

Preguntas frecuentes



¿Qué incluye Medicare?

El plan original o tradicional de Medicare incluye la Parte A y Parte B.

La Parte A de Medicare es un seguro de hospital y ayuda a cubrir:

- Atención hospitalaria para pacientes internados
- Atención en un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés)
- Atención de hospicio
- Servicios de salud en el hogar

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

- Servicios de médicos y de otros proveedores de atención médica
- Atención médica ambulatoria
- Equipo Médico Duradero (DME, por sus siglas en inglés)
- Servicios preventivos

¿Cómo funciona Medicare?

Los beneficiarios del Plan Original de Medicare por lo general no pagan una prima mensual por la Parte A de Medicare (seguro de hospital) si ellos o su cónyuge pagaron impuestos de Medicare mientras trabajaban. Sin embargo, aquellos que no califican para la Parte A sin costo aún pueden comprar la Parte A.

La Parte B (seguro médico) requiere que los beneficiarios de Medicare paguen una prima mensual. Esta cantidad puede variar, dependiendo del nivel de ingresos, y a menudo se deduce de su cheque del Seguro Social.

Puede comunicarse con la oficina del Seguro Social para obtener más información sobre las primas de la Parte A y Parte B. Además, hay deducibles y copagos para las Partes A y B de Medicare.

¿Y qué hay sobre los medicamentos con receta?

Para contar con cobertura de medicamentos con receta médica, puede inscribirse en un Plan de Medicamentos con Receta Médica (PDP) independiente o un plan Medicare Advantage Parte C (MAPD) como Aspire Health Plan que incluya la Parte D.

En un plan independiente, los participantes pagan una prima mensual por la cobertura de la Parte D. Pero con Aspire Health Plan, su cobertura de medicamentos con receta médica está incluida en una prima combinada: es todo-en-uno.

¿Por qué elegir un Plan Medicare Advantage en lugar del plan Original de Medicare?

Una tercera parte de los beneficiarios de Medicare están en un plan de Medicare Advantage. Los planes de Medicare Advantage cubren todo lo que cubre el Plan Original de Medicare, y más. Muchos planes de Medicare Advantage, incluyendo los planes de Aspire Health Plan, cubren medicamentos con receta de la Parte D, transporte a las citas, acupuntura y quiropráctica. Y aún mejor, nuestros planes no tienen un deducible anual médico u hospitalario, por lo que está cubierto desde el inicio de su plan. Nuestros bajos copagos y coseguro hacen que sus costos de atención de salud sean predecibles y a menudo le ahorrarán cantidades substanciales de dinero en comparación con el Plan Original de Medicare.

Preguntas frecuentes

¿Qué es un plan coordinado de atención médica?

Un plan coordinado de atención médica proporciona la atención adecuada, en el lugar indicado y en el momento adecuado. Aspire trabaja directamente con sus miembros y sus proveedores de atención médica (médicos, hospitales, farmacias y centros de bienestar) para ayudarle a mantener su buena salud. Considere las personas que luchan por controlar su diabetes y, como resultado, a veces terminan en la sala de emergencia con un nivel de azúcar alto o bajo en la sangre. Nosotros coordinamos con el médico de nuestro miembro para asegurar que se le proporcionen los servicios de educación y monitoreo de la diabetes. Además, podemos asignar a nuestros miembros con diabetes de alto riesgo a una persona encargada de su atención médica, quien puede asistirle y guiarle personalmente.

¿Por qué elegir nuestro Aspire Health Plan en lugar de un plan suplementario de Medicare (Medigap)?

Las compañías de seguros ofrecen seguro suplementario de Medicare. Aspire Medicare Advantage, sin embargo, es más que eso.

- Nuestros planes incluyen la cobertura de medicamentos con receta, lo que nos convierte en una opción todo-en-uno para todas sus necesidades de atención médica, con una sola tarjeta.
- Aspire es un plan coordinado de atención médica diseñado por distinguidos médicos y especialistas locales para mantener y/o mejorar la salud de nuestros miembros. Es un plan de la comunidad para usted
- No solamente nos hacemos cargo de las brechas que Medicare no cubre, como deducibles y coseguro. Nuestro equipo coordinado de proveedores de atención médica administra todo su cuidado incluyendo hospitales, médicos y cobertura de medicamentos con receta

Por último, las primas de los planes suplementarios de Medicare pueden variar ampliamente y, por lo general, no cubren los medicamentos con receta u otros beneficios adicionales, como transporte, membresía al gimnasio, acupuntura, y quiropráctico. Con un plan Medicare Advantage como el nuestro, las primas permanecen sin cambio independientemente de su edad o historial de salud.

¿En qué se diferencia el plan HMO-POS de Aspire de los otros dos planes HMO que Aspire ofrece?

Todos nuestros planes de Medicare Advantage utilizan una red HMO de médicos, especialistas, hospitales y otros proveedores de servicios médicos. Con cualquier Aspire Health Plan, primero usted seleccionará un proveedor de atención primaria (PCP por sus siglas en inglés) de la red aquí en el condado de Monterey, quien le ayudará a coordinar su atención médica.

Todos nuestros planes proporcionan cobertura en todo el país para situaciones de atención de urgencia y de emergencia; así que no se preocupe por emergencias o enfermedades repentinas que puedan surgir cuando viaja. Estará cubierto de la misma manera que está dentro de la red, en cualquier lugar del país.

En nuestros dos planes HMO (Advantage y Value), al recibir atención no sea urgente o de emergencia, usted debe utilizar los proveedores que están en nuestra red.

Al usar nuestro Plan (Plus Plan) HMO Point of Service (POS) en el Condado de Monterey, debe utilizar la red de proveedores para sus servicios de atención médica. Si utiliza proveedores que están en el condado de Monterey pero no son parte de la red del plan, usted 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 Point of Service del plan le proporciona cobertura para que pueda tener acceso a proveedores elegibles para Medicare y a servicios cubiertos por Medicare.



¿Puedo seguir viendo a mi médico?

Aspire se asocia con los cuatro hospitales y más de 700 médicos y otros proveedores en el condado de Monterey. Nuestra red de médicos de atención primaria y especialistas aceptan nuestros planes de Medicare Advantage. Si su médico se encuentra en la lista de proveedores, entonces puede continuar viéndolo. Si no, necesitará elegir otro médico.

Averigüe si su médico es parte de nuestra red visitando nuestro Directorio de Proveedores y Farmacias en www.aspirehealthplan.org.

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

El “derecho de prueba” de Medicare Advantage está diseñado para eliminar la presión de elegir entre una póliza Medigap y un plan de Medicare Advantage. Este derecho de prueba le permite inscribirse en una póliza de Medigap sobre una base de emisión garantizada si se une a un plan Medicare Advantage por primera vez y, dentro del primer año de su inscripción, decide regresar al Plan Original de Medicare y comprar un plan suplementario de Medicare. También puede calificar para un derecho de prueba bajo otras circunstancias. Para más información, por favor visite www.medicare.gov.

¿Cómo me inscribo a los Beneficios Mejorados opcionales?

Es fácil, pero tenga en cuenta que le costará una prima mensual adicional. Si se inscribe en uno de nuestros planes de salud por primera vez, puede elegir la opción de Beneficios Mejorados al mismo tiempo que elija su plan de salud.

Si no elige la cobertura en ese momento, tendrá un período de gracia corto en el cual podrá aún añadir los Beneficios Mejorados, pero debe solicitarlos dentro de los 90 días de la fecha de vigencia del plan de salud. Después que la ventana de 90 días haya pasado, tendrá que esperar hasta el próximo Período de Elección Anual (AEP por sus siglas en inglés) para añadirlos.

¿Qué sucede si me inscribo en los Beneficios Mejorados y luego decido que no los quiero?

No hay problema. Puede cancelar su cobertura de Beneficios Mejorados en cualquier momento durante el año, y esto no afectará la cobertura de su plan de salud. Si decide cancelarlos, deberá presentar una solicitud por escrito al plan. Sus Beneficios Mejorados terminarán el primer día del mes siguiente al mes en que notificó al plan de su intención de cancelarlos.