

2013 National Training Program

Módulo: 11

Planes Medicare Advantage (MA) y Otros Planes



Módulo 11: Planes Medicare Advantage y otros planes

Índice

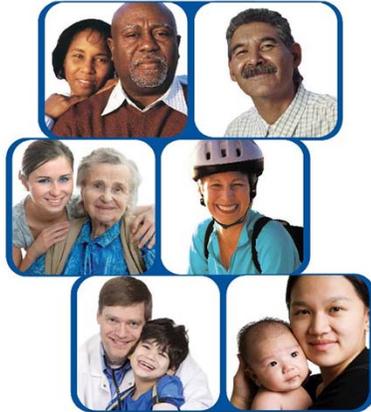
Introducción	1
Objetivos de la sesión	2
Lección 1— Lo básico de los Planes Medicare Advantage	3
¿Qué es un Plan Medicare Advantage?	4
¿Cómo trabajan los planes MA?	5
Los costos del plan Medicare Advantage	7
¿Quién puede inscribirse a un plan MA?	8
Cuándo puede inscribirse o cambiar de plan MA	9
Cuándo puede cancelar los planes MA	12
Derecho a Prueba del Período de Inscripción Especial	13
Tipos de planes Medicare Advantage	14
Plan de Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO)	15
Plan de Organización de Proveedor Preferido (PPO)	16
Plan para Necesidades Especiales (SNP)	17
Plan privado de Pago por Servicio (PFFS)	19
Requisitos de acceso de los PFFS	21
Los Planes Medicare Advantage menos comunes	22
Cambios en las redes de los planes MA	23
Lección 2—Otros planes de Medicare	25
Otros planes de Medicare	26
Planes Medicare de Costo	27
Proyectos Innovadores y Programas Piloto	28
Planes Medicare PACE	29
Lección 3—Derechos, Protecciones y Apelaciones	31
Derechos Garantizados	32
Derechos en los Planes de Salud de Medicare	33
Apelaciones en los planes Medicare Advantage	34
Proceso de apelaciones de la Parte C	35
Proceso de apelación acelerado de los planes de salud de Medicare	36

Apelaciones de los pacientes internados en un Hospital	37
Sus derechos si presenta una apelación a su plan de salud de Medicare.....	38
Índice	
Lección 4—Mercadeo de Partes C y D de Medicare	40
Pautas para Mercadeo de Medicare (MMG)	41
Materiales de Mercadeo	42
Actualizaciones sobre Mercadeo	43
Divulgación de la información del plan a los miembros nuevos y los que renuevan.....	44
Recordatorios sobre regalos nominales	45
Contactos no solicitados al beneficiario	46
Prohibición de ventas cruzadas	47
Recordatorios del alcance de las citas	48
Mercadeo en dependencias médicas	49
Recordatorios de eventos educativos	50
Recordatorios de actividades promocionales.....	51
Licencia y nombramiento de agentes.....	52
Informe sobre agentes despedidos	53
Remuneración de agentes/corredores.....	54
Entrenamiento y evaluación del agente/corredor	55
La vigilancia de CMS del Mercadeo	56
Recursos para más Información	58
Información de contacto del Programa Nacional de Entrenamiento de CMS	59
Acrónimos	60

Este módulo puede presentarse en 1 hora.
Agregue 30 minutos más aproximadamente para
discusión, preguntas y respuestas y las
actividades de aprendizaje.



Programa Nacional de Entrenamiento



Módulo 11 **Planes Medicare** **Advantage (MA) y** **Otros Planes Medicare**

El Módulo 11, *Planes Medicare Advantage y Otros Planes Medicare*, explica las opciones de planes de atención médica de Medicare diferentes al Medicare Original.

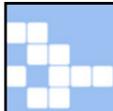
Este módulo de entrenamiento fue desarrollado por los Centros de Servicios Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés), la agencia federal que administra Medicare, Medicaid, el Programa del Seguro Médico para los Niños (CHIP, por su sigla en inglés) y el Mercado de Seguros Médicos. La información en este módulo estaba vigente en Mayo del 2013.

Para consultar las actualizaciones sobre la legislación del seguro médico, visite <http://www.HealthCare.gov>

Para ver la Ley de atención médica asequible (a bajo precio), visite www.HealthCare.gov/law/full/index.html

Para verificar una versión actualizada de este módulo de entrenamiento, visite <http://cms.gov/Outreach-and-Education/Training/CMSNationalTrainingProgram/index.html>

Este conjunto de materiales del Programa Nacional de Entrenamiento CMS no es un documento legal. Las guías legales del Programa Oficial de Medicare están contenidas en las leyes, reglamentos y disposiciones correspondientes.



Objetivos de la Sesión

- Esta sesión lo ayudará a
 - Conocer los planes Medicare Advantage (MA)
 - Definir cómo funcionan los planes MA
 - Entender los requisitos de elegibilidad/inscripción
 - Identificar los tipos de planes MA
 - Identificar otros planes Medicare
 - Reconocer los derechos, protecciones y apelaciones
 - Entender las pautas de Medicare sobre el mercadeo (MMG)

05/01/2013

Planes Medicare Advantage y Otros Planes Medicare

2

Esta sesión lo ayudará a:

- Definir los planes Medicare Advantage (MA)
- Definir cómo funcionan los planes MA
- Entender los requisitos de elegibilidad/inscripción
- Identificar los tipos de planes MA
- Identificar otros planes Medicare
- Reconocer los derechos, protecciones y apelaciones
- Entender las Pautas de Mercadeo de Medicare (MMG)



Lección 1 – Lo básico de los Planes Medicare Advantage

- Definir los planes Medicare Advantage (MA)
- Cómo funcionan los planes MA
- Cuándo puede inscribirse o cambiar de planes
- Tipos de planes de Medicare Advantage (MA)

La Lección 1, *Lo básico de los Planes Medicare Advantage (MA)*, le ayudará a:

- Definir los planes de Medicare Advantage (MA)
- Entender cómo funcionan los planes MA
- Saber cuándo puede inscribirse o cambiar de planes
- Conocer el tipo de planes de Medicare Advantage (MA)

¿Qué es un Plan Medicare Advantage?

- Opciones de planes médicos
 - Aprobados por Medicare
 - Administrados por empresas privadas
- Son parte del programa Medicare
- A veces se les conoce como la “Parte C”
- Ofrecidos en todo el país
- Ofrecen los beneficios cubiertos por Medicare
 - Posiblemente le ofrezcan beneficios adicionales

Los Planes Medicare Advantage (MA, por sus siglas en inglés) son opciones de planes de salud aprobados por Medicare y administrados por compañías privadas. Son parte del programa de Medicare y también se les conoce como la “Parte C”.

Los Planes Medicare Advantage son ofrecidos en muchas partes del país por empresas privadas que firman un contrato con Medicare. Medicare le paga a dichos planes privados para que atiendan a los beneficiarios.

Los Planes Medicare Advantage le brindan los beneficios cubiertos por Medicare a sus miembros a través del plan y pueden ofrecer beneficios adicionales que no están cubiertos por Medicare, como por ejemplo, servicios dentales y de la vista. Estos planes pueden tener reglamentos especiales que sus miembros deben cumplir.

¿Cómo trabajan los planes MA?

- Usted recibe los servicios a través del plan
 - Todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B
 - Algunos planes pueden brindar beneficios adicionales
- La mayoría de los planes incluyen la cobertura de los medicamentos recetados
- Tal vez deba atenderse con médicos/hospitales de la red
- Pueden ser diferente al Medicare Original
 - Beneficios
 - Costos compartidos

En los Planes de Medicare Advantage, usted recibe todos los servicios cubiertos por Medicare para la Parte A y Parte B a través del plan. Algunos planes MA le pueden brindar beneficios adicionales. Muchos planes también incluyen la cobertura de los medicamentos recetados (o sea la cobertura de la Parte D de Medicare).

Con ciertos planes, como las Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud (HMO) usted solamente puede acudir a ciertos médicos o ir a ciertos hospitales.

Los beneficios y costos compartidos en un plan Medicare Advantage pueden ser diferentes a los del Medicare Original.

¿Cómo trabajan los planes MA?- Continuación

- Usted sigue estando en el programa de Medicare
 - Medicare paga el plan cada mes para su atención médica
- Sigue teniendo los derechos y protecciones de Medicare
- Si el plan se retira del programa Medicare
 - Usted puede inscribirse en otro plan MA o
 - Puede volver al Medicare Original

Es importante que sepa que las personas que se inscriben en un plan Medicare Advantage u otro plan de Medicare:

- Siguen estando en el programa de Medicare, Medicare paga para su atención médica cada mes a estos planes de salud privados ya sea que use el servicio o no
- Siguen teniendo los derechos y protecciones de Medicare
- Si el plan decide dejar de participar en Medicare, usted tendrá la oportunidad de inscribirse en otro plan de Medicare Advantage o volver al Medicare Original.

Los costos del plan Medicare Advantage

- Debe seguir pagando la prima de la Parte B
 - Algunos planes le pagarán toda la prima, o parte de ella
 - Existe ayuda estatal para determinadas personas
- Tal vez tenga que pagar una prima mensual adicional
- Usted paga los deducibles, copagos y el coseguro
 - Diferente a Medicare Original
 - Varía con cada plan
 - Es posible que el precio de los servicios que reciba fuera de la red sea mayor

05/01/2013

Planes Medicare Advantage y Otros Planes Medicare

7

Si usted se inscribe en un plan Medicare Advantage tiene que seguir pagando la prima mensual de la Parte B de Medicare. El monto de prima de la Parte B en el 2013 es de \$104.90 para la mayoría de la gente.

- Algunos planes le pagan toda la prima de la Parte B, o parte de ella.
- Algunas personas pueden ser elegibles para la ayuda estatal

Cuando se inscribe a un plan de Medicare Advantage hay otros costos que quizás tenga que pagar, incluyendo:

- Una prima mensual adicional al plan
- Deducibles, los copagos y el coseguro. Estos costos pueden:
 - Ser distintos al Medicare Original
 - Ser diferentes en cada plan
 - Quizás su costo por los servicios que reciba fuera de la red sea mayor

¿Quién puede inscribirse a un plan MA?

- Requisitos de elegibilidad
 - Tener derecho a la Parte A de Medicare (Seguro de Hospital)
 - Estar inscrito en la Parte B de Medicare (Seguro Médico)
 - Vivir en la zona de servicio del plan
 - No debe padecer de una Enfermedad Renal Terminal (ESRD) al inscribirse
- Para inscribirse, usted debe
 - Proporcionarle al plan la información necesaria
 - Aceptar las normas del plan
 - Pertener solamente a un plan Medicare Advantage a la vez

05/01/2013

Planes Medicare Advantage y Otros Planes Medicare

8

Los planes Medicare Advantage (MA) están disponibles para la mayoría de las personas con Medicare. Para poder inscribirse en un plan MA, usted debe tener el derecho a Medicare Parte A (Hospital) e inscribirse en Medicare Parte B (Seguro Médico). Usted también tiene que vivir en la zona geográfica de servicio del plan.

Las personas que padecen de Enfermedad Renal Terminal (ESRD) por lo general no pueden inscribirse en un plan Medicare Advantage u otro plan de Medicare. Sin embargo, hay algunas excepciones. Por ejemplo, a una persona que se le diagnostica ESRD mientras está inscrita en un seguro de grupo del empleador, se le puede permitir inscribirse en un plan MA mientras se sale de la cobertura de grupo sin interrupción entre coberturas. Una persona que recibe un trasplante de riñón y que ya no necesita un tratamiento de diálisis, no se considera una persona con ESRD para propósitos de su elegibilidad para un plan MA.

Para inscribirse en un plan MA, usted también debe:

- Estar de acuerdo en brindarle la información necesaria al plan,
- Aceptar cumplir las normas del plan y
- Pertener a solo un plan Medicare Advantage a la vez.

Para averiguar cuáles son los Planes Medicare Advantage disponibles en su zona, visite www.medicare.gov y haga clic en “Encuentre los Planes de Salud y de Medicamentos” o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

NOTA: Para más información acerca de las excepciones para la inscripción de las personas con ESRD, consulte la Sección 20.2 de la guía de Medicare Advantage sobre inscripción y cancelación www.cms.gov/MedicareMangCareEligEnrol/.

Cuándo puede inscribirse o cambiar de plan MA*	
Período de Inscripción Inicial (IEP)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El período de 7 meses que empieza 3 meses antes de que cumpla 65 ▪ Incluye el mes en que cumple 65 ▪ Termina 3 meses después del mes en que cumple 65
Período de Inscripción Abierta Medicare “Inscripción Abierta”	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Octubre 15 – Diciembre 7 ▪ La cobertura empieza el 1 de enero
*Los planes tienen que estar aceptando nuevos miembros	
05/01/2013	Planes Medicare Advantage y Otros Planes Medicare
	9

Usted puede inscribirse en un plan Medicare Advantage:

- Cuando es elegible para Medicare por primera vez, o sea, durante su Período de Inscripción Inicial (IEP, por sus siglas en inglés), que comienza 3 meses antes de su elegibilidad para la Parte A y la Parte B de Medicare o
- Durante el Período de Inscripción Abierta (OEP)

Usted puede cambiarse a otro plan Medicare Advantage o al Medicare Original durante el Período de Inscripción Abierta, también conocido como la “Inscripción Anual”. Este período va del 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año, y la cobertura empieza el 1º de enero siguiente.

Usted puede inscribirse solamente en un Plan Medicare Advantage a la vez y la inscripción en un plan es generalmente por un año calendario.

- Los planes tienen que estar aceptando nuevos miembros. Los planes pueden estar limitados a aceptar nuevos miembros si existe un límite de capacidad aprobado por CMS o si está en efecto una sanción de inscripción emitida por CMS.

Cuándo puede inscribirse o cambiar de plan

Períodos de Inscripción Especial (SEP)

- Se muda fuera del área de servicio de su plan
- El plan se retira del programa Medicare o reduce su área de servicio
- Cancela o pierde la cobertura del empleador o sindicato
- Ingresa, vive en, o deja una institución para atención médica de largo plazo
- Tiene un SEP continuo si califica para “Ayuda Adicional”
- Perder su estatus de “Ayuda Adicional”
- Se inscribe o se cambia a un plan que tiene calificación de 5 estrellas
- Aviso retroactivo de Subsidio Medicare
- Otras circunstancias excepcionales

05/01/2013

Planes Medicare Advantage y Otros Planes Medicare

10

Usted puede inscribirse o cambiar de planes bajo circunstancias especiales que otorga el Período de Inscripción Especial (SEP, por sus siglas en inglés). Por ejemplo, si usted:

- Se muda fuera del área de servicio de su plan
- Está inscrito en un plan que decide dejar el programa Medicare o reduce su área de servicio al final del año
- Cancela o está perdiendo la cobertura del patrón o del sindicato
- Ingresa, vive en, o deja una institución para atención médica de largo plazo
- Califica para Ayuda Adicional. (Usted tiene un SEP continuo).
- Pierde su status de Ayuda Adicional
- Se inscribe o se cambia a un plan que tiene calificación de 5 estrellas
- Recibe un aviso retroactivo de subsidio de Medicare

NOTA: En el caso de subsidio retroactivo, existen reglas especiales que permiten la inscripción en un plan diferente de Medicare Advantage, o el Medicare Original y una política de Medigap.

Hay otras circunstancias excepcionales. Se puede encontrar más información acerca de estas condiciones en el Capítulo 2 del Manual de Cuidado Administrado por Medicare, Sección 30.4.

Cuándo puede inscribirse o cambiar de plan MA

Período Especial de Inscripción 5 Estrellas (SEP)

- Se puede inscribir en un plan Medicare Advantage (MA), un plan de Medicamentos Recetados (PDP), un plan MA y Cobertura de Medicamentos Recetados (MA-PD) o en un plan de Costo; todos ellos de 5 estrellas
- Inscribirse en cualquier momento durante el año
 - Una vez por año
- El nuevo plan inicia el primer día del siguiente mes de la inscripción
- Las calificaciones por Estrellas se otorgan una vez al año
 - Calificaciones asignadas en octubre del año anterior
 - Use el buscador de planes Medicare para ver las calificaciones de estrellas
 - Observe la calificación del plan total para encontrar planes elegibles

05/01/2013

Planes Medicare Advantage y Otros Planes Medicare

11

Medicare utiliza información de encuestas de opinión de los miembros, de los planes y de los proveedores de atención médica, para otorgar calificaciones de estrellas a los planes. Los planes son calificados de una a cinco estrellas. Una calificación de 5 estrellas está considerada como excelente.

En cualquier momento durante el año, Usted puede usar el SEP de 5 Estrellas para inscribirse en un plan solo Medicare Advantage (MA), un plan de Medicamentos Recetados Medicare (PDP), un plan con Cobertura de Medicamentos Recetados Medicare (MA-PD) o en un plan de Costo; todos ellos de 5 estrellas, mientras cumpla con los requisitos de inscripción del plan (por ejemplo, que viva en el área de servicio). Si está actualmente inscrito en un plan con una calificación de 5 estrellas, usted puede usar este SEP para cambiarse a un plan diferente con una calificación de 5 estrellas.

CMS también ha creado un SEP coordinado para planes de medicamentos recetados. Este SEP le permite a la gente inscrita en ciertos tipos de planes de 5 estrellas sin cobertura de medicamentos, escoger un plan de medicamentos recetados, si esa combinación está permitida bajo las reglas de CMS.

Usted puede usar el SEP de 5 estrellas para cambiar de planes una vez entre el 8 de diciembre y el 30 de noviembre del siguiente año. Una vez que se inscriba en un plan de 5 estrellas, su SEP termina para ese año y le está permitido hacer cambios solo durante los otros períodos apropiados de inscripción. Su inscripción empezará el primer día del siguiente mes en el cual el plan ingresa su solicitud de inscripción.

Los planes obtienen sus calificaciones de estrella una vez al año, en octubre del año anterior. El plan no tendrá realmente la calificación sino hasta el 1 de enero, pero la calificación será asignada en octubre anterior al 1o de enero. Para encontrar información de calificaciones, visite el Buscador de Planes Medicare en www.medicare.gov. Busque la Calificación de Plan Completo para identificar los planes de 5 estrellas a los que puede cambiarse durante su SEP. El manual *Medicare y Usted* no contiene las calificaciones completas y actualizadas para este SEP.

NOTA: Usted puede perder la cobertura de medicamentos recetados si usa este SEP para cambiarse de un plan que si tiene cobertura de medicamentos, a un plan que no la tiene. Usted tendrá que esperar hasta el siguiente periodo que aplique, para obtener la cobertura y podría tener que pagar una multa.

Cuándo puede cancelar los planes MA

Del 1° de enero al 14 de febrero

- Puede cancelar un plan MA
- Puede cambiarse al Medicare Original
 - La cobertura comienza el primero del mes después del cambio
- Puede inscribirse en un plan de la Parte D
 - La cobertura de medicamentos empieza el primer día del mes después de que el plan reciba su solicitud
- No puede inscribirse en otro plan MA durante este período

05/01/2013

Planes Medicare Advantage y Otros Planes Medicare

12

Si usted está inscrito en un plan MA, puede cambiarse al Medicare Original entre el 1º de enero y el 14 de febrero. Si usted regresa al Medicare Original durante este período, la cobertura de su plan entrará en vigencia el primer día del mes a partir de la fecha en que se hizo la elección o el cambio.

Para cancelar su plan MA y regresar al Medicare Original durante este período, usted puede:

- Pedir el cambio directamente a la organización MA
- Llamar a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si usted hace este cambio, también puede inscribirse en un PDP para añadir la cobertura de medicamentos. La cobertura de medicamentos empieza el primer día del mes después de que el plan reciba el formulario de inscripción.

Usted no puede inscribirse a otro plan de Medicare Advantage durante este período.

Es importante recordar que siempre que se inscriba a un nuevo plan Medicare Advantage o a un plan de Medicamentos Recetados, esto automáticamente lo cancela de sus planes previos. Esto incluye los planes de HMO –sólo MA y PPO. Sin embargo, hay excepciones limitadas para miembros de los planes de PFFS–sólo MA, planes de Costo y de MSA. Una vez inscrito, la cobertura empieza el primer día del mes siguiente al que el plan reciba el formulario de inscripción.

Derecho a Prueba del Período de Inscripción Especial

- Personas que se inscriben en un Plan MA por primera vez
 - Cuando recién son elegibles a los 65 años, o
 - Se retiran del Medicare Original y cancelan Medigap
- Pueden cancelar su Plan MA durante los primeros 12 meses
 - Se inscriben en Medicare Original
 - Derecho garantizado de compra de una póliza Medigap

05/01/2013

Planes Medicare Advantage y Otros Planes Medicare

13

Existen derechos especiales de prueba para un Período de Elección Especial (SEP, por sus siglas en inglés) disponibles para las personas que se han inscrito en un Plan Medicare Advantage por primera vez. Usted es elegible para este derecho de prueba ya sea si:

- Se inscribió en un Plan MA cuando fue elegible para Medicare por primera vez a los 65 años, o
- Estaba en el Medicare Original, se inscribió en un Plan MA por primera vez y canceló su póliza Medigap.

El derecho de prueba le permite cancelar su plan MA durante los primeros 12 meses para regresar al Medicare Original. También tiene el derecho garantizado de compra de una póliza Medigap (Seguro Suplementario a Medicare).

Tipos de planes Medicare Advantage

- Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO)
- HMO con opción de punto de servicio (HMOPOS)
- Organización de Proveedor Preferido (PPO)
- Plan para Necesidades Especiales (SNP)
- Plan Privado de Pago-por-Servicio (PFFS)
- Plan Medicare de Cuenta de Ahorros Médicos (MSA)

Existen seis tipos de planes Medicare Advantage, incluyendo:

- Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO)
- HMO con opción de punto de servicio (HMOPOS)
- Organización de Proveedor Preferido (PPO)
- Plan para Necesidades Especiales (SNP)
- Plan Privado de Pago-por-Servicio (PFFS)
- Plan Medicare de Cuenta de Ahorros Médicos (MSA)

Plan de Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO)	
¿Puedo obtener los servicios de cualquier médico u hospital?	No. Por lo general usted debe obtener los servicios de los médicos, hospitales y proveedores de la red (con la excepción de cuidado de emergencia, atención urgente fuera del área de servicio, o diálisis fuera del área de servicio). En algunos planes, usted puede usar proveedores fuera de la red para ciertos servicios, por lo general a un precio más alto. Esto se llama un plan HMO con una opción de punto de servicio.
¿Cubren los medicamentos recetados?	Sí, en la mayoría de los casos. Pregúntele a su plan. Si desea esta cobertura, tiene que inscribirse en un plan HMO que la ofrezca.
¿Debo escoger un médico de cabecera?	Sí, en la mayoría de los casos.
¿Necesito una orden para consultar un especialista?	Sí, en la mayoría de los casos. Ciertos servicios, como una mamografía anual, no requieren ser remitidos.
¿Qué más debo saber sobre este tipo de plan?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si su médico se retira del plan, le avisarán para que pueda elegir otro médico ▪ Si recibe servicios fuera de la red del plan, tal vez tenga que pagar el costo completo. ▪ Es importante que siga las reglas del plan, como conseguir autorización previa para ciertos servicios cuando sea necesario.
05/01/2013	Planes Medicare Advantage y Otros Planes Medicare
	15

En un Plan HMO por lo general usted debe recibir su cuidado y servicios de los médicos y hospitales de la red del plan (con la excepción de cuidado de emergencia, atención urgente fuera del área de servicio, o diálisis fuera del área de servicio). En ciertos planes, usted podrá atenderse fuera de la red, usualmente por un costo más elevado. A esto se le llama una HMO con opción POS.

En la mayoría de los casos se cubren las medicinas recetadas. Pregúntele al plan. Si usted desea cobertura de los medicamentos recetados, deberá inscribirse en un Plan HMO que la ofrezca.

En la mayoría de los casos usted debe escoger un médico de cabecera y debe conseguir ser remitido para consultar con un especialista. Determinados servicios, tales como las mamografías anuales no requieren ser remitidos.

Si su médico se retira del plan, su plan se lo avisará y usted podrá escoger otro médico del plan.

Si usted obtiene los servicios fuera de la red del plan, es posible que tenga que pagar el costo completo.

Es importante que cumpla las normas del plan, tal como obtener una aprobación previa para determinado servicio, cuando sea necesario.

Los planes MA pueden variar. Lea los materiales del plan con detenimiento para asegurarse de que entiende sus reglamentos. Es posible que quiera contactar al plan para averiguar si el servicio que usted necesita está cubierto, y cuánto cuesta.

Plan de Organización de Proveedor Preferido (PPO)	
¿Puedo obtener mis servicios de cualquier médico u hospital?	Sí, en la mayoría de los casos. Los PPO tienen médicos, otros proveedores de atención médica y hospitales en la red, pero usted puede también usar proveedores fuera de la red para servicios cubiertos, usualmente por un costo adicional.
¿Cubren los medicamentos recetados?	Sí, en la mayoría de los casos. Pregúntele al plan. Si quiere cobertura de sus medicamentos recetados, debe inscribirse en un plan PPO que la ofrezca.
¿Debo escoger un médico de cabecera?	No
¿Necesito una orden para consultar un especialista?	En la mayoría de los casos, no.
¿Qué más debo saber sobre este tipo de plan?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los planes PPO no son lo mismo que el Medicare Original o el Medigap. ▪ Los planes Medicare PPO usualmente ofrecen beneficios adicionales que el Medicare Original, pero tal vez tenga que pagar un costo extra por estos beneficios.
05/01/2013	Planes Medicare Advantage y Otros Planes Medicare
	16

En un Plan Medicare PPO usted tiene los médicos y hospitales de la red PPO, pero también puede usar proveedores fuera de la red para servicios cubiertos, usualmente por un costo más elevado.

En la mayoría de los casos se cubren los medicamentos recetados. Pregúntele al plan. Si usted quiere cobertura de medicamentos recetados, debe inscribirse en un Plan PPO que ofrezca dicha cobertura.

Usted no tiene que escoger un médico de cabecera y no tiene que ser remitido para ver un especialista.

Los Planes PPO no tienen las mismas políticas que el Medicare Original o el Medigap (Seguro Suplementario Medicare) y los planes en su área pueden variar. Lea los materiales del plan con detenimiento para asegurarse de que entiende las reglas del plan. Es posible que quiera contactarse con el plan para averiguar si el servicio que usted necesita está cubierto, y cuánto cuesta.

Los planes Medicare PPO pueden también ofrecer beneficios adicionales que no están disponibles bajo el Medicare Original, pero tal vez tenga que pagar un costo extra por estos beneficios.

Plan para Necesidades Especiales (SNP)	
¿Puedo obtener los servicios de cualquier médico u hospital?	Por lo general usted debe obtener su cuidado y servicios de los médicos, hospitales y proveedores de la red del plan (excepto el cuidado de emergencia, cuidado urgente o diálisis fuera de la red).
¿Cubren los medicamentos recetados?	Sí. Todos los SNP deben brindarle la cobertura de los medicamentos recetados de Medicare (Parte D).
¿Debo escoger un médico de cabecera?	Por lo general, sí.
¿Necesito una orden para consultar un especialista?	Sí, en la mayoría de los casos. Hay ciertos servicios, por ejemplo las mamografías, que no requieren una recomendación.

05/01/2013 Planes Medicare Advantage y Otros Planes Medicare 17

Los Planes Medicare para Necesidades Especiales (SNP, por sus siglas en inglés) son planes Medicare Advantage diseñados para brindar atención médica enfocada en un aspecto de la salud, a través de proveedores especializados de los proveedores del plan y con beneficios hechos a la medida para tratar las condiciones de los afiliados.

Por lo general usted debe obtener los servicios de médicos, otros proveedores de atención médica u hospitales dentro de la red del plan (con la excepción del cuidado de emergencia, cuidado urgente fuera del área, o diálisis fuera del área).

Todos los SNP deben proveer cobertura de medicamentos recetados Medicare de la Parte D.

Por lo general usted tiene que escoger un médico de cabecera.

En la mayoría de los casos, necesita una recomendación para ver al especialista. Determinados servicios, tal como las mamografías anuales no requieren una orden de su médico de cabecera.

Planes para Necesidades Especiales (SNP)

¿Qué más debo saber sobre este tipo de plan?

- El plan debe limitar su inscripción únicamente a las personas de uno de los grupos siguientes:
 - Los que viven en determinadas instituciones
 - Personas elegibles tanto para Medicare como Medicaid
 - Personas con una o más condiciones crónicas o discapacitadas
- El plan puede limitar aún más los grupos a los que atiende
- El plan debe coordinar los servicios y proveedores que usted necesita
- El plan debe verificar que los proveedores que usted usa acepten Medicaid, si usted tiene Medicare y Medicaid
- El plan debe asegurarse de que los proveedores del plan atiendan donde usted vive, si usted vive en una institución.

05/01/2013

Planes Medicare Advantage y Otros Planes Medicare

18

Otra información que debe saber sobre los Planes para Necesidades Especiales (SNP):

- El plan debe limitar su membresía a las personas en los siguientes grupos:
 - Personas que viven en determinadas instituciones (como un asilo para ancianos) o que requieren servicios de enfermería en el hogar, o
 - Personas elegibles tanto para Medicare como Medicaid, o
 - Personas con una o más condiciones crónicas o incapacitadas, como diabetes, insuficiencia cardíaca congestiva, una condición de salud mental, VIH/SIDA.
- Los planes pueden limitar aún más la inscripción dentro de dichos grupos.
- Los planes deben coordinar los servicios y proveedores que usted necesita para mantenerse saludable y seguir las órdenes de su médico.
- Si usted tiene Medicare y Medicaid, su plan debe asegurarse de que todos los médicos del plan u otros proveedores de salud que usted usa aceptan Medicaid.
- Si usted vive en una institución, asegúrese de que los médicos del plan u otros proveedores de salud atienden a las personas donde usted vive.

Los planes MA pueden variar. Lea los materiales de los planes individuales atentamente para asegurarse de que entiende las normas del plan. Es posible que quiera comunicarse con el plan para averiguar si el servicio que usted necesita está cubierto, y cuánto cuesta.

Plan privado de Pago por Servicio (PFFS)

¿Puedo obtener los servicios de cualquier médico u hospital?	Si, en algunos casos. Usted puede acudir a cualquier médico u hospital aprobado por Medicare que acepta los términos de pago del plan y está de acuerdo en tratarlo. No todos los proveedores lo harán. Si usted se inscribe en un plan PFFS que tiene una red, puede acudir a cualquier proveedor de la red que haya acordado brindarle tratamiento a los miembros del plan siempre. También puede elegir un proveedor u hospital que esté fuera de la red, que acepte los términos del plan, pero tal vez tenga que pagar más.
¿Cubren los medicamentos recetados?	A veces. Si su Plan PFFS no ofrece cobertura para medicamentos recetados, usted puede inscribirse en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados (Parte D) para obtenerla.
¿Debo escoger un médico de cabecera?	No.
¿Necesito una orden para consultar un especialista?	No.
05/01/2013	Planes Medicare Advantage y Otros Planes Medicare 19

En un Plan Privado de Pago-por-Servicio de Medicare (PFFS, por sus siglas en inglés) usted puede ir a cualquier médico, otro proveedor de atención médica u hospital aprobado por Medicare que acepte los términos de pago del plan y acepte tratarlo. No todos los proveedores lo harán.

Si usted se inscribe en un plan PFFS que tiene una red, puede ser atendido por cualquier proveedor de la red que siempre haya aceptado tratar a los miembros del plan. También puede elegir un médico, hospital u otro proveedor que esté fuera de la red y que acepte las normas del plan, pero tal vez tenga que pagar más.

Los medicamentos recetados a veces están cubiertos. Si su Plan PFFS no ofrece la cobertura de los medicamentos recetados, usted puede inscribirse en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados para obtenerla.

No necesita escoger un médico de cabecera, ni necesita ser remitido para ver a un especialista.

Además, todos los planes PFFS de no empleadores deben cumplir los requisitos de acceso de Medicare mediante contratos con proveedores, si existen dos o más planes MA basados en red.

Plan privado de Pago por Servicio (PFFS)

¿Qué más debo saber sobre este tipo de plan?

- No son lo mismo que el Medicare Original
- El plan decide cuánto debe pagar por los servicios.
- Algunos Planes PFFS tienen una red de proveedores que están dispuestos a brindarle atención siempre, aunque nunca lo hayan atendido antes.
- Los proveedores que están fuera de la red pueden decidir no atenderlo, aunque lo hayan atendido anteriormente.
- Por cada servicio que obtenga, asegúrese de que sus proveedores están de acuerdo en atenderlo bajo su plan y que aceptan los términos de pago del plan.
- En caso de emergencia, los médicos, hospitales y proveedores tienen que tratarlo.

05/01/2013

Planes Medicare Advantage y otros planes Medicare

20

Lo que necesita saber sobre el Plan Privado de Pago-por-Servicio de Medicare (PFFS):

- Los Planes PFFS no son lo mismo que Medicare Original.
- El plan decide la cantidad que usted tiene que pagar por los servicios.
- Algunos Planes PFFS contratan una red de proveedores que siempre aceptan tratarlo aunque usted nunca los haya visto antes.
- Los médicos, hospitales o proveedores que están fuera de la red pueden decidir no tratarlo, aunque usted los haya visto anteriormente.
- Para cada servicio que obtenga, asegúrese que su médico, hospital u otro proveedor acepte tratarlo bajo su plan y que acepta los términos de pago del plan.
- En una emergencia, los médicos, hospitales y otros proveedores tienen que tratarlo.

Los Planes Medicare Advantage pueden variar. Lea los materiales de los planes individuales atentamente para asegurarse de que entiende las normas del plan. Quizás quiera comunicarse con el plan para averiguar si el servicio que usted necesita está cubierto, y cuánto cuesta.

Requisitos de acceso de los PFFS

- Los planes PFFS de un empleador deben cumplir los requisitos de acceso
- Los planes pueden cumplir estos requisitos
 - Mediante una red contratada de proveedores
- En donde existan dos o más opciones de plan MA con una red de proveedores:
 - Los planes PFFS que no sean ofrecidos por un empleador, deben cumplir los requisitos de acceso por medio de contratos con los proveedores.

Los requisitos de acceso a Medicare existen para garantizar que los beneficiarios tengan acceso a un número suficiente de proveedores en su área, que están dispuestos a tratarlos.

Requisitos de acceso:

- A los planes PFFS que sean ofrecidos por un empleador/sindicato se les requiere establecer contratos con un número suficiente de proveedores en todas las categorías de servicio en sus áreas de servicio.
- Los planes PFFS que no sean ofrecidos por un empleador pero estén en zonas de la red, deben contratar una cantidad suficiente de proveedores en todas las categorías de servicio para poder operar. Las zonas de la red son aquellas en las que hay al menos dos planes en la red que estén operando y aceptando miembros en ese año.

Los Planes Medicare Advantage menos comunes

- Plan HMO con Opción de Punto de Servicio (HMOPOS)
 - Puede permitir los servicios de fuera de la red
- Planes de Cuentas de Ahorros Médicos (MSA)
 - Combinan un plan con un deducible alto y una cuenta bancaria
 - Medicare deposita dinero en la cuenta
 - Usted usa el dinero para pagar por sus servicios médicos

Otros tipos menos comunes de Planes MA incluyen:

- Planes HMO con Opción de Punto de Servicio (HMOPOS)—Un plan que le permite obtener ciertos servicios fuera de la red por un costo más elevado.
- Planes Medicare de Cuenta de Ahorros Médicos (MSA) – Un plan que combina un plan de salud con un deducible alto con una cuenta bancaria. Medicare deposita dinero en la cuenta y usted usa el dinero para pagar por los servicios médicos.

Para más información sobre los MSA, visite

www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11206.pdf para ver el folleto “*Su Guía sobre los Planes Medicare de Cuentas de Ahorros Médicos*”. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para que le envíen un ejemplar por correo. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Cambios en las redes de los planes MA

- Muchos tipos de planes MA tienen redes de proveedores
- Los planes pueden cambiar las redes a mitad del año
 - El plan debe avisarles a los beneficiarios cuyos proveedores puedan verse afectados
 - 30 días antes de la terminación
 - Debe mantener un acceso adecuado de los servicios
 - Debe proteger a los beneficiarios de interrupciones en su cuidado médico
- Los cambios a la red que se hagan a mitad del año no son un motivo para otorgarle un SEP

05/01/2013

Planes Medicare Advantage y Otros Planes Medicare

23

Los planes Medicare Advantage con una red de proveedores (por ejemplo, los planes HMO, PPO y PFFS con redes) pueden realizar cambios a su red de proveedores contratados en cualquier momento durante el año. Es importante notar que CMS toma los recaudos necesarios para garantizarle a los beneficiarios que su atención médica no tendrá interrupciones.

Por ejemplo, CMS requiere que los planes mantengan una continuidad en su cuidado para los beneficiarios afectados asegurándoles acceso continuo a los servicios necesarios por razones médicas, sin interrupción, si el beneficiario de Medicare tiene una condición que lo requiere.

Cuando los planes MA hacen cambios a sus redes, CMS también los obliga a que mantengan un acceso adecuado a los servicios necesarios por razones médicas de las Partes A y B a través de los proveedores que permanecen en la red. Si el resto de la red no satisface los estándares de acceso y disponibilidad de Medicare, los planes tienen que agregar nuevos proveedores para satisfacerlos.

Cuando un plan MA realiza un cambio en su red de proveedores, tiene que notificárselo por escrito a los beneficiarios que se atienden constantemente con un proveedor a quien se le está acabando el contrato. Este aviso tiene que ser brindado por lo menos 30 días antes de que se le termine el contrato al proveedor. En el aviso, el plan debe incluir una lista de proveedores alternativos para permitir que los beneficiarios escojan otro proveedor.

Perder un proveedor de la red durante el año, no es una razón para una Excepción de Inscripción/Período Especial de Elección.

Antes de terminar su contrato sin causa, una organización MA y un proveedor contratado deben notificárselo al otro por escrito por lo menos 60 días antes de la terminación. El contrato entre el plan MA y el proveedor puede incluir una cláusula por la cual la notificación de terminación sin causa, deba hacerse con más antelación.

CMS no toma parte en las disputas contractuales entre los planes y proveedores.



Verifique sus conocimientos – Lección 1

1. Los planes Medicare Advantage a veces son llamados:
 - a. Parte A
 - b. Parte B
 - c. Parte C
 - d. Parte D

2. Jorge está actualmente inscrito en el Medicare Original. En junio, él decide que le gustaría inscribirse en un plan MA con una calificación general de 5 Estrellas. ¿Puede hacerlo?
 - a. No, él no es elegible para un plan MA
 - b. No, él debe esperar al Período de Inscripción Abierta (Oct. 7-Dic. 15)
 - c. Sí, solo si él se mudara fuera del área de servicio de su plan actual
 - d. Sí, él se puede inscribir en un plan MA de 5 Estrellas en cualquier momento durante el año.

05/1/2013

Planes Medicare Advantage y Otros Planes Medicare

24

1. Los planes Medicare Advantage (MA) a veces son llamados:
 - a. Parte A
 - b. Parte B
 - c. Parte C
 - d. Parte D

RESPUESTA: c. Los planes Medicare Advantage (MA) son parte del programa Medicare y a veces son llamados Parte C.

2. Jorge está actualmente inscrito en el Medicare Original. En junio, él decide que le gustaría inscribirse en un plan MA con una calificación global de 5 Estrellas. ¿Puede hacerlo?
 - a. No, él no es elegible para un plan MA
 - b. No, él debe esperar al Período de Inscripción Abierta (Oct. 7-Dic. 15)
 - c. Sí, solo si él se mudara fuera del área de servicio de su plan actual
 - d. Sí, él se puede inscribir en un plan MA de 5 Estrellas en cualquier momento durante el año.

RESPUESTA: d. Usted puede inscribirse en un plan Medicare Advantage de 5 Estrellas en cualquier momento durante el año, siempre que cumpla con los requisitos de inscripción del plan. (p.11)

 **Lección 2 - Otros planes de Medicare**

- Planes Medicare de Costo
- Proyectos innovadores y Programas Piloto de Medicare
- PACE (Programas de Cuidado Total de Salud para Ancianos)

05/01/2013 Planes Medicare Advantage y Otros Planes Medicare 25

La Lección 2, *Otros Planes de Medicare*, provee información sobre:

- Planes Medicare de Costo
- Proyectos innovadores de Medicare (demostraciones y programas piloto)
- PACE (Programas de Cuidado Total de Salud para Ancianos)

Otros planes de Medicare

- No son parte de Medicare Advantage
- Siguen siendo parte de Medicare
- Algunos brindan cobertura de la Parte A y/o la Parte B
- Algunos brindan la cobertura de la Parte D

Algunos tipos de planes Medicare que le ofrecen cobertura médica no son planes Medicare Advantage, pero siguen siendo parte del programa Medicare. Algunos le ofrecen cobertura de la Parte A (seguro de hospital) y/o la Parte B (seguro médico) y algunos también ofrecen la cobertura de la Parte D (cobertura de los medicamentos recetados). Estos planes tienen algunas de las mismas normas que los Planes Medicare Advantage. Algunas de estas normas se explican brevemente en las siguientes páginas. Sin embargo, cada tipo de plan tiene normas y excepciones especiales y usted debe comunicarse con el plan si desea más detalles.

NOTA: Las páginas siguientes le ofrecen un resumen breve de cada uno de los otros tipos de planes Medicare. Se sugiere a los instructores agregar diapositivas e información específica sobre los planes disponibles de su zona.

Planes Medicare de Costo

- Disponibles en áreas limitadas
- Debe tener la Parte B para inscribirse
- Puede acudir a un proveedor que no está en la red
 - Los servicios estarán cubiertos bajo Medicare Original
- Puede inscribirse en cualquier momento que estén aceptando nuevos miembros
- Puede cancelar en cualquier momento y volver al Medicare Original
- Puede obtener la cobertura de las recetas médicas
 - Del plan (si la ofrece)
 - Inscribiéndose a un plan de medicamentos recetados de Medicare separado

05/01/2013

Planes Medicare Advantage y Otros Planes Medicare

27

Los Planes Medicare de Costo son un tipo de plan médico disponible solo en ciertas partes del país.

- Usted puede inscribirse aunque sólo tenga la Parte B.
- Si usted acude a un proveedor que no forma parte de la red del plan, los servicios serán cubiertos por el Medicare Original. Usted pagaría la prima de la Parte B y el coaseguro y deducibles de las Partes A y B.
- Puede inscribirse en un Plan Medicare de Costo en cualquier momento que esté aceptando nuevos miembros
- Puede cancelarlo en cualquier momento y regresar a Medicare Original.
- Puede obtener la cobertura de Medicamentos Recetados del plan (si la ofrece) o puede inscribirse en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados para agregar dicha cobertura. Usted únicamente puede añadir o cancelar la cobertura de Medicamentos Recetados en ocasiones determinadas.

Para más información acerca de los Planes Medicare de Costo, contacte al plan de su interés. Su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés) también le puede brindar más información. También puede visitar www.medicare.gov en la red.

Proyectos Innovadores y Programas Piloto

- Proyectos especiales para evaluar mejoras a la
 - Cobertura de Medicare
 - Pagos
 - Calidad de los servicios
- La elegibilidad normalmente está limitada
 - Un grupo de personas específicas o una zona específica del país
- Ejemplos de como ayudan a modificar Medicare
 - Plan MA para los pacientes con ESRD
 - Nuevos servicios preventivos de Medicare

Los Proyectos Innovadores y Programas Piloto de Medicare son proyectos especiales que evalúan mejoras en la cobertura, los pagos y la calidad de los servicios de Medicare. Usualmente son para grupos específicos y/o se ofrecen únicamente en áreas específicas. Algunos siguen las normas de los Planes Medicare Advantage, pero otros no. Los resultados de los proyectos innovadores han ayudado a darle forma a muchos de los cambios en Medicare a lo largo de los años.

Hable con personal del proyecto o del programa piloto para conseguir más información acerca de cómo funciona.

Para más información, visite www.cms.hhs.gov/DemoProjectsEvalRpts/ o www.medicare.gov en Internet, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Nota: El instructor puede agregar información específica o aportar un ejemplo.

Planes Medicare PACE

- Programas de Cuidado Total de la Salud para Ancianos
- Combina servicios para ancianos frágiles
 - Servicios médicos, sociales, cuidado a largo plazo
 - Incluye la cobertura de los medicamentos recetados
- Una alternativa al asilo para ancianos
- Sólo en los estados que lo ofrecen bajo Medicaid
- Los criterios de elegibilidad varían en cada estado
 - Comuníquese con la oficina estatal de Ayuda Médica para más información

05/01/2013

Planes Medicare Advantage y Otros Planes Medicare

29

Los Programas de Cuidado Total de la Salud para Ancianos (PACE, por sus siglas en inglés) combinan los servicios médicos, sociales y de cuidado a largo plazo para ancianos frágiles que viven y reciben cuidado médico en la comunidad. Los programas de PACE brindan todos los servicios médicos necesarios y los medicamentos recetados. Para algunas personas PACE puede ser una mejor opción que un asilo para ancianos. PACE es un programa conjunto de Medicare y Medicaid que puede estar disponible en estados que han elegido ofrecerlo como un beneficio opcional de Medicaid. Los requisitos de elegibilidad para PACE varían de estado a estado.

Llame a su oficina de Ayuda Médica Estatal (Medicaid) para averiguar sobre su elegibilidad y si hay un programa PACE donde usted vive.

NOTA: El instructor puede mencionar ciertos planes locales.



Verifique sus conocimientos – Lección 2

1. Linda participa en un Programas de Cuidado Total de la Salud para Ancianos (PACE). ¿Qué clase de servicios están coordinados para ella bajo PACE?
 - a. Cobertura de medicamentos recetados
 - b. Servicios médicos
 - c. Servicios sociales
 - d. Servicios de transportación
 - e. Todo lo anterior

05/1/2013

Planes Medicare Advantage y Otros Planes Medicare

30

1. Linda participa en un Programas de Cuidado Total de la Salud para Ancianos (PACE). ¿Qué clase de servicios están coordinados para ella bajo PACE?
 - a. Cobertura de medicamentos recetados
 - b. Servicios médicos
 - c. Servicios sociales
 - d. Servicios de transportación
 - e. Todo lo anterior

RESPUESTA: e. Todo lo anterior. PACE combina los servicios médicos, sociales y de cuidado a largo plazo para ancianos frágiles que viven y reciben atención médica en la comunidad. PACE provee todos los servicios médicos necesarios, incluyendo los medicamentos recetados.



Lección 3 - Derechos, Protecciones y Apelaciones

- Derechos y Protecciones garantizados
- Apelaciones
- Avisos Requeridos

La Lección 3, *Derechos, Protecciones y Apelaciones*, le brinda información sobre :

- Derechos y Protecciones garantizados
- Apelaciones
- Avisos Requeridos

Derechos Garantizados

- Para obtener los servicios médicos necesarios
- Para recibir información fácil de entender
- A que su información médica personal se mantenga confidencial

Toda persona con Medicare tiene garantizados ciertos derechos y protecciones. Los tienen sin importar si están en Medicare Original, en un Plan MA, u otro plan de Medicare, si tienen un plan de medicamentos de Medicare, o si tienen una póliza Medigap.

Se garantizan los siguientes derechos:

- A obtener servicios de cuidado de salud necesarios
- A recibir información que es fácil de entender
- A que su información médica personal se mantenga confidencial

Derechos en los Planes de Salud de Medicare

- Opciones de proveedores de la salud
- Acceso a los proveedores de la salud (plan de tratamiento)
- Saber cómo le pagan a sus médicos
- Un proceso de apelación justo, eficiente y rápido
- Proceso para quejas
- Información sobre la cobertura/pago antes de recibir el servicio
- La confidencialidad de su información médica personal

05/01/2013

Planes Medicare Advantage y Otros Planes Medicare

31

Si usted está inscrito en un plan de salud de Medicare, además de los derechos y protecciones mencionados anteriormente, usted tiene el derecho a:

- Elegir a los proveedores del plan para que le brinden atención médica.
- Recibir un plan de tratamiento de su médico si tiene una condición médica compleja o grave. Un plan de tratamiento le permite ver a un especialista directamente dentro del plan las veces que usted y su médico consideren necesario. Las mujeres tienen el derecho de acudir a un especialista de servicios para la mujer dentro del plan para servicios rutinarios y preventivos, sin una orden de su médico.
- Saber cómo le pagan a sus médicos si usted se lo pregunta al plan. Medicare no le permite a un plan que pague a los médicos de una forma que interfiera con su acceso a los servicios que necesita.
- Un proceso de apelación justo, eficiente y rápido para resolver problemas de pago y cobertura con su plan. Usted tiene el derecho de pedirle a su plan que le cubra o pague por un servicio que cree que le deben cubrir, brindar o continuar.
- Presentar una queja sobre otros problemas con su plan, por ejemplo, si usted cree que las horas de atención de su plan deben cambiar o no hay suficientes especialistas en el plan como para ayudarlo. Vea los materiales del plan o llame a su plan para averiguar cómo se presenta una queja.
- Recibir una decisión de cobertura o información sobre su cobertura antes de obtener los servicios para saber si su plan los cubrirá o para recibir información sobre las normas de cobertura de su plan. También puede llamar a su plan si tiene preguntas sobre sus derechos y protecciones del cuidado en el hogar. Su plan tiene la obligación de responder a sus preguntas.
- La confidencialidad de su información médica personal.
- Para más información, lea los materiales de su plan o llame al plan.

Apelaciones en los planes Medicare Advantage

- El plan tiene que informarle por escrito cómo apelar, si
 - No quiere pagar por un servicio
 - No permite un servicio
 - Termina o reduce el programa de tratamiento
- Puede pedir una decisión rápida (acelerada)
 - El plan debe tomar una decisión dentro de 72 horas
- Vea los documentos que le envía el plan
 - Incluye las instrucciones sobre cómo tramitar una apelación o queja

05/01/2013

Planes Medicare Advantage y Otros Planes Medicare

32

El plan tiene que informarle a sus miembros por escrito cómo apelar. Pueden apelar si el plan no paga, no autoriza, o termina o reduce el tratamiento que ellos creen que se debe continuar o estar cubierto. Si creen que su salud corre peligro mientras esperan una decisión sobre algún servicio, deben solicitar una apelación acelerada.

Si la solicitud para una apelación acelerada la presenta o convalida un médico, el plan tiene que tomar una decisión dentro de 72 horas. El miembro o el plan pueden aumentar el plazo hasta 14 días para recopilar más información médica. Después de que usted haya apelado, el plan revisará su decisión. Posteriormente, si el plan no decide a favor del miembro, una organización independiente que trabaja para Medicare, -no para el plan- evaluará la decisión. Vea los documentos del plan o comuníquese con el plan para más detalles sobre sus derechos de apelación bajo Medicare.

Proceso de apelación acelerado de los planes de salud de Medicare

- *Aviso de No-Cobertura de Medicare*
 - El proveedor debe entregarlo por lo menos 2 días antes de que termine su cuidado de salud
- Si usted cree que los servicios van a terminar demasiado pronto
 - Comuníquese con su Organización para Mejoras de la Calidad (QIO)
- La QIO debe avisarle sobre su decisión
 - Para el final del día laborable después de haber recibido toda la información necesaria

05/01/2013

Planes Medicare Advantage y Otros Planes Medicare

34

Con el proceso de Apelaciones aceleradas del plan de salud de Medicare:

- Usted tiene el derecho a pedirle a su plan que le brinde o pague por un servicio cubierto por Medicare que usted cree debería continuar en un centro de enfermería especializada, de una agencia de cuidado de salud en el hogar, o en un centro integral de rehabilitación ambulatorio.
- Su proveedor debe entregarle un *Aviso de No-Cobertura de Medicare* por lo menos 2 días antes de que termine su cuidado de salud en un Centro de Enfermería Especializada (SNF), Centro Integral de Rehabilitación Ambulatoria (CORF), o auxiliar de cuidado de salud en el hogar (HHA).

Si usted cree que los servicios van a terminar demasiado pronto, contacte a su Organización para Mejoras de la Calidad (QIO) a más tardar para el mediodía del día antes de que se terminen los servicios cubiertos por Medicare, para solicitar una apelación acelerada. Consulte su aviso para averiguar cómo contactar a su QIO y para obtener otra información importante.

La QIO debe avisarle sobre su decisión antes del final del día laborable después de haber recibido toda la información necesaria.

El plan debe darle una *Explicación Detallada de No-Cobertura*. Este aviso le explicará por qué se está terminando la cobertura.

Usted tiene el derecho a pedir una reconsideración por parte del QIO si no está satisfecho con los resultados de la apelación acelerada.

Apelaciones de los pacientes internados en un Hospital

- El proveedor/plan debe proveer una Notificación de Medicare de Alta y Derechos de Apelación (NODMAR, por sus siglas en inglés)
 - Por lo menos el día antes de la terminación de servicios si:
 - El paciente no está de acuerdo con la decisión de darle de baja
 - El proveedor/plan reduce el nivel de cuidado del afiliado
- Apelar ante la QIO para el mediodía del primer día después del Aviso NODMAR
- Decisión de la QIO usualmente dentro de 2 días
 - El paciente se queda en el hospital
 - No tiene ninguna responsabilidad financiera hasta que la QIO otorgue su decisión

05/01/2013

Planes Medicare Advantage y Otros Planes Medicare

35

Para las apelaciones de los pacientes internados en el hospital, el proveedor o el plan debe proveer una *Notificación de Medicare de Alta y Derechos de Apelación (NODMAR, por sus siglas en inglés)* por lo menos el día antes de la terminación de servicios si el paciente no está de acuerdo con la decisión de darle el alta, o si el proveedor o el plan reduce el nivel de cuidado del afiliado dentro del mismo centro.

La persona puede entonces apelar, enviando una solicitud a la Organización para Mejoras de la Calidad (QIO, por sus siglas en inglés) antes del mediodía del primer día después de recibir el NODMAR. La decisión de la QIO usualmente se recibe dentro de 2 días. El paciente se queda en el hospital mientras se espera la decisión de la QIO, y por lo general no incurre ninguna responsabilidad financiera por los servicios cubiertos.

Sin embargo, tenga en cuenta que tal vez tenga que pagar por los servicios de internación en el hospital que se le brindan a partir del mediodía de la fecha en que la QIO entrega su decisión. Es posible que deba irse del hospital en o antes de esa hora para evitar alguna responsabilidad financiera.

Más información sobre el aviso y ligas para descargar los formularios están disponibles en <http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-information/BNH/HospitalDischargeAppealNotices.html>

Sus derechos si presenta una apelación a su plan de salud de Medicare

- Tiene derecho a recibir su expediente
 - Llame o escríbale a su plan
 - Pueden cobrarle una cuota

Si usted está inscrito en un plan de salud de Medicare y está presentando una apelación, tiene ciertos derechos. Es posible que le convenga llamar o escribirle a su plan y pedirle una copia de su caso. Vea su *Evidencia de Cobertura*, o el aviso que recibió explicándole por qué no recibió los servicios que quería, para conseguir el número telefónico o la dirección de su plan.

El plan puede cobrarle una tarifa por fotocopiar esta información y mandársela. Su plan debería darle un estimado de cuánto le va a costar basándose en la cantidad de páginas que contiene su archivo, más el envío normal por correo.



Verifique sus conocimientos – Lección 3

¿A quién necesita contactar si piensa que los servicios de cuidado en el hogar están terminando muy pronto?

- a. Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP)
- b. Organización para Mejoras de la Calidad (QIO)
- c. Seguro Social
- d. Agencia de Cuidado en el Hogar

05/1/2013

Planes Medicare Advantage y Otros Planes Medicare

39

¿A quién necesita contactar si piensa que los servicios de cuidado en el hogar están terminando demasiado pronto?

- a. Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP)
- b. Organización para Mejoras de la Calidad (QIO)
- c. Seguro Social
- d. Agencia de Cuidado en el Hogar

RESPUESTA: b. Organización para Mejoras de la Calidad (QIO). Si usted piensa que los servicios están terminando muy pronto, contacte a su Organización para Mejoras de la Calidad (QIO) antes del mediodía del día anterior a que los servicios cubiertos por Medicare terminen, para solicitar una apelación acelerada. Vea su aviso de cómo contactar a su QIO y para otra información importante.



Lección 4 – Mercadeo de Partes C y D de Medicare

- Pautas para el Mercadeo de Medicare
- Actualizaciones clave
- Recordatorios de actividades promocionales
- Información sobre agentes
- Vigilancia del mercadeo

05/01/2013

Planes Medicare Advantage y Otros Planes Medicare

37

La Lección 4, *Mercadeo de Partes C y D de Medicare*, le brinda información sobre:

- Pautas para el mercadeo
- Actualizaciones clave
- Recordatorios de actividades promocionales
- Información sobre agentes
- Vigilancia del mercadeo

Pautas para Mercadeo de Medicare (MMG)

- Se aclaran políticas y guías operativas
- Actualizadas cada año
 - MMG de 2013 publicadas en junio de 2012
- Los requisitos de comercialización de CMS son aplicables a los
 - Planes Medicare Advantage
 - Planes de Medicamentos Recetados
 - Planes de Costo
 - Algunos otros planes

05/01/2013

Planes Medicare Advantage y Otros Planes Medicare

38

Las Pautas para el Mercadeo de Medicare (MMG) de CMS proveen aclaraciones sobre las políticas y guías operativas a patrocinadores contratados del plan. En junio del 2012, CMS divulgó las MMG del 2013. Los requisitos aplican a las organizaciones Medicare Advantage (MAO), a los patrocinadores de los planes de medicamentos recetados (PDP), contratistas base a costo de la Sección 1876, planes de demostración y planes de grupo patrocinados por empleadores y sindicatos, incluyendo planes de exención del patrón/grupo de sindicatos solamente.

Las Pautas para el Mercadeo de Medicare para el 2013 están publicadas en <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Manuals/Downloads/mc86c03.pdf> y también en el Capítulo 3 del Manual de Cuidado Administrado por Medicare y en el Capítulo 2 del Manual de Beneficios de Medicamentos Recetados.

Materiales de Mercadeo

- CMS revisa los materiales de mercadeo
 - Las excepciones están listadas en la Sección 20 de las MMG
- CMS puede revisar y aprobar cualquier material
 - Se reserva el derecho de revisar/aprobar como se requiera
- CMS crea modelos estandarizados de materiales de mercadeo

05/01/2013

Planes Medicare Advantage y Otros Planes Medicare

39

CMS revisa los materiales de mercadeo, con excepción de aquellos en la Sección 20 de las Pautas para el Mercadeo de Medicare (MMG). Aunque no es una lista exhaustiva, algunos ejemplos de los materiales excluidos incluyen:

- Ciertos boletines de miembros
- Comunicados de prensa
- Hojas membretadas en blanco
- Avisos de privacidad

Aunque los materiales de comunicación a los beneficiarios no están sujetos a la revisión y al proceso de aprobación que aplica a los materiales de mercadeo, CMS se reserva el derecho de revisar y aprobar en cualquier momento, los materiales de comunicación actuales a los beneficiarios.

A los patrocinadores de las Organizaciones de Medicare Advantage y de los Planes de Medicamentos Recetados, se les obliga a usar textos y formatos de mercadeo estandarizados, sin modificación, en cada ocasión en la cual CMS provea textos y formatos estandarizados. Los ejemplos de documentos estandarizados incluyen, pero no están limitados a: Aviso Anual de Cambio (ANOC), Evidencia de Cobertura (EOC) y el Inserto de Multi-Lenguaje (MLI).

Actualizaciones sobre Mercadeo

- Calificaciones de estrellas del plan
 - Mediciones individuales
 - Calificación total de desempeño
- Encarte Multilingüe (MLI)
 - Debe proveer ciertos materiales
 - Resumen de Beneficios (SB)
 - Aviso Anual de Cambio (ANOC)
 - Evidencia de Cobertura (EOC)

Los planes Medicare Advantage y Medicamentos Recetados reciben las calificaciones de estrella de CMS. Muchas mediciones de desempeño individuales son usadas para determinar la calificación total de estrellas de CMS. Cuando se hace referencia a las calificaciones de los planes en los materiales de mercadeo, las calificaciones individuales pueden ser mercadeadas siempre que sean comunicadas en conjunto con la calificación total de desempeño del contratista.

Los patrocinadores de los planes deben proveer el Nuevo Encarte Multilingüe (MLI) (páginas adjuntas) en cualquier momento que distribuyan el Resumen de Beneficios (SB) y el Aviso Anual de Cambio (ANOC)/Evidencia de Cobertura (EOC). El Encarte Multilingüe es un documento estandarizado que provee información acerca de la disponibilidad de servicios de interpretación para ayudar a responder preguntas acerca del plan de salud o de medicamentos. El MLI pone esta información disponible en muchos idiomas para los beneficiarios que no hablan Inglés.

Divulgación de la información del plan a los miembros nuevos y los que renuevan

- Los MA y PDP deben divulgar la información del plan
 - Al momento de inscripción y por lo menos una vez al año
 - El Aviso Anual de Cambios / Evidencia de Cobertura es obligatorio
 - Formulario general o abreviado
 - Tarjeta de identificación de miembro al momento de la inscripción / según sea necesario
 - Al momento de inscripción y por lo menos cada tres años después
 - Directorio farmacéutico
 - Directorio de proveedores

05/01/2013

Planes Medicare Advantage y Otros Planes Medicare

41

Para asegurar que los beneficiarios reciban amplia información acerca de sus opciones de salud del plan, CMS requiere que las organizaciones MA y PDP divulguen cierta información del plan en el momento de la inscripción y por lo menos una vez al año, 15 días antes del Período Abierto de Elección.

Este requisito incluye la entrega anual de:

- Aviso Anual de Cambio (ANOPC, por sus siglas en inglés) y Evidencia de Cobertura (EOC por sus siglas en inglés) estandarizados, que debe ser recibida por los miembros a más tardar el 30 de septiembre de cada año.
- Un formulario general o un formulario abreviado que incluya información sobre cómo el beneficiario puede obtener el formulario completo (sólo para los patrocinadores de la Parte D).
- Tarjeta de identificación del miembro (requerida sólo en el momento de la inscripción o cuando sea necesaria o requerida por el patrocinador de un plan después de la inscripción)

Otra información clave del plan debe ser divulgada tanto al momento de la inscripción y al menos cada tres años después de eso para:

- Directorio farmacéutico (para todos los patrocinadores de planes que ofrecen el beneficio de la Parte D).
- Directorio de proveedores (todo tipo de plan menos los PDP).

Recordatorios sobre regalos nominales

- Regalos nominales
- Las organizaciones pueden ofrecer regalos a los miembros potenciales
 - Debe tener un valor nominal
 - Se define en las pautas del mercadeo
 - Actualmente es \$15 o menos, basado en el precio al menudeo
 - Se regala, sin importar si el beneficiario se inscribe o no

Las organizaciones pueden ofrecer regalos a los afiliados potenciales siempre que dichos regalos tengan un valor nominal y que lo regalen sin importar si el individuo se inscribe o no. CMS define actualmente el valor nominal en las Pautas para Mercadeo de Medicare (MMG), Sección 70.1, como un artículo que valga \$15 o menos, basado en el precio de compra al por menor. CMS modificará el valor nominal cuando sea necesario debido a la inflación u otros factores relevantes.

Contactos no solicitados al beneficiario

- Contactos no solicitados
- Extiende la prohibición existente contra las ventas de puerta en puerta
 - Llamadas de mercadeo salientes
 - Sitios compartidos
 - Llamados/visitas después de participar en un evento de ventas
 - A menos que se autorice expresamente
 - Correo electrónico no solicitado

05/01/2013

Planes Medicare Advantage y Otros Planes Medicare

43

La prohibición actual de ventas de puerta-en-puerta se extiende a otras instancias de contacto no solicitado que pudieran ocurrir fuera de los eventos de ventas o educativos. Las actividades prohibidas incluyen pero no se limitan a las siguientes:

- Llamadas salientes de mercadeo, a menos que el beneficiario haya pedido la llamada.
- Llamadas a miembros antiguos que han cancelado o a miembros actuales que están en el proceso de cancelar voluntariamente, para mercadear planes o productos, excepto como se permite abajo.
- Llamadas a los beneficiarios para confirmar que recibieron información enviada por correo, salvo las excepciones permitidas abajo.
- Llamadas a los beneficiarios para confirmar que aceptan la cita hecha por terceros o por un agente independiente.
- Llamadas o visitas a los beneficiarios que asisten a los eventos de ventas, a menos que el beneficiario haya dado permiso para una llamada o visita en el evento.

Las organizaciones sí pueden hacer lo siguiente:

- Hacer llamadas salientes a los miembros actuales para negocios normales relacionados con su inscripción a un plan
- Llamadas a miembros antiguos después de la fecha efectiva de cancelación para conducir una encuesta de cancelación para propósitos de mejora en la calidad
- Llamar a sus miembros que son elegibles para Ayuda Extra, llamar a beneficiarios (Con la aprobación de la Oficina Regional de CMS) y contactar beneficiarios quienes han dado permiso expreso para que un plan o agente de ventas les contacte (por ejemplo, para completar la tarjeta de respuesta del negocio).

Prohibición de ventas cruzadas

- Ventas cruzadas
 - Prohibidas durante cualquier actividad de ventas/presentación de MA o la Parte D
 - No se pueden comercializar productos no relacionados con la salud
 - Anualidades
 - Seguros de vida
 - Otros productos
 - Se permiten sólo en llamadas entrantes, a petición

05/01/2013

Planes Medicare Advantage y Otros Planes Medicare

44

El mercadeo de productos relacionados con los servicios de salud (tales como las anualidades, los seguros de vida, etc.) a afiliados potenciales durante cualquier actividad de ventas o presentación de MA o la Parte D se considera venta cruzada y es una actividad prohibida. Los beneficiarios ya enfrentan decisiones difíciles respecto a sus opciones de cobertura Medicare, y deben poder concentrarse en las opciones de Medicare sin la confusión o la idea de que los productos médicos y los que no son médicos forman parte del mismo paquete. Los planes pueden vender productos no relacionados con la salud durante las llamadas entrantes, cuando un beneficiario solicita información sobre otros productos no relacionados con la salud. El mercadeo a miembros afiliados actuales de productos de cuidado de salud no cubiertos por el Plan MA, y/o productos no relacionados con el cuidado de salud, está sujeto a las reglas de la Ley de Transferencia y Responsabilidad del Seguro de Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés).

Recordatorios del alcance de las citas

- Alcance de las citas
- Se debe especificar el tipo de producto
 - MA, PDP, Medigap u otro
 - Previo al mercadeo y/o cita en el hogar
- Los productos adicionales sólo se pueden discutir
 - A petición del beneficiario
 - En una cita separada

Las Pautas de Mercadeo de Medicare requieren que los representantes de mercadeo claramente identifiquen los tipos de productos a ser discutidos antes de ofrecerlos al afiliado potencial. Los agentes de venta que se junten inicialmente con un beneficiario para platicar sobre líneas comerciales específicas del plan (líneas comerciales separadas incluyen Medigap, MA y PDP) deben informarle al beneficiario sobre todos los productos a ser discutidos antes de la cita en el hogar, para que dispongan de información precisa para tomar una decisión informada sobre sus beneficios de Medicare, sin presiones. Antes de la cita, el beneficiario debe estar de acuerdo con los temas a tratar. El plan debe documentar la cita por escrito, o grabarla en caso de ser telefónica.

Por ejemplo: un beneficiario asiste a una presentación de ventas y programa una cita. El agente debe conseguir documentación por escrito y firmada por el beneficiario, con su acuerdo sobre los productos a ser discutidos durante la cita.

Las citas hechas por teléfono también deben documentarse mediante una grabación. Las organizaciones deben utilizar sus sistemas existentes para monitorear y darle seguimiento a llamadas donde haya interacción con el beneficiario. Las organizaciones que se comunican con un beneficiario para responder a una tarjeta de negocios únicamente pueden discutir los productos que se incluyeron en el anuncio.

No se puede hablar sobre productos adicionales, a menos de que el beneficiario haya solicitado la información. Aún más, cualquier otra línea comercial que no se haya identificado antes de la cita en el hogar requerirá una cita separada.

Mercadeo en dependencias médicas

- Dependencias médicas
- Se permite el mercadeo en sitios compartidos
 - Hospitales o cafeterías de asilos para ancianos
 - Salones comunitarios o de recreo
 - Salas de conferencias
- No se permite ninguna actividad de mercadeo en las siguientes dependencias
 - Salas de espera
 - Salas de examen médico y cuartos de pacientes en los hospitales
 - Centros de diálisis y mostradores en farmacias

05/01/2013

Planes Medicare Advantage y Otros Planes Medicare

46

Las organizaciones no pueden desempeñar actividades de ventas en las dependencias médicas, salvo en las áreas comunes. Las áreas comunes donde se permiten actividades de mercadeo incluyen áreas tales como: cafeterías de los hospitales y de los asilos para ancianos, salones comunitarios o de recreo y salas de conferencia. Si el mostrador de una farmacia está dentro de una tienda, se consideraría como área común el espacio que está fuera del área donde los pacientes esperan para recibir sus servicios o interactuar con los proveedores de la farmacia y obtener medicamentos.

Los planes no pueden hacer presentaciones de ventas, ni distribuir o aceptar formularios de inscripción en áreas donde los pacientes principalmente pretenden recibir servicios médicos. Dichas áreas restringidas por lo general incluyen, pero no se limitan a las salas de espera, salas de examen médico, cuartos de pacientes en el hospital, centros de diálisis y las áreas de mostrador de farmacia (donde los pacientes esperan para recibir sus servicios o interactúan con los proveedores de la farmacia y obtienen medicamentos).

Sólo se le permite a los planes concertar una cita con beneficiarios que residen en centros de cuidado a largo plazo, a pedido del beneficiario.

Además, a los proveedores se les permite colocar y/o distribuir materiales de mercadeo sobre todos los planes en que participa el proveedor, y mostrar afiches y otros materiales anunciando las relaciones contractuales del plan.

Recordatorios de eventos educativos

- Eventos educativos
 - Ninguna actividad de mercadeo en eventos educativos
 - Los planes pueden distribuir
 - Materiales de Medicare y/o educativos sobre la salud
 - Tarjetas de presentación de agentes/corredores
 - No pueden contener información de mercadeo

Los eventos educativos no pueden incluir actividades de ventas tales como la distribución de materiales de mercadeo o la distribución o recolección de formularios de inscripción. CMS ha aclarado que el propósito de los eventos educativos es brindar información objetiva sobre el programa de Medicare y/o mejoras para la salud y bienestar. Por lo tanto, los eventos educativos no deben ser utilizados para guiar o intentar guiar al beneficiario hacia algún plan específico.

Los eventos educativos pueden ser patrocinados por un plan o planes o por una entidad externa, y son eventos promovidos como eventos de índole educativa. Los planes pueden distribuir artículos relacionados con la educación acerca del programa Medicare y la salud y bienestar en general. Los agentes y corredores pueden distribuir sus tarjetas de presentación si un beneficiario les solicita alguna. Cualquier cosa que se distribuya no debe contener información de mercadeo del plan en o anexa al artículo.

Los artículos prohibidos mencionados están permitidos a ser distribuidos en eventos de ventas. Un evento de ventas es un evento que está patrocinado por un plan u otra entidad con el propósito de mercadear a miembros potenciales y guiar, o intentar guiar, a los miembros potenciales hacia alguno de los planes.

Recordatorios de actividades promocionales

- Prohibición de comidas
 - A los miembros potenciales no se les puede
 - Dar comidas
 - Subsidiar las comidas
 - En cualquier evento o reunión en donde
 - Se discuten los beneficios de un plan, o
 - Se distribuyen los materiales de un plan

Los Planes Medicare Advantage y Planes de Medicamentos Recetados Medicare no pueden permitir que se ofrezca comida a los miembros potenciales, o que dichas comidas sean subsidiadas, en los eventos de ventas o en cualquier reunión donde se discuten los beneficios del plan y/o se distribuyen materiales del plan.

Los agentes y/o corredores pueden ofrecer refrescos y una merienda ligera a los posibles miembros. Los planes deben usar su mejor juicio sobre lo apropiado de la comida que ofrecen y deben asegurarse de que los refrigerios ofrecidos no puedan ser considerados una comida y/o que no se ofrezcan muchos alimentos “juntos” que parezcan una comida.

CMS no pretende definir el término “comida” o crear una lista de productos considerados como una merienda ligera, pero los alimentos siguientes podrían ser generalmente aceptables: fruta, vegetales crudos, repostería, galletas y otros postres pequeños, galletas saladas, pastelitos, queso, papitas, yogurt y nueces.

Como con todas las reglamentaciones y pautas de mercadeo, es la responsabilidad de las organizaciones MA y PDP monitorear las acciones de todos los agentes que venden sus planes y actuar proactivamente para hacer cumplir esta prohibición. CMS verificará que los planes y los agentes estén cumpliendo esta disposición y se implementarán las medidas necesarias para garantizar su cumplimiento.

Licencia y nombramiento de agentes

- Los Agentes/Corredores de organizaciones MA y PDP
 - Deben tener una licencia o certificado del estado, o estar registrados
 - Se aplica a agentes/corredores, tanto contratistas como empleados propios
- Las organizaciones deben cumplir las leyes estatales sobre nombramientos
 - Los planes deben aportar información sobre los agentes

05/01/2013

Planes Medicare Advantage y Otros Planes Medicare

49

Las organizaciones MA y los patrocinadores de la Parte D que realizan actividades de mercadeo a través de agentes independientes, tienen que emplear individuos que cuenten con licencia, certificado o registro en ese estado. Tanto los agentes independientes como el personal interno de ventas que hacen tareas de mercadeo deben cumplir con las leyes estatales para licencias. Algunas actividades del plan, típicamente llevadas a cabo por el departamento de servicio a clientes del patrocinador, no requieren del uso de representantes de ventas con licencia del estado, como es el caso de proveer información de hechos o el llenado de una solicitud de materiales.

Las organizaciones MA y PDP deben cumplir con las leyes estatales sobre nombramientos que requieren que los planes aporten información al estado sobre los agentes que están comercializando los planes de la Parte C y Parte D.

Informe sobre agentes despedidos

- Las organizaciones deben informar sobre el despido de agentes/corredores
 - En conformidad con leyes estatales sobre nombramientos
 - Al estado donde se nombró al agente/corredor
 - Se deben incluir los motivos del despido

Las Organizaciones Medicare Advantage (MAO) y los patrocinadores de la Parte D deben informar sobre el despido de los agentes/corredores, y los motivos del despido, al estado donde se nombró al agente/corredor, en conformidad con la ley estatal sobre nombramientos.

Remuneración de agentes/corredores

- Reglas de Remuneración CMS
 - Para agentes/corredores contratistas y empleados
 - Diseñadas para eliminar incentivos
 - Por ejemplo, tratar de motivar traslados inapropiados de un plan a otro

Las normas de remuneración de CMS son para los planes MA y PDP que mercadean por medio de agentes/corredores, tanto los que son contratistas como los empleados propios. Las normas están diseñadas para eliminar incentivos que motiven los cambios inapropiados de un plan a otro (llamado también “fuga de clientes”). Las normas de remuneración también contienen guías para recuperación del plan o remuneración pagada bajo ciertas circunstancias.

Entrenamiento y evaluación del agente/corredor

- Todos los agentes/corredores deben ser entrenados/evaluados todos los años
 - Normas y reglamentos de Medicare
 - Detalles del plan sobre los productos que vende
 - Agentes contratados y empleados
 - El entrenamiento debe completarse antes del comienzo de cada nueva temporada de venta
 - Para las actividades de mercadeo después de esa fecha

Los patrocinadores de las Organizaciones MA (MAO) y de la Parte D tienen que asegurarse de que los agentes y corredores que venden los productos de Medicare reciban entrenamiento y evaluación todos los años sobre los reglamentos y las normas de Medicare y los detalles específicos del plan cuyos productos están vendiendo. La capacitación y la evaluación deben completarse antes del comienzo de cada nueva temporada de venta, para que el corredor/agente pueda desempeñar actividades de mercadeo después de esa fecha.

La vigilancia de CMS del Mercadeo

- Estrategia de vigilancia
 - Detectar, prevenir, y responder a violaciones de mercadeo
 - Monitorear la actividad de mercadeo
 - Supervisar el cumplimiento de mercadeo del plan
- Observaciones y respuestas en tiempo real
 - Compras secretas
 - Servicio de recortes (anuncios en periódicos)
 - Equipo de Respuesta de Alegatos sobre Vigilancia de Mercadeo

05/01/2013

Planes Medicare Advantage y Otros Planes Medicare

53

CMS inició una estrategia de vigilancia debido a las quejas y evidencia de conducta inadecuada de agentes y corredores. Esta estrategia está diseñada para detectar, prevenir y responder a violaciones de mercadeo. CMS continúa sumando a su estrategia de vigilancia el monitoreo y la supervisión de las actividades de mercadeo internas y externas del patrocinador del plan, incluyendo:

- Asegurar que el plan médico y de medicamentos monitorea, detecta, reporta y responde a la mala interpretación del mercadeo del agente/corredor, así como a otros asuntos

La filosofía de la vigilancia de CMS de observaciones y respuestas en tiempo real incluye:

- Compras secretas para determinar el cumplimiento con los requisitos de mercadeo en eventos públicos de ventas
- Servicio de recortes (anuncios en periódicos) para confirmar que los eventos de mercadeo son reportados a CMS
- El Equipo de Respuesta de Alegatos sobre Vigilancia de Mercadeo (SMART, por sus siglas en inglés) que revisa las quejas y asuntos de mercadeo ad hoc
- Proveer a la industria la oportunidad de investigar y responder a violaciones
- Se toma una acción de cumplimiento sólo cuando las deficiencias son confirmadas y validadas
 - La severidad de la acción de cumplimiento está basada en la severidad de la recurrencia de las violaciones

Las organizaciones continúan mejorando su desempeño sobre los años anteriores.

 **Verifique sus conocimientos – Lección 4**

1. ¿Con qué frecuencia se actualizan las Pautas para el Mercadeo de Medicare (MMG)?

- a. Cada seis meses
- b. Cada año
- c. Cada dos años
- d. Cada cinco años

2. ¿Cuál de las siguientes NO está considerada una actividad promocional aceptable?

- a. Llamar a un beneficiario que llenó una tarjeta de respuesta del negocio
- b. Distribuir tarjetas de corredor solicitadas en un evento educativo
- c. Distribuir tarjetas de obsequio de \$20 a beneficiarios que se inscriben en un plan Medicare
- d. Proporcionar una merienda durante un evento de ventas

05/1/2013 Planes Medicare Advantage y Otros Planes Medicare 57

1. ¿Con qué frecuencia se actualizan las Pautas para el Mercadeo de Medicare (MMG)?
- a. Cada seis meses
 - b. Cada año
 - c. Cada dos años
 - d. Cada cinco años

RESPUESTA: b. Las MMG se actualizan cada año.

2. ¿Cuál de las siguientes NO está considerada una actividad promocional aceptable?
- a. Llamar a un beneficiario que llenó una tarjeta de respuesta de negocios
 - b. Distribuir tarjetas de presentación del corredor solicitadas en un evento educativo
 - c. Distribuir tarjetas de obsequio de \$20 a beneficiarios que se inscriban en un plan Medicare
 - d. Proporcionar una merienda durante un evento de ventas

RESPUESTA: c. Las organizaciones pueden ofrecer un obsequio a suscriptores potenciales siempre y cuando dichos obsequios sean de un valor nominal y sean entregados ya sea que el individuo se inscriba o no en el plan. CMS define el valor nominal en las Pautas para el Mercadeo de Medicare (MMG), Sección 70.1, como un artículo con valor de \$15 o menos, basado en el valor al menudeo del artículo. CMS actualizará el valor nominal en las pautas conforme sea necesario por inflación y otros factores relevantes.

Recursos para más Información

	Recursos	Productos de Medicare
<p>Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY 1-877-486-2048) www.medicare.gov</p> <p>www.CMS.gov</p> <p>Seguro Social 1-800-772-1213 TTY 1-800-325-0778 www.socialsecurity.gov/</p> <p>Junta Ferroviaria de Retiro 1-877-772-5772 www.rrb.gov/</p>	<p>Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP)*</p> <p>*Para los números de teléfono llame a CMS 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 1-877-486-2048 for TTY users</p> <p>www.HealthCare.gov</p> <p>www.pcip.gov</p> <p>Ley de Atención Médica Asequible www.healthcare.gov/law/full/index.htm</p> <p>Pautas para Mercadeo de Medicare 2013 http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Manuals/Downloads/mc86c03.pdf</p>	<p><i>Manual Medicare y Usted</i> CMS Producto No. 10050)</p> <p><i>Su Guía sobre los Planes Privados de Pago-por-Servicio</i> CMS Producto No. 10144</p> <p><i>Entienda los periodos de inscripción en Medicare</i> CMS Producto No. 11219</p> <p><i>Su Guía sobre los Planes de Ahorros de Medicare</i> CMS Producto No. 11206</p> <p><i>Su Guía sobre los Planes para Necesidades Especiales</i> CMS Producto No. 11302</p> <p>Para acceder a estos productos Lea y pida copias individuales en www.medicare.gov</p> <p>Pida copias múltiples (patrocinadores solamente) en productordering.cms.hhs.gov. Tiene que registrar su organización.</p>



Este módulo fue ofrecido por

El Programa Nacional de Entrenamiento de CMS

Si tiene preguntas sobre estos materiales de entrenamiento, envíe un correo electrónico a

Training@cms.hhs.go

Para ver todos los materiales NTP o para suscribirse a nuestra listserv (lista de servicios), visite

<http://cms.gov/Outreach-and-Education/>

[Training/CMSNationalTrainingProgram/index.html](http://CMSNationalTrainingProgram/index.html)