare. Somos un plan de atención coordinada diseñado por médicos y especialistas médicos locales para mantener o mejorar la salud de nuestros miembros.

En segundo lugar, no solo “cubrimos el vacío” de lo que no cubre Medicare (deducibles y coseguro). Administramos toda la atención (médica, hospitalaria y de cobertura para medicamentos con receta) a través de un equipo coordinado de proveedores de atención médica.

Finalmente, las primas de los beneficios complementarios de Medicare pueden variar ampliamente y, por lo general, no cubren medicamentos con receta ni otros beneficios adicionales, como servicios odontológicos, oftalmológicos, auditivos o de transporte. Con un plan Medicare Advantage como el nuestro, las primas suelen ser más bajas y no cambian a pesar de su edad y sus antecedentes médicos; además, incluimos servicios odontológicos¹, oftalmológicos¹, de quiropráctica¹, de acupuntura¹, de transporte y medicamentos con receta de la Parte D. Si la asequibilidad es un problema, recuerde que nuestras primas mensuales empiezan en <\$36>.

8. ¿Puedo seguir realizando consultas con mi médico?

Aspire trabaja con los cuatro hospitales y con más de 600 médicos en el condado de Monterey. Nuestra red de médicos de atención primaria y especialistas acepta nuestros planes Medicare Advantage. Si su médico figura en la lista de proveedores, puede seguir atendiéndose con él. De lo contrario, puede elegir otro médico o permanecer en el plan que tiene actualmente.

Consulte el Directorio de farmacias y proveedores para averiguar si su proveedor forma parte de nuestra red en www.aspirehealthplan.org.

9. ¿En qué difiere nuestro plan HMO-POS de los dos planes HMO que ofrece Aspire?

Todos nuestros planes Medicare Advantage utilizan una red HMO de médicos, especialistas, hospitales y otros proveedores de servicios médicos. Con cualquier Aspire Health Plan, primero seleccionará un médico de atención primaria (Primary Care Doctor, PCP) de la red aquí en el condado de Monterey, que ayudará a coordinar su atención.

Todos nuestros planes ofrecen cobertura a nivel nacional para situaciones de atención de urgencia y de emergencia, por lo tanto, no se preocupe por las emergencias o las enfermedades repentinas que puedan surgir cuando está de viaje. Está cubierto de la misma manera que dentro de la red, en cualquier parte del país.

Cuando recibe atención que no es urgente ni de emergencia, debe utilizar los proveedores que están en nuestra red en el condado de Monterey. En nuestros dos planes HMO, la atención que no es urgente ni de emergencia fuera del condado no está cubierta.

En nuestro plan HMO con punto de servicio (Point of Service, POS), cuando utiliza su plan en el condado de Monterey, funciona como un HMO: debe acceder a la red de proveedores para sus servicios de atención médica. Si utiliza proveedores que están en el condado de Monterey pero no en la red del plan, es totalmente responsable del costo de esos servicios. Cuando se encuentra fuera del condado de Monterey y en cualquier lugar de los Estados Unidos, o sus territorios, el componente de punto de servicio del plan proporciona cobertura para que usted tenga acceso a los proveedores participantes de Medicare y los servicios cubiertos por Medicare, de la misma manera que está cubierto dentro de la red. Para obtener más detalles, póngase en contacto con el plan o consulte el Resumen de beneficios.

10. ¿Qué es un “derecho de prueba” de un plan Medicare Advantage?

El “derecho de prueba” de un plan Medicare Advantage está diseñado para alivianar la presión a la hora de elegir entre una póliza Medigap y un plan Medicare Advantage. Este “derecho de prueba” le permite solicitar una póliza Medigap en función de una emisión garantizada si se une a un plan Medicare Advantage por primera vez y, durante el primer año posterior, decide regresar a Original Medicare y comprar un beneficio complementario de Medicare. Hay otros casos que hacen que reúna los requisitos para un “derecho de prueba”. Si desea obtener más información, visite www.medicare.gov.

11. ¿Cómo me inscribo para los beneficios de salud mejorados?

Es fácil. Pero tenga en cuenta que deberá pagar una prima mensual adicional. Los miembros nuevos que se inscriban por primera vez en nuestros planes de salud, podrán elegir los beneficios de salud mejorados cuando elijan la opción de plan de salud.

Si no elige la cobertura en ese momento, tendrá un breve período de gracia para agregar los beneficios de salud mejorados, pero deberá solicitarlos en los 30 días siguientes a la fecha de entrada en vigencia del plan de salud. Una vez finalizado el período de 30 días, deberá esperar hasta el próximo período de elección anual para poder agregarlos.

Si ya es miembro de Aspire Health Plan, tendrá la oportunidad de agregar los beneficios de salud mejorados a su cobertura de salud actual durante el próximo período de elección anual (Annual Election Period, AEP).

12. ¿Qué ocurre si me inscribo para los servicios de salud mejorados y más adelante ya no los quiero?

No hay problema. Puede cancelar la cobertura de beneficios de salud mejorados en cualquier momento del año sin que se vea afectada la cobertura de su plan de salud. Si elige cancelarlos, debe proporcionar una solicitud por escrito al plan. La cancelación de los beneficios de salud mejorados entrará en vigencia el primer día del mes posterior a la fecha de envío de su notificación de cancelación al plan.

13. ¿Puedo inscribirme solamente para uno (o dos) de los beneficios de salud mejorados?

Aspire Health Plan requiere la inscripción para todos los beneficios de salud mejorados (cobertura odontológica, oftalmológica y de audición integral) si desea agregar la cobertura complementaria a su plan.

Referencias:

¹ Este beneficio no está disponible para todos los planes. Para obtener más detalles, consulte el Resumen de beneficios.

² Aspire Health Advantage Value (HMO) tiene un deducible (niveles 2, 3, 4 y 5) sobre el beneficio de medicamentos con receta. Aspire Health Advantage Value (HMO) tiene un deducible (niveles 3, 4 y 5) sobre el beneficio de medicamentos con receta. Para obtener más detalles, consulte el Resumen de beneficios.