

## Preguntas frecuentes

### 1. ¿Qué incluye Medicare?

“Original” o “Traditional” Medicare, 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:

- Atención para pacientes internados en un hospital
- Atención en centros de cuidados especializados
- Atención en un hospicio
- Servicios de atención médica a domicilio

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

- Servicios de médicos y otros proveedores de atención médica
- Atención para pacientes externos
- Equipos médicos duraderos (DME, por sus siglas en inglés).
- 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 pagan contribuciones de Medicare en el trabajo. Sin embargo, quienes no reúnen los requisitos para recibir la Parte A sin costo, la pueden adquirir.

Los beneficiarios de Medicare pagan una prima mensual para la Parte B, que puede variar según el nivel de ingresos. Por lo general, la prima se deduce del cheque del Seguro Social. En 2014, la prima promedio para la Parte B fue de \$104.90.

Puede comunicarse con el Seguro Social para obtener más información sobre las primas de la Parte A y la Parte B.

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 en

[www.aspirehealthplan.org](http://www.aspirehealthplan.org) o el sitio web de Medicare en [www.medicare.gov](http://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 (PDP, por sus siglas en inglés) independiente o en un plan de Medicare Advantage para la Parte D (MAPD, por sus siglas en inglés) 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. Pero con Aspire Health Plan, su cobertura de medicamentos con receta está incluida en una prima combinada para cobertura de MAPD.

---

### 4. ¿Qué es un plan Medicare Advantage?

Los planes Medicare Advantage son ofrecidos por compañías privadas que tienen contrato con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) 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. Los planes Medicare Advantage a menudo se denominan 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, los programas de bienestar, los servicios de quiropráctica<sup>1</sup>, los servicios oftalmológicos<sup>1</sup> y los servicios odontológicos<sup>1</sup>.

Además, nuestros planes no tienen un deducible médico u hospitalario anual; usted tiene cobertura desde el principio<sup>2</sup>. 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 planes independientes de medicamentos con receta.

---

## 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 mantener a nuestros miembros más saludables, trabajamos 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 sus propios administradores de la atención a los miembros con diabetes de alto riesgo.

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 su plan Medicare Advantage en lugar de un plan de beneficios complementarios de Medicare (Medigap)?

En primer lugar, por tratarse de un plan Medicare Advantage que incluye cobertura para medicamentos con receta, somos 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 para mantener y/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 seguros complementarios de Medicare pueden variar enormemente y generalmente no cubren los medicamentos con receta u otros beneficios adicionales, como beneficios odontológicos, beneficios oftalmológicos, beneficios auditivos o transporte. Con un plan Medicare Advantage como el nuestro, las primas suelen ser mucho más bajas y no cambian a pesar de su edad y sus antecedentes médicos; además, incluimos servicios odontológicos<sup>1</sup>, oftalmológicos<sup>1</sup>, de quiropráctica<sup>1</sup>, de transporte y cobertura para medicamentos con receta.

Nuestras primas mensuales empiezan en \$49.

---

## 8. ¿Puedo seguir viendo a mi médico?

Trabajamos con los cuatro hospitales y con más de 400 médicos en el Condado de Monterrey. Nuestra red de médicos de atención primaria y especialistas acepta nuestros planes Medicare Advantage. Si su médico figura entre ellos, puede seguir atendiéndose con él. De lo contrario, puede elegir otro médico o permanecer en su plan actual.

Consulte el Directorio de farmacias y proveedores en el sitio web de nuestro plan para averiguar si su proveedor forma parte de nuestra red.

---

## 9. ¿En qué difiere el plan HMO-POS de los dos planes HMO que se ofrecen?

El plan HMO-POS que ofrecemos exige que usted seleccione un médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) de nuestra red y le recomendamos que busque atención médica dentro de la red, donde podemos coordinar mejor su atención. Sin embargo, si está viajando o si opta por obtener atención fuera del Condado de Monterey, puede hacerlo siempre que se encuentre en los Estados Unidos o sus territorios.

Le recomendamos que obtenga autorización previa antes de obtener atención fuera del Condado de Monterey ya que estará sujeto al pago de una parte más alta del costo (generalmente, un coseguro del 20%) para los servicios médicos fuera del área cubierta por Medicare. Esta característica del plan es excelente para quienes viajan o visitan a sus familiares durante períodos prolongados de tiempo, pero que aún desean tener la tranquilidad de contar con la cobertura básica de Medicare estándar.

Como sucede con TODOS nuestros planes, la atención de emergencia o de urgencia que se brinda dentro de los Estados Unidos o sus territorios está cubierta y no es necesario obtener autorización previa. Su salud y bienestar son nuestro interés principal.

---

## 10. ¿Qué es un "derecho de prueba" de Medicare Advantage?

El "derecho de prueba" de Medicare Advantage está diseñado para aliviar un poco la presión de tener que elegir entre una póliza de Medigap y un plan Medicare Advantage. Este "derecho de prueba" le permite solicitar una póliza de Medigap con emisión garantizada si se une a un

plan Medicare Advantage por primera vez, y dentro del primer año de unirse al plan, puede decidir volver a Original Medicare y comprar un seguro complementario de Medicare. Existen otras circunstancias en las que podría reunir los requisitos para un "derecho de prueba". Para obtener más información, visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov).

---

## 11. ¿Cómo me inscribo para la cobertura odontológica?

Es fácil. 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 el beneficio odontológico complementario opcional cuando elijan su opción de plan de salud.

Si no elige la cobertura en ese momento, tendrá un corto período de gracia para agregar el beneficio odontológico, pero deberá solicitar la oferta odontológica complementaria 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 agregar la opción odontológica complementaria.

Si ya es miembro de Aspire Health Plan, tendrá la oportunidad de agregar a su cobertura de salud actual nuestro plan odontológico complementario durante el próximo período de elección anual (AEP, por sus siglas en inglés).

---

## 12. ¿Qué ocurre si me inscribo para la cobertura odontológica adicional y más adelante ya no la quiero?

No hay problema. Puede cancelar la cobertura odontológica opcional complementaria en cualquier momento del año sin que se vea

afectada la cobertura de su plan de salud. Si decide cancelar el beneficio odontológico complementario, debe presentar una solicitud por escrito ante el plan. Su beneficio odontológico complementario terminará de manera efectiva el primer día del mes siguiente al mes en que le notificó al plan de su intención de cancelar su inscripción en la cobertura odontológica opcional.

### **13. ¿Qué ocurre si me inscribo para la cobertura odontológica opcional y no realizo los pagos de la prima del plan odontológico complementario?**

Siempre y cuando continúe pagando la prima del plan de salud y la prima de la Parte B (a Medicare), permanecerá inscrito en nuestro plan de salud. Sin embargo, el plan puede elegir cancelar el beneficio odontológico complementario por incumplimiento en el pago de la prima del plan odontológico complementario. El plan le notificará e intentará solucionar la situación antes de cancelar el beneficio odontológico complementario por incumplimiento en el pago de la prima del plan odontológico complementario.

#### *Referencias:*

1. Este beneficio no está disponible en todos los planes. Para obtener más detalles, consulte el Resumen de beneficios.
2. Aspire Health Advantage Value (HMO) y Aspire Health Advantage (HMO) cuentan con un deducible para medicamentos de marca y medicamentos especializados (Niveles 3, 4 y 5) en el beneficio de medicamentos con receta. Para obtener más detalles, consulte el Resumen de beneficios.

Aspire Health Plan es un plan HMO y HMO-POS que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Aspire Health Plan depende de la renovación del contrato. La información sobre beneficios que se brinda es un resumen breve, no una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, póngase en contacto con el plan. Pueden aplicarse ciertas limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias, la red de proveedores, la prima o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de cada año. Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.