



Programa Nacional de Capacitación 2015



Módulo 11

Medicare Advantage y otros planes de salud de Medicare



El Módulo 11: "Medicare Advantage y otros planes de salud de Medicare" explica las opciones del plan de salud de Medicare a diferencia de Medicare Original.

Este módulo de capacitación fue desarrollado y aprobado por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), la agencia federal que administra Medicare, Medicaid, el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) y el Mercado de Seguros Médicos facilitado por el gobierno federal.

La información en este módulo fue corregida a partir de mayo de 2015. Para confirmar si hay una versión actualizada, visite CMS.gov/outreach-and-education/training/cmsnationaltrainingprogram/index.html.

El Programa de Capacitación Nacional de CMS ofrece este documento como recurso informativo para nuestros socios. No se trata de un documento legal ni tiene como finalidad estar dirigido a la prensa. Los medios de prensa se pueden comunicar con la Oficina de Medios de CMS a press@cms.hhs.gov. Las normas oficiales del programa de Medicare están descritas en las leyes, reglamentos y disposiciones correspondientes.

Objetivos de la sesión

Esta sesión debe ayudarlo a

- Definir los planes Medicare Advantage (MA)
- Describir cómo funcionan los planes MA
- Explicar los requisitos de elegibilidad e inscripción
- Reconocer los tipos de planes MA
- Identificar otros planes de salud de Medicare
- Recordar derechos, protecciones y apelaciones
- Resumir las pautas de marketing de Medicare

1/mayo/2015

Medicare Advantage y otros planes de salud de Medicare

2

Esta sesión debe ayudarlo a

- Definir los planes Medicare Advantage (MA)
- Describir cómo funcionan los planes MA
- Explicar los requisitos de elegibilidad e inscripción
- Reconocer los tipos de planes MA
- Identificar otros planes de salud de Medicare
- Recordar derechos, protecciones y apelaciones
- Resumir las pautas de marketing de Medicare

Lección 1— Panorama general del plan Medicare Advantage (MA)

- Qué es el plan MA
- Cómo funcionan los planes MA
- Cuándo se puede inscribir o cambiar de plan
- Tipos de planes MA

1/mayo/2015

Medicare Advantage y otros planes de salud de Medicare

3

La lección 1, "Panorama general del plan Medicare Advantage (MA)", le proporcionará la siguiente información:

- Qué es el plan MA
- Cómo funcionan los planes MA
- Cuándo se puede inscribir en un plan o cambiar de planes
- Tipos de planes MA

¿Cuál es el plan Medicare Advantage?

- Opciones de planes de salud
 - Aprobado por Medicare
 - Gestionado por compañías privadas
- Parte del programa de Medicare
- Algunas veces llamado Parte C
- Disponible en todo el país
- Proporciona beneficios cubiertos por Medicare
 - Puede cubrir beneficios adicionales

1/mayo/2015

Medicare Advantage y otros planes de salud de Medicare

4

- Los planes Medicare Advantage (MA) son opciones de planes de salud aprobados por Medicare y gestionados por compañías privadas.
- Forman parte del programa de Medicare y algunas veces se los denomina Parte C.
- Los planes MA se ofrecen en muchas áreas del país mediante compañías privadas que suscriben un contrato con Medicare. Medicare paga estos planes privados para la atención médica prevista de sus miembros.
- Los planes MA proporcionan beneficios cubiertos por Medicare a miembros de todo el plan, y pueden ofrecer beneficios adicionales que Medicare Original no cubre, como prestaciones o servicios dentales o para la vista. El plan puede tener reglas especiales que sus miembros deben respetar.

Cómo funcionan los planes Medicare Advantage

- Se reciben los servicios a través del plan
 - Todos los servicios cubiertos por la Parte A y Parte B
 - Algunos planes pueden proporcionar beneficios adicionales
- La mayoría de los planes incluyen cobertura de recetas médicas
- Es posible que deba usar los médicos/hospitales de la red
- Puede haber diferencias con Medicare Original
 - Beneficios
 - Costo compartido

1/mayo/2015

Medicare Advantage y otros planes de salud de Medicare

5

- En los planes Medicare Advantage (MA), usted recibe todos los servicios cubiertos por Medicare Parte A (Seguro de Hospital) y Parte B (Seguro Médico) a través del plan. Algunos planes MA pueden proporcionar beneficios adicionales.
- Muchos planes también incluyen la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Se trata de la cobertura de Medicare Parte D.
- En algunos planes, como en los planes de la Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO), solo podrá visitar a ciertos médicos o concurrir a ciertos hospitales. Cuando obtiene servicios a través de la red del plan, ahorra el máximo de dinero directo de su bolsillo.
- Los beneficios y costos compartidos en un plan MA pueden resultar diferentes a los de Medicare Original.

Cómo funcionan los planes Medicare Advantage (MA) (continuación)

- Todavía se encuentra en el programa de Medicare
 - Medicare paga el plan todos los meses para que usted reciba atención
- Todavía goza de los derechos y protecciones de Medicare
- Si el plan deja de pertenecer a Medicare, usted podrá
 - Inscribirse en otro plan MA, o
 - Volver a Medicare Original

1/mayo/2015

Medicare Advantage y otros planes de salud de Medicare

6

Es importante destacar que cuando usted se inscribe en el plan Medicare Advantage (MA) o en otro plan de salud de Medicare

- Todavía se encuentra dentro del programa de Medicare. Medicare se hace cargo de estos planes de salud privados para que usted reciba atención médica todos los meses, use el servicio o no.
- Todavía goza de los derechos y protecciones de Medicare.
- Tiene la posibilidad de inscribirse en otro plan MA o volver a Medicare Original, si el plan decide dejar de participar en Medicare

Costos de Medicare Advantage

- Usted sigue pagando la prima por la Parte B
 - Muy pocos planes pueden pagarle todo o parte
 - Asistencia estatal para algunos
- Es posible que deba pagar una prima mensual adicional por el plan
- Usted paga deducibles, coseguro y copagos
 - Es diferente de Medicare Original
 - Hay variaciones de un plan a otro
 - Pueden ser más elevados fuera de la red

1/mayo/2015

Medicare Advantage y otros planes de salud de Medicare

7

Si se inscribe en el plan Medical Advantage (MA), debe continuar pagando la prima mensual de Medicare Parte B. La prima de la Parte B en 2015 es de \$104.90 para la mayoría de las personas.

- Muy pocos planes pueden pagarle todo o parte de la prima de la Parte B.
- Algunas personas pueden ser elegibles para asistencia estatal.

Cuando se inscribe en un plan MA, existen otros costos que quizás deba pagar, como

- Prima mensual adicional para el plan
- Deducibles, coseguro y copagos

Estos costos pueden

- Ser diferentes de Medicare Original
- Variar de un plan a otro
- Ser más elevados si sale de la red

¿Quién puede inscribirse en el plan Medicare Advantage?

- Requisitos de elegibilidad
 - Estar inscrito en Medicare Parte A (Seguro de Hospital)
 - Estar inscrito en Medicare Parte B (Seguro Médico)
 - Vivir en el área de servicios del plan
- Para inscribirse también debe
 - Proporcionar la información necesaria al plan
 - Respetar las normas del plan
- Solo se puede pertenecer a un plan por vez

1/mayo/2015

Medicare Advantage y otros planes de salud de Medicare

8

- Los planes Medicare Advantage (MA) están disponibles para la mayoría de las personas que cuentan con Medicare. Si desea ser elegible para el plan MA debe inscribirse en Medicare Parte A (Seguro de Hospital) y en Medicare Parte B (Seguro Médico). También debe vivir en el área geográfica de servicios del plan.
- Para inscribirse en el plan MA, también debe estar de acuerdo en
 - Proporcionar la información necesaria al plan, como su número de Medicare, dirección, fecha de nacimiento y otros datos importantes
 - Respetar las normas del plan
- Solo se puede pertenecer a un plan MA por vez

Si desea saber qué planes MA están disponibles en su área, visite Medicare.gov y haga clic en "Buscar planes de salud y de medicamentos" o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

Medicare Advantage y Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD)

- En general no se podrá inscribir si padece ESRD
- Existen excepciones limitadas
 - La transición de un plan a otro dentro de la misma organización principal
 - Que no se interrumpa la cobertura
 - Se deben cumplir los demás requisitos de inscripción
- La persona que recibe un trasplante de riñón o que deja de necesitar un procedimiento habitual de diálisis
 - No se considera que padezca ESRD a los fines de elegibilidad de Medicare Advantage (MA)

1/mayo/2015

Medicare Advantage y otros planes de salud de Medicare

9

- Las personas con Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD) normalmente no pueden inscribirse en el plan Medicare Advantage (MA) ni en ningún otro plan de salud de Medicare. Sin embargo, existen algunas excepciones. Una persona con ESRD inscrita en una cobertura a cargo del empleador, ya sea MA o comercial (por ej., fuera de Medicare), puede inscribirse en otro plan, siempre que ese plan forme parte de la misma organización principal y cumpla los criterios para hacerlo. Por ejemplo, es posible que se autorice a una persona que contrae ESRD mientras está inscrita en un plan de salud grupal del empleador a inscribirse en un plan MA ofrecido por la misma organización principal del plan, siempre que no se interrumpa la cobertura. Los beneficiarios de Medicare sin ESRD, que ya están inscritos en un plan MA también pueden inscribirse en otro plan MA dentro de la misma organización principal, siempre que que:
 - El nuevo plan MA funcione en el mismo estado.
 - El beneficiario cumpla todos los demás requisitos de inscripción dentro del plan MA (y al igual que en el plan MA anterior).
 - CMS permite cambiar de un plan de una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) al de una Organización de Proveedores Preferidos (PPO) o a uno Privado de Pago-por-Servicio (PFFS) dentro de la misma organización principal, siempre que el cambio cumpla todos los criterios.
 - A los fines de esta política, el término "organización principal" se define como una entidad que posee uno o más contratos (X cantidad) con CMS para proporcionar planes MA.
- A los fines de elegibilidad para MA, no se considera a una persona que recibe un trasplante de riñón o que ya no necesita un procedimiento habitual de tratamiento de diálisis que padezca ESRD.

AVISO: Si desea obtener más información sobre las excepciones a la inscripción para personas con ESRD, consulte las pautas de inscripción y desafiliación en Medicare Advantage, en el capítulo 2 del Manual de Salud Administrada de Medicare, párrafo 20.2.2, subsección n.º 2, ítem (b.), disponible en [CMS.gov/Medicare/Eligibility-and-Enrollment/MedicareMangCareEligEnrol/Downloads/CY-2015-MA-Enrollment-and-Disenrollment-Guidance.pdf](https://www.cms.gov/Medicare/Eligibility-and-Enrollment/MedicareMangCareEligEnrol/Downloads/CY-2015-MA-Enrollment-and-Disenrollment-Guidance.pdf).

Cuándo se puede inscribir o cambiar de planes Medicare Advantage

Período de Inscripción Inicial	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años ▪ Incluye el mes en que cumple 65 ▪ Finaliza 3 meses después del mes en que cumple 65 	
Período de inscripción abierta a Medicare "Inscripción Abierta"	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Del 15 de octubre al 7 de diciembre ▪ La cobertura comienza el 1 de enero 	
Medicare en caso de incapacidad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El período de 7 meses comienza 3 meses antes del 25º mes de incapacidad. ▪ Finaliza 3 meses después del 25º mes de incapacidad. 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los planes deben permitir la inscripción de nuevos miembros 		
1/mayo/2015	Medicare Advantage y otros planes de salud de Medicare	10

- Puede inscribirse al plan Medicare Advantage (MA) durante los siguientes momentos:
 - La primera vez que resulta elegible para Medicare, es decir, durante su período de inscripción inicial, que comienza 3 meses inmediatamente previos al primer día en que tiene derecho a recibir Medicare Parte A (Seguro de Hospital) y Parte B (Seguro Médico).
 - Durante el período de inscripción abierta a Medicare (OEP)
- Puede cambiar a otro plan MA o a Medicare Original durante el OEP, también conocido como el Período de Inscripción Anual. Este período se extiende desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre, todos los años, con cobertura a partir del 1 de enero.
- Si accede a Medicare a causa de una incapacidad, puede inscribirse durante el período de 7 meses que comienza 3 meses antes de su vigésimo quinto mes de discapacidad y finaliza 3 meses después de ese mismo mes.
- Solo se puede inscribir en un plan MA por vez, y la inscripción en un plan suele durar un año calendario.
- Los planes deben permitir la inscripción de nuevos miembros. Los planes pueden tener prohibida la aceptación de nuevos miembros si existe un límite de capacidad aprobado por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Cuándo se puede inscribir o cambiar de plan

Período Especial de Inscripción (SEP)

- Se muda fuera del área de servicios de su plan
- El plan abandona el programa de Medicare o reduce su área de servicios
- Abandono o pérdida de la cobertura del empleador o del sindicato
- Ingreso, permanencia o egreso de un centro de cuidado a largo plazo
- Usted cuenta con un SEP permanente si califica para ayuda adicional
- Pérdida del estado de ayuda adicional
- Inscripción o cambio de plan con una calificación de 5 estrellas
- Notificación retroactiva de derecho a Medicare
- Otras circunstancias excepcionales

1/mayo/2015

Medicare Advantage y otros planes de salud de Medicare

11

Usted puede inscribirse o cambiar de planes si alguna de las siguientes circunstancias especiales que otorgan un Período Especial de Inscripción (SEP) se aplica a su caso:

- Se muda fuera del área de servicios de su plan
- Está inscrito en un plan que decide abandonar el programa de Medicare o reducir su área de servicios al finalizar el año
- Abandona o pierde la cobertura del empleador o del sindicato
- Ingresa, vive o egresa de un centro de cuidado a largo plazo
- Califica para ayuda adicional (tiene un SEP permanente, lo que significa que se puede inscribir o cambiar de plan en cualquier momento)
- Pierde su estado de ayuda adicional
- Se inscribe o cambia a un plan con una calificación de 5 estrellas
- Recibe notificación retroactiva de derecho a Medicare
- Otras circunstancias excepcionales

AVISO: En el caso de gozar de derechos retroactivos, existen normas especiales que permiten la inscripción en un plan Medicare Advantage o Medicare Original y una póliza Medigap. Puede encontrar más información sobre las condiciones que autorizan una excepción en el capítulo 2 del "Manual de Salud Administrada de Medicare", sección 30.4 en [CMS.gov/medicare/health-plans/healthplansgeninfo/downloads/mc86c02.pdf](https://www.cms.gov/medicare/health-plans/healthplansgeninfo/downloads/mc86c02.pdf).

Cuándo se puede asociar o cambiar de plan MA

Período Especial de Inscripción (SEP) 5 estrellas

- Se puede inscribir en un plan Medicare Advantage (MA) 5 estrellas, en un Plan para Recetas Médicas (PDP), en un Plan Medicare Advantage con Recetas Médicas (MA-PD) o en un Plan de Costo
- Inscripción una vez por año desde el 8 de diciembre de 2014 hasta el 30 de noviembre de 2015
- El nuevo plan comienza el primer día del mes siguiente a la inscripción
- La calificación de estrellas se otorga una vez al año
 - Las calificaciones se asignan en octubre y se hacen efectivas el 1 de enero
 - Use la búsqueda de planes Medicare
 - Busque la Calificación General de planes para encontrar planes elegibles

1/mayo/2015

Medicare Advantage y otros planes de salud de Medicare

12

Medicare usa la información de las encuestas de satisfacción, los planes y los proveedores de servicios de salud para otorgar calificaciones generales de estrellas a los planes. Los planes obtienen calificaciones de 1 a 5 estrellas. Una calificación de 5 estrellas es considerada excelente.

- Usted puede usar el Período Especial de Inscripción (SEP) de 5 estrellas para inscribirse en un único plan Medicare Advantage (MA) de 5 estrellas, en un plan MA con Recetas Médicas (MA-PD) de 5 estrellas, en un Plan Medicare para Recetas Médicas (PDP) de 5 estrellas o en un Plan de Costo de 5 estrellas, siempre que cumpla los requisitos de inscripción del plan (por ejemplo, vivir dentro del área de servicios). Si actualmente está inscrito en un plan con una calificación general de 5 estrellas, puede usar este SEP para cambiar a otro plan con la misma calificación.
- Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) también crearon un SEP coordinador para los planes de recetas médicas. Este SEP le permite a las personas que se inscriben en ciertos tipos de planes de 5 estrellas sin cobertura de medicamentos elegir un plan con cobertura, si esa combinación está permitida por las normas de CMS.
- Puede usar el SEP de 5 estrellas una sola vez entre el 8 de diciembre de 2014 y el 30 de noviembre de 2015. Una vez inscrito en un plan de 5 estrellas, su SEP para ese año finaliza y se le permitirá realizar cambios únicamente durante otros períodos de inscripción adecuados. Su inscripción comienza el primer día del mes siguiente al mes en que su plan recibe su solicitud de inscripción.

Los planes obtienen su calificación de estrellas en el mes de octubre de cada año. Aunque el CMS asigna las calificaciones de estrellas a los planes en octubre, en verdad, la calificación de los planes no entra en vigencia hasta el 1 de enero. Si desea encontrar información sobre la calificación de estrellas, visite la búsqueda de planes Medicare en Medicare.gov/find-a-plan. Busque la Calificación General del Plan para identificar planes de 5 estrellas a los que usted se puede trasladar durante este SEP. El folleto "Medicare y usted" no cuenta con todas las calificaciones actualizadas para este SEP.

AVISO: Puede perder su cobertura de recetas médicas si usa este SEP para trasladarse de un plan con cobertura de medicamentos recetados a uno que no tiene. Deberá esperar hasta el siguiente período de inscripción aplicable para obtener cobertura y es posible que deba pagar una multa.

Plan de bajo rendimiento

- Estado de calificación de estrellas con bajo rendimiento
 - Puede tener la opción de trasladarse por única vez a otro plan de medicamentos de Medicare con una calificación de 3, 4 o 5 estrellas si la calificación de su plan fuera menor a 3 estrellas en un período de 3 años
 - El ícono de bajo rendimiento (LPI) aparece en la búsqueda de planes 
 - Los planes pueden no querer desacreditar su estado de LPI mostrando una calificación separada más alta

1/mayo/2015

Medicare Advantage y otros planes de salud de Medicare

13

- Un contrato que obtiene menos de 3 estrellas en el resumen de calificaciones de su Parte C o D durante un período mínimo de 3 años (es decir, con una calificación de 2.5 o menos estrellas para los planes de los años 2013, 2014 y 2015 en su Parte C o D) mostrará la marca del ícono anterior en la Búsqueda de Planes Medicare. Medicare envía las "Información importante sobre sus opciones de planes de Medicare", el número 11633 de producto de CMS a los miembros de estos planes y les da la opción por única vez de trasladarse a otro plan de medicamentos de Medicare con una calificación de 3 estrellas o más. Visite http://www.cms.gov/Medicare/Eligibility-and-Enrollment/MedicareMangCareEligEnrol/Downloads/Feb2015_LPI_Notice_CMS-11633.pdf si desea ver la notificación en inglés y español.
- El resumen de calificaciones ofrece un puntaje general sobre la calidad y el rendimiento del plan de medicamentos y muchos temas diferentes que caen en 4 categorías:
 1. **Servicio al cliente del plan de medicamentos:** Incluye la evaluación de cómo maneja el plan las apelaciones de los miembros.
 2. **Quejas de miembros y cambios en el desempeño del plan de medicamentos:** Incluye la frecuencia con que Medicare se enfrenta a problemas con el plan y con qué frecuencia los miembros tuvieron problemas con el plan. Incluye cuánto mejoró el rendimiento (si se produjo) del plan con el tiempo.
 3. **Experiencia de los miembros con los servicios de medicamentos del plan:** Incluye calificaciones de satisfacción con el plan por parte de los miembros.
 4. **Seguridad de los medicamentos y precisión en el precio de los medicamentos:** Incluye el grado de precisión de la información sobre precios del plan y la frecuencia con la que se recetan medicamentos a los miembros con ciertas condiciones médicas de manera considerada segura y clínicamente recomendada para su afección.
- Esta información se toma de varias fuentes diferentes. En algunos casos se basa en encuestas a los miembros. En otros, se basa en revisiones de facturación o en otro tipo de información que el plan envía a Medicare como resultado de las actividades habituales de monitoreo de Medicare.

Cuándo puede abandonar los planes Medicare Advantage

**1 de enero –
14 de
febrero**

- Puede abandonar un plan Medicare Advantage (MA)
- Trasládarse al Medicare Original
 - La cobertura comienza a partir del primer día del mes posterior al cambio
 - Se puede inscribir en un Plan Parte D
 - La cobertura de medicamentos comienza el primer día del mes posterior a la inscripción al plan
- No se puede inscribir en otro plan MA durante ese período
- Se puede comprar una póliza de Asegurador Suplementario de Medicare (Medigap)

1/mayo/2015

Medicare Advantage y otros planes de salud de Medicare

14

Si usted pertenece a un plan Medicare Advantage (MA) o a un plan Medicare Advantage con Recetas Médicas (MA-PD), puede trasladarse a Medicare Original entre el 1 de enero y el 14 de febrero. Si vuelve a Medicare Original durante este tiempo, la cobertura del plan entrará en vigencia el primer día del mes calendario siguiente a la fecha en la que se realizó la elección o el cambio.

Para desafilarse de un plan MA y volver a Medicare Original durante este período, puede hacer lo siguiente

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

Si efectúa este cambio, también puede inscribirse en un plan Medicare para Recetas Médicas para añadir cobertura de medicamentos. La cobertura comienza el primer día del mes posterior al momento en que el plan recibe el formulario de inscripción.

Si abandona un plan MA, podrá o no tener la posibilidad de comprar una póliza de Asegurador Suplementario de Medicare (Medigap). Dependerá de sus circunstancias individuales. Es posible que se apliquen ciertos derechos federales. Cada estado puede proporcionar protecciones adicionales. Puede adquirir una póliza de Medigap en cualquier momento en que un plan le venda una. Consulte la diapositiva 15 para obtener más información.

No se puede inscribir en otro plan MA durante ese período. Es importante recordar que en cualquier momento en que se inscriba en un nuevo plan MA, MA-PD o en un Plan para Recetas Médicas, automáticamente quedará desafectado de su plan anterior. Esto incluye los planes de la Organización para el Mantenimiento de la Salud y de la Organización de Proveedores Preferidos solo para MA. No obstante, existen excepciones limitadas para miembros de planes Privados de Pago por Servicio solo para MA, de Costos y Medicare de Cuenta de Ahorros Médicos. Una vez inscrito, la cobertura comienza el primer día del mes posterior al momento en que el plan recibe el formulario de inscripción.

Derechos de prueba de Medicare Advantage y Medigap

- Derechos especiales de Medigap para personas que se inscriben en el plan Medicare Advantage por primera vez
 - Cuando se obtiene la elegibilidad por primera vez a los 65 o
 - Cuando se abandona Medicare Original y se cae la póliza de Medigap
- Se puede desafiliar durante los primeros 12 meses
 - Volver a Medicare Original
 - Contar con derechos de emisión garantizada para Medigap

1/mayo/2015

Medicare Advantage y otros planes de salud de Medicare

15

Si se inscribe en el plan Medicare Advantage (MA) por primera vez, no está satisfecho con el plan y vuelve a Medicare Original dentro de los primeros 12 meses de la inscripción, tendrá derechos especiales para adquirir una póliza Medigap (asegurador suplementario de Medicare)

- Si se inscribió en un plan MA cuando resultó elegible por primera vez para Medicare a los 65
 - Si se inscribió en un plan MA cuando resultó elegible por primera vez para Medicare, puede elegir cualquier póliza de Medigap dentro del primer año de inscripción.
- Si estuvo en Medicare Original, se inscribió en un plan MA por primera vez y se le cayó una póliza de Medigap
 - Si tenía una póliza de Medigap antes de inscribirse, es posible que pueda recuperar la misma póliza si la compañía todavía la tiene en venta. Si no está disponible, puede adquirir otra póliza de Medigap.

AVISO: La póliza de Medigap no puede poseer cobertura de medicamentos recetados aunque la haya tenido antes, pero usted puede inscribirse en un plan Medicare para Recetas Médicas. Puede adquirir una póliza de Medigap en cualquier momento en que un plan le venda una. Visite

[Medicare.gov/Publications/Search/results.asp?PubID=02110&PubLanguage=1&Type=PubID](https://www.medicare.gov/Publications/Search/results.asp?PubID=02110&PubLanguage=1&Type=PubID) si desea obtener más información sobre las pólizas de Medigap.

Tipos de planes Medicare Advantage

- Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO)
- HMO con Punto de Servicio
- Organización de Proveedor Preferido
- Plan para Necesidades Especiales
- Privado de Pago por Servicio
- Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare

1/mayo/2015

Medicare Advantage y otros planes de salud de Medicare

16

Los planes Medicare Advantage incluyen

- Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO)
- HMO con Punto de Servicio
- Organización de Proveedor Preferido
- Plan para Necesidades Especiales
- Privado de Pago por Servicio
- Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare

Plan de la Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) de Medicare

¿Puede obtener servicios médicos de cualquier médico u hospital?	No. En general debe atenderse con médicos, otros proveedores de servicios de salud u hospitales que se encuentran en la red del plan (salvo en caso de atención de emergencia, atención urgente o diálisis fuera del área). En algunos planes, es posible salir de la red para obtener ciertos servicios, usualmente con un costo mayor. Esto se llama HMO con opción de punto de servicio.
¿Están cubiertas sus recetas médicas?	En la mayoría de los casos, sí. Pregunte en el plan. Si desea cobertura de medicamentos de Medicare, debe inscribirse en un plan HMO que ofrezca cobertura de recetas médicas.
¿Necesita elegir un médico de cabecera?	En la mayoría de los casos, sí.
¿Necesita un referido para ver a un especialista?	En la mayoría de los casos, sí. Ciertos servicios, como las mamografías anuales, no necesitan referidos.
¿Qué más necesita saber sobre el tipo de plan?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si su médico u otro proveedor de servicios de salud abandona el plan, su plan le avisará y usted puede elegir otro médico del plan. ▪ Si recibe atención médica fuera de la red del plan, es posible que deba pagar el costo completo. ▪ Es importante que respete las normas del plan. Por ejemplo, el plan puede exigir aprobación previa para ciertos servicios.
1/mayo/2015	Medicare Advantage y otros planes de salud de Medicare
	17

- En el plan de la Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) de Medicare, normalmente debe recibir atención y servicios de médicos u hospitales que pertenezcan a la red del plan (salvo en caso de atención de emergencia, atención urgente o diálisis fuera del área). En algunos planes, es posible salir de la red para obtener ciertos servicios, usualmente con un costo mayor. Esto se llama HMO con opción de punto de servicio.
- En la mayoría de los casos, están cubiertos los medicamentos con receta. Pregunte en el plan. Si desea cobertura de medicamentos, debe inscribirse en un plan HMO que ofrezca cobertura de recetas médicas.
- En la mayoría de los casos, necesita elegir un médico de cabecera y tendrá que obtener un referido para ver a un especialista. Ciertos servicios, como las mamografías anuales, no necesitan referidos.
- Existen otras cuestiones que debe saber:
 - Si su médico abandona el plan, en general usted no puede abandonar el plan Medicare Advantage (MA). Su plan le enviará una notificación y podrá elegir otro médico dentro del plan.
 - Si recibe atención fuera de la red del plan, es posible que deba pagar el costo completo.
 - Es importante que respete las normas del plan. Por ejemplo, el plan puede exigir aprobación previa para ciertos servicios.

Los planes MA varían. Lea el material individual de cada plan con atención para asegurarse de entender las normas del plan. Tal vez desee comunicarse con el plan para saber si está cubierto el servicio que necesita y cuánto cuesta.

Plan de la Organización de Proveedores Preferidos (PPO) Medicare

¿Puede obtener servicios médicos de cualquier médico u hospital?	En la mayoría de los casos, sí. Los PPO tienen médicos, otros proveedores de servicios de salud y hospitales en la red, pero también puede usar proveedores fuera de la red para servicios cubiertos, en general con un costo más elevado.
¿Están cubiertas sus recetas médicas?	En la mayoría de los casos, sí. Si desea cobertura de medicamentos de Medicare, debe inscribirse en un plan PPO que ofrezca cobertura de recetas médicas. Puede comunicarse con cada plan individual para averiguar si ofrecen cobertura de recetas médicas.
¿Necesita elegir un médico de cabecera?	No.
¿Necesita un referido para ver a un especialista?	En la mayoría de los casos, no.
¿Qué más necesita saber sobre el tipo de plan?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los planes PPO no son iguales que los de Medicare Original o Medigap. ▪ Los planes PPO de Medicare suelen ofrecer más beneficios que Medicare Original, pero tal vez deba realizar pagos adicionales para recibir estos beneficios.
1/mayo/2015	Medicare Advantage y otros planes de salud de Medicare
	18

- En un plan de la Organización de Proveedores Preferidos (PPO) de Medicare, cuenta con médicos y hospitales de la red de PPO; sin embargo, también puede usar proveedores fuera de la red para servicios cubiertos, en general con un costo más elevado.
- En la mayoría de los casos, están cubiertos los medicamentos con receta. Si desea cobertura de medicamentos, debe inscribirse en un plan PPO que ofrezca cobertura de recetas médicas. Puede comunicarse con cada plan individual para averiguar si ofrecen cobertura de recetas médicas.
- No necesita elegir un médico de cabecera y no tendrá que obtener un referido para ver a un especialista.
- Existen otras cuestiones que debe saber:
 - Los planes PPO no son iguales que los de Medicare Original o las pólizas de Medigap (aseguramiento suplementario de Medicare).
 - Los planes PPO de Medicare también pueden ofrecer más beneficios que no están disponibles en Medicare Original, pero tal vez deba realizar pagos adicionales para recibir estos beneficios.

Los planes Medicare Advantage para su área pueden variar. Lea el material individual de cada plan con atención para asegurarse de entender las normas del plan. Tal vez desee comunicarse con el plan para saber si está cubierto el servicio que necesita y cuánto cuesta.

Plan para Necesidades Especiales (SNP)

¿Puede obtener servicios médicos de cualquier médico u hospital?	En general debe atenderse con médicos, otros proveedores de servicios de salud u hospitales que se encuentran en la red del plan (salvo en caso de atención de emergencia, atención urgente o diálisis fuera del área).
¿Están cubiertas sus recetas médicas?	Sí. Todos los SNP deben ofrecer cobertura de recetas médicas para Medicare (Parte D).
¿Necesita elegir un médico de cabecera?	En general, sí.
¿Necesita un referido para ver a un especialista?	En la mayoría de los casos, sí. Ciertos servicios, como las mamografías anuales, no necesitan referidos.

1/mayo/2015 Medicare Advantage y otros planes de salud de Medicare 19

Los planes para Necesidades Especiales (SNP) son planes Medicare Advantage designados para proporcionar atención personalizada, proveedores del plan con conocimientos especializados y beneficios adaptados a las condiciones de las personas inscritas.

- En general debe atenderse con médicos, otros proveedores de servicios de salud u hospitales que se encuentran en la red del plan (salvo en caso de atención de emergencia, atención urgente o diálisis fuera del área).
- Todos los SNP deben ofrecer cobertura de recetas médicas para Medicare (Parte D).
- En general necesita elegir un médico de cabecera.
- En la mayoría de los casos, necesita un referido para ver a un especialista. Ciertos servicios, como las mamografías anuales, no necesitan referidos.

Planes para Necesidades Especiales (SNP) - continuación

¿Qué más necesita saber sobre el tipo de plan?

- Un plan debe limitar la afiliación al plan a personas de uno de los siguientes grupos:
 1. Quienes viven en ciertas instituciones (como un asilo de ancianos), o quienes necesitan atención de enfermería en su domicilio
 2. Quienes son elegibles tanto para Medicare como para Medicaid
 3. Quienes tienen condiciones crónicas o incapacidades específicas
- El plan puede limitar la afiliación aún más
- El plan debe coordinar los servicios y proveedores que usted necesita
- El plan debe asegurarse de que los proveedores que usted usa aceptan Medicaid si usted tiene Medicare y Medicaid
- El plan debe asegurarse de que los proveedores del plan atiendan en el lugar donde usted vive si vive en una institución

1/mayo/2015

Medicare Advantage y otros planes de salud de Medicare

20

Existen otras cosas que necesita saber sobre los Plan para Necesidades Especiales (SNP) de Medicare

- Un plan debe limitar la afiliación al plan a personas de uno de los siguientes grupos:
 1. Personas que viven en ciertas instituciones (como un asilo de ancianos), o quienes necesitan atención de enfermería en su domicilio
 2. Personas que son elegibles tanto para Medicare como para Medicaid
 3. Personas que tienen condiciones crónicas o incapacidades específicas (como diabetes, Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD), VIH/SIDA, deficiencia cardíaca o demencia)
- Los planes pueden limitar la afiliación aún más.
- Los planes deben coordinar los servicios y proveedores que usted necesita para ayudar a conservar su salud y seguir las indicaciones del médico.
- Si tiene Medicare y Medicaid, su plan debe asegurarse de que todos los médicos y demás proveedores de servicios de salud que usted usa acepten Medicaid.
- Si vive en una institución, asegúrese de que los médicos del plan y otros proveedores de servicios de salud atiendan a las personas en el lugar donde usted vive.

Los planes Medicare Advantage pueden variar. Lea el material individual de cada plan con atención para asegurarse de entender las normas del plan. Tal vez desee comunicarse con el plan para saber si está cubierto el servicio que necesita y cuánto cuesta.

Plan Privado de Pago por Servicio (PFFS) de Medicare

¿Puede obtener servicios médicos de cualquier médico u hospital?	En algunos casos, sí. Puede visitar a cualquier médico aprobado por Medicare, otro proveedor de servicios de salud u hospital que acepte los términos de pago del plan y esté de acuerdo en brindarle tratamiento. Si se inscribe en el plan PFFS que tiene una red, también puede ver a alguno de los proveedores de la red que hayan acordado atender siempre a los miembros del plan. Puede optar por un médico, hospital u otro proveedor fuera de la red que acepten los términos del plan, pero es posible que pague más.	
¿Están cubiertas sus recetas médicas?	Algunas veces. Si su plan PFFS no ofrece cobertura de medicamentos, se puede inscribir en un plan Medicare para Recetas Médicas (parte D) para obtener cobertura.	
¿Necesita elegir un médico de cabecera?	No.	
¿Necesita un referido para ver a un especialista?	No.	
1/mayo/2015	Medicare Advantage y otros planes de salud de Medicare	21

- En un plan Privado de Pago-por-Servicio (PFFS), puede visitar a cualquier médico aprobado por Medicare, otro proveedor de servicios de salud u hospital que acepte los términos de pago del plan y esté de acuerdo en brindarle tratamiento.
 - Si se inscribe en el plan PFFS que tiene una red, también puede ver a alguno de los proveedores de la red que hayan acordado atender siempre a los miembros del plan. Puede optar por un médico, hospital u otro proveedor fuera de la red que acepten los términos del plan, pero es posible que pague más.
- Algunas veces se cubren los medicamentos con recetas. Si su plan PFFS no ofrece cobertura de medicamentos, se puede inscribir en un plan Medicare para Recetas Médicas para obtener cobertura.
- No necesita elegir un médico de cabecera y tampoco tendrá que obtener un referido para ver a un especialista.

Además, todos los planes PFFS que no provienen del empleador deben cumplir con los requisitos de acceso a Medicare a través de contratos con los proveedores si existen dos o más opciones de planes Medicare Advantage para la red.

Plan Privado de Pago por Servicio (PFFS) de Medicare (continuación)

¿Qué más necesita saber sobre el tipo de plan?

- Los planes PFFS no son iguales que los de Medicare Original o Medigap
- El plan decide cuánto debe pagar usted por los servicios
- Algunos planes PFFS contratan una red de proveedores que acuerdan atención permanente incluso cuando usted nunca los haya visitado
- Los médicos, hospitales y otros proveedores fuera de la red pueden decidir no brindarle tratamiento incluso si usted ya los ha visitado
- Para cada servicio que obtiene, asegúrese de que los médicos, hospitales y otros proveedores acuerden tratarlo con este plan y acepten los términos de pago del plan
- En una emergencia, los médicos, hospitales y otros proveedores deben brindarle tratamiento

1/mayo/2015

Medicare Advantage y otros planes de salud de Medicare

22

Existen otras cuestiones que debe saber sobre los planes Privados de Pago por Servicio (PFFS) de Medicare:

- Los planes PFFS no son iguales que los de Medicare Original o Medigap.
- El plan decide cuánto debe pagar usted por los servicios.
- Algunos planes PFFS contratan una red de proveedores que acuerdan atención permanente incluso cuando usted nunca los haya visitado.
- Los médicos, hospitales y otros proveedores fuera de la red pueden decidir no brindarle tratamiento incluso si usted ya los ha visitado.
- Para cada servicio que obtiene, asegúrese de que los médicos, hospitales y otros proveedores acuerden tratarlo con este plan y acepten los términos de pago del plan.
- En una emergencia, los médicos, hospitales y otros proveedores deben brindarle tratamiento.

Los planes Medicare Advantage pueden variar sus beneficios y costos. Lea el material individual de cada plan con atención para asegurarse de entender las normas del plan. Tal vez desee comunicarse con el plan para saber si está cubierto el servicio que necesita y cuánto cuesta.

Requisitos de acceso al Plan Privado de Pago por Servicio (PFFS) de Medicare

- Los planes PFFS patrocinados por el empleador/el sindicato deben cumplir con los requisitos de acceso
 - Los planes pueden cumplir los requisitos de acceso a través de una red contratada de proveedores
- Los planes PFFS que no provienen del empleador deben cumplir los requisitos de acceso a través de contratos con los proveedores
 - Siempre que haya 2 o más opciones basadas en la red para el Plan Medicare Advantage

1/mayo/2015

Medicare Advantage y otros planes de salud de Medicare

23

La razón de ser de los requisitos de acceso a Medicare es que las personas con Medicare tengan acceso a una cantidad de proveedores suficiente en su área que deseen ofrecerles tratamiento.

- Requisitos de acceso
 - Los planes Privados de Pago por Servicio (PFFS) patrocinados por el empleador/el sindicato deben firmar contratos con la cantidad de proveedores suficiente en todas las categorías de servicio de las áreas en las que prestan servicio.
 - Los planes PFFS que no provienen del empleador en las *áreas de la red* deben suscribir contratos con una cantidad suficiente de proveedores en todas las categorías de servicio con las que operan.
 - Las áreas de la red son aquellas en las cuales al menos 2 planes de la red están operando con inscripción para un año de plan determinado.

Cuentas de Ahorros Médicos y Medicare

- Planes de Cuentas de Ahorros de Medicare
 - Combinan un plan de altos deducibles con una cuenta bancaria
 - Medicare deposita el dinero en su cuenta
 - Use el dinero para pagar los servicios

Existen otros tipos de planes Medicare Advantage menos comunes, como los planes de Ahorros Médicos (MSA): un plan que combina el plan de salud con altos deducibles y una cuenta bancaria. Medicare deposita el dinero en la cuenta y usted usa ese dinero para pagar los servicios de atención médica.

Si desea obtener más información sobre los planes MSA, visite [Medicare.gov/sign-up-change-plans/medicare-health-plans/medicare-savings-accounts/medical-savings-account-plans.html](https://www.medicare.gov/sign-up-change-plans/medicare-health-plans/medicare-savings-accounts/medical-savings-account-plans.html). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

Plan Medicare Advantage (MA) Cambios en la red

- Muchos tipos de planes MA tienen redes de proveedores
- Los planes pueden cambiar de red en cualquier momento
 - Deben proteger a sus beneficiarios de interrupciones en su atención médica
 - Deben mantener el acceso adecuado a los servicios
 - Deben notificar a los beneficiarios que consultan a los proveedores afectados al cambio
 - Con un mínimo de 30 días antes de la finalización
- Los cambios en la red a mitad de año no justifican un Período Especial de Inscripción en la mayoría de los casos

1/mayo/2015

Medicare Advantage y otros planes de salud de Medicare

25

Los planes Medicare Advantage (MA) basados en la red (por ej., Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud, Organizaciones de Proveedores Preferidos y Planes Privados de Pago por Servicio con redes) pueden realizar cambios en su red de proveedores contratados en cualquier momento del año. Es importante saber que los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) cuentan con protecciones para asegurarse de que las personas con Medicare estén a salvo de interrupciones en la atención médica.

Como ejemplo, CMS exige que los planes mantengan la continuidad en la atención a las personas inscritas afectadas, garantizándoles el acceso continuo a los servicios necesarios por razones médicas, sin interrupciones, siempre que la condición médica del beneficiario de Medicare lo requiera.

- Cuando los planes MA realizan cambios en sus redes, CMS también exige que mantengan un acceso adecuado a todos los servicios necesarios por razones médicas de Medicare Parte A (Seguro de Hospital) y Parte B (Seguro Médico) a través de la red de proveedores que les queda. Si la red restante no cumple con el acceso a Medicare y las normas de disponibilidad, los planes deben agregar todos los proveedores nuevos que se necesiten para cubrir los requisitos de acceso de los CMS.
- Además, cuando un plan MA realiza un cambio en su red de proveedores, debe enviar notificaciones escritas a los beneficiarios que visitan regularmente al proveedor cuyo contrato están cancelando. Esta notificación se debe enviar como mínimo 30 días antes de la fecha de cancelación. En esta notificación, el plan debe ofrecer una lista de proveedores alternativos y permitir a los beneficiarios que cambien de proveedor.
- En la mayoría de los casos, los cambios de red de proveedores a mitad de año no justifican que se recurra a un período de Inscripción Excepcional/Inscripción Especial.

Entre una organización de MA y un proveedor contratado se deben enviar un aviso por escrito con al menos 60 días de anticipación a la cancelación de un contrato sin causa. Todo contrato entre una organización de MA y un proveedor contratado puede prever un requisito de notificación por un período de tiempo más largo para la cancelación sin causa. CMS no participa en litigios contractuales.

Compruebe sus conocimientos — Pregunta 1

Los planes Medicare Advantage algunas veces se llaman

- a. Parte A
- b. Parte B
- c. Parte C
- d. Parte D

1/mayo/2015

Medicare Advantage y otros planes de salud de Medicare

26

Compruebe sus conocimientos—Pregunta 1

Los planes Medicare Advantage (MA) algunas veces se llaman

- a. Parte A
- b. Parte B
- c. Parte C
- d. Parte D

RESPUESTA: c. Parte C

Los planes MA son parte del programa Medicare y algunas veces se llaman Parte C.

Compruebe sus conocimientos — Pregunta 2

La mayoría de las personas inscritas en un plan Medicare Advantage no necesitan pagar más una prima mensual de Medicare Parte B.

- a. Verdadero
- b. Falso

1/mayo/2015

Medicare Advantage y otros planes de salud de Medicare

27

Compruebe sus conocimientos—Pregunta 2

La mayoría de las personas inscritas en un plan Medicare Advantage (MA) no deben pagar más una prima mensual de Medicare Parte B.

- a. Verdadero
- b. Falso

RESPUESTA: b. Falso

Si se inscribe en un plan MA, debe continuar pagando la prima mensual de Medicare Parte B. La prima de la Parte B en 2015 es de \$104.90 para la mayoría de las personas.

- Muy pocos planes pueden pagarle todo o parte de la prima de la Parte B.
- Algunas personas pueden ser elegibles para asistencia estatal.

Lección 2 — Otros planes de salud de Medicare

- Plan(es) de Costo(s) Medicare
- Programas piloto y proyectos de innovación de Medicare
- Programa(s) de Cuidado Integral para Ancianos (PACE)

1/mayo/2015

Medicare Advantage y otros planes de salud de Medicare

28

La lección 2, "Otros planes de salud de Medicare" ofrece información sobre lo siguiente:

- Plan(es) de Costo(s) Medicare
- Proyectos de innovación de Medicare (demostraciones y programas piloto)
- Programa(s) de Cuidado Integral para Ancianos (o "PACE")

Otros planes de salud de Medicare

- Otros tipos de planes de salud de Medicare que ofrecen cobertura de servicios de salud no forman parte de Medicare Advantage
 - Pero siguen siendo parte de Medicare
 - Algunos ofrecen cobertura de Parte A y/o de Parte B
 - Algunos ofrecen cobertura de recetas médicas para Medicare

1/mayo/2015

Medicare Advantage y otros planes de salud de Medicare

29

Algunos tipos de planes de salud de Medicare que ofrecen cobertura de servicios de salud no son planes Medicare Advantage (MA) pero siguen siendo parte de Medicare. Algunos de estos planes ofrecen cobertura de Parte A (Seguro de Hospital) y/o Parte B (Seguro Médico) y algunos también ofrecen cobertura de recetas médicas para Medicare (Parte D). Estos planes comparten algunas de las normas de los planes MA. Algunas de estas normas se explican brevemente en las próximas diapositivas. Sin embargo, cada tipo de plan tiene normas y excepciones especiales, de modo que para obtener más detalles debe contactarse con el plan en el que tiene interés.

AVISO: Las siguientes diapositivas ofrecen un breve panorama general de cada uno de los tipos de plan de salud de Medicare.

Plan(es) de Costo(s) Medicare

- Disponible en áreas limitadas
- Debe tener Medicare Parte B para inscribirse
- Puede visitar a un proveedor fuera de la red
 - Servicios cubiertos por Medicare Original
- Se acepta que los nuevos miembros se inscriban en cualquier momento
- Puede abandonar el plan en cualquier momento y volver a Medicare Original
- Obtenga cobertura Medicare para recetas médicas
 - Por parte del plan (si la ofrecen)
 - Inscribese en un plan individual Medicare para Recetas Médicas.

1/mayo/2015

Medicare Advantage y otros planes de salud de Medicare

30

- Los Plan(es) de Costo(s) Medicare son un tipo de plan de salud de Medicare disponible solo en ciertas áreas del país.
- Se puede inscribir incluso si tiene solamente Medicare Parte B (Seguro Médico).
 - Si visita a un proveedor fuera de la red, los servicios quedan cubiertos por Medicare Original. Usted pagaría la prima de la Parte B y los coseguros y deducibles de la Parte A (Seguro de Hospital) y la Parte B.
- Puede inscribirse en un Plan de Costos Medicare en cualquier momento en que acepten nuevos miembros.
- Puede abandonar un Plan de Costos Medicare en cualquier momento y volver a Medicare Original.
- Puede obtener cobertura de recetas médicas de Medicare a través del plan (si la ofrecen) o puede adquirir un Plan Medicare para Recetas Médicas para agregar cobertura de medicamentos recetados. Se puede sumar o cancelar la cobertura de recetas médicas de Medicare solo en ciertos momentos.

Si desea obtener más información sobre los Plan(es) de Costo(s) de Medicare, comuníquese con el plan en el que tiene interés. Su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) puede ofrecerle más información. Si desea obtener el número telefónico de su SHIP, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

Programas piloto y proyectos de innovación

- Proyectos especiales que ponen a prueba mejoras en
 - Cobertura de Medicare
 - Pago
 - Calidad de la atención
- Elegibilidad normalmente limitada
 - Grupo específico de personas o área específica del país
- Ejemplos de cómo ayudar a mejorar a Medicare
 - Plan MA para pacientes con Enfermedad Renal en Etapa Final
 - Nuevos servicios preventivos de Medicare

1/mayo/2015

Medicare Advantage y otros planes de salud de Medicare

31

Los proyectos de innovación y los programas piloto de Medicare son proyectos especiales que ponen a prueba mejoras en la cobertura, el pago y la calidad de atención de Medicare. Normalmente se ofrecen a un grupo específico de personas y/o solamente en áreas específicas. Algunos siguen las normas del plan Medicare Advantage, pero otros no. Los resultados de los proyectos de innovación han ayudado a perfilar muchos de los cambios que se han producido en Medicare a lo largo de estos años.

Consulte con el proyecto de innovación o el programa piloto si desea obtener más información sobre su funcionamiento. Para encontrar más información, visite [CMS.gov/medicare/demonstration-projects/demoprojectsevalrpts/index.html](https://www.cms.gov/medicare/demonstration-projects/demoprojectsevalrpts/index.html), [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov), o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

AVISO: El capacitador puede agregar contenido específico del estado o dar un ejemplo.

Planes Programa(s) de Cuidado Integral para Ancianos (PACE) de Medicare

- Combina servicios para personas ancianas y frágiles
 - Servicios médicos, sociales y de cuidado a largo plazo
 - Incluye cobertura para recetas médicas
- Alternativa al cuidado de asilo
- Sólo en estados que lo ofrecen mediante Medicaid
- Los requisitos varían de un estado a otro
 - Comuníquese con la Oficina Estatal de Asistencia Médica (Medicaid) para obtener más información

1/mayo/2015

Medicare Advantage y otros planes de salud de Medicare

32

Los Programa(s) de Cuidado Integral para Ancianos (PACE) combinan servicios médicos, sociales y de cuidado a largo plazo para personas ancianas y frágiles que viven y reciben servicios de salud en la comunidad. PACE provee todos los servicios necesarios por razones médicas, incluso los medicamentos recetados. Según las circunstancias, PACE podría ser la mejor opción para algunas personas en lugar de recibir atención a través de un asilo de ancianos. PACE es un programa conjunto de Medicare y Medicaid que puede estar disponible en estados que lo han elegido como un beneficio opcional de Medicaid. Los requisitos para inscribirse en PACE varían de un estado a otro.

Llame a la Oficina Estatal de Asistencia Médica (Medicaid) para averiguar la elegibilidad y si hay un centro de PACE cerca de su casa. Visite Medicare.gov/contacts para conocer el número telefónico de la oficina de Medicaid de su estado.

AVISO: El instructor puede poner de relieve los planes locales.

Compruebe sus conocimientos — Pregunta 3

Los Programa(s) de Cuidado Integral para Ancianos (PACE) son un tipo de plan Medicare Advantage.

- a. Verdadero
- b. Falso

1/mayo/2015

Medicare Advantage y otros planes de salud de Medicare

33

Compruebe sus conocimientos—Pregunta 3

Los Programa(s) de Cuidado Integral para Ancianos (PACE) son un tipo de plan Medicare Advantage (MA).

- a. Verdadero
- b. Falso

RESPUESTA: b. Falso

PACE no es un plan MA, pero sigue siendo parte de un programa de Medicare. Se trata de un programa conjunto de Medicare y Medicaid que puede estar disponible en estados que lo han elegido como un beneficio opcional de Medicaid. Los requisitos para inscribirse en PACE varían de un estado a otro.

PACE combina servicios médicos, sociales y de cuidado a largo plazo para personas ancianas y frágiles que viven y reciben servicios de salud en la comunidad. PACE provee todos los servicios necesarios por razones médicas, incluso los medicamentos recetados. Según las circunstancias, PACE podría ser la mejor opción para algunas personas en lugar de recibir atención en un asilo de ancianos.

Llame a la Oficina Estatal de Asistencia Médica (Medicaid) para averiguar la elegibilidad y si hay un centro de PACE cerca de su casa.

Lección 3 — Derechos, protecciones y apelaciones

- Derechos y protecciones garantizados
- Apelaciones
- Notificaciones obligatorias
- Recordatorios de marketing del plan Medicare Advantage

1/mayo/2015

Medicare Advantage y otros planes de salud de Medicare

34

La lección 3, "Derechos, protecciones y apelaciones" ofrece información sobre lo siguiente:

- Derechos y protecciones garantizados
- Apelaciones
- Notificaciones obligatorias
- Recordatorios de marketing del plan Medicare Advantage

Derechos garantizados

- Recibir los servicios de atención médica necesarios
- Obtener información fácil de entender
- Privacidad de la información médica personal

1/mayo/2015

Medicare Advantage y otros planes de salud de Medicare

35

Todas las personas que tienen Medicare tienen ciertos derechos y protecciones garantizados. Usted tiene estos derechos y protecciones ya sea que esté en Medical Original, en el plan Medicare Advantage, en otro plan de salud de Medicare, en un plan de medicamentos para Medicare o tenga una póliza de Medigap.

- Todas las personas con Medicare tienen derechos garantizados a
 - Recibir los servicios de atención médica que necesitan
 - Obtener información fácil de entender
 - Tener privacidad en la información médica personal

Derechos en los planes de salud de Medicare

- Elección de los proveedores de servicios de salud
- Acceso a proveedores de servicios de salud (plan de tratamiento)
- Conocimiento del método de pago que reciben sus médicos
- Proceso de apelaciones imparcial, eficaz y oportuno
- Proceso de queja formal
- Información de cobertura/pago antes del servicio
- Privacidad de la información personal de salud

1/mayo/2015

Medicare Advantage y otros planes de salud de Medicare

36

Si pertenece a un plan de salud de Medicare, además de los derechos y protecciones antes descritos, también tiene derecho a

- Elegir proveedores de servicios de salud del plan, para poder recibir atención médica cubierta.
- Recibir un plan de tratamiento por parte de su médico si tiene una condición médica grave o compleja. Un plan de tratamiento le permite consultar a un especialista dentro del plan todas las veces que usted o su médico lo crean necesario. Las mujeres tienen derecho a consultar directamente al especialista en atención de salud de la mujer dentro del plan sin necesidad de referidos para recibir atención médica preventiva o de rutina.
- Saber de qué manera se le paga a sus médicos en caso de consultarlo al plan. Medicare no acepta planes en los que se les pague a los médicos de una manera que interfiera con la atención que usted necesita recibir.
- Un proceso de apelaciones imparcial, eficaz y oportuno para resolver litigios sobre pagos y cobertura respecto del plan. Tiene derecho a pedir a su plan que le brinde o le pague un servicio que usted cree que debe estar cubierto, provisto o no debe discontinuarse.
- Presentar una queja formal sobre otras cuestiones o problemas que tenga con su plan (por ej., si cree que las horas de operación de su plan deben ser diferentes o no cuenta con la cantidad de especialistas suficiente dentro del plan para cubrir sus necesidades). Revise los materiales de afiliación o llame a su plan para averiguar de qué manera puede presentar una queja formal.
- Reciba una decisión o información de cobertura por parte de su plan antes de recibir un servicio para saber si el artículo o servicio va a estar cubierto o para obtener información sobre las normas de cobertura. También puede llamar a su plan si tiene alguna duda sobre los derechos y protecciones de atención médica a domicilio. Su plan debe brindarle información si usted pregunta.
- Privacidad de la información personal de salud.

Si desea obtener más información, lea los materiales de afiliación de su plan o llámelos.

Apelaciones en los planes Medicare Advantage

- El plan debe indicar por escrito la manera en que puede apelar si
 - No pagan un servicio
 - No autorizan un servicio
 - Se interrumpe o reduce el ciclo de tratamiento
- Se puede pedir una decisión acelerada (rápida)
 - El plan debe decidir dentro de las 72 horas
- Consulte el material de afiliación de su plan
 - Instrucciones sobre cómo presentar una apelación o una queja formal

1/mayo/2015

Medicare Advantage y otros planes de salud de Medicare

37

El plan debe decirle por escrito cómo puede apelar si su plan no paga, no autoriza o interrumpe o reduce un ciclo de tratamiento que usted cree que debe ser cubierto o provisto. Si cree que su salud podría verse gravemente deteriorada al tener que esperar una decisión sobre un servicio, debe pedir al plan que tome una decisión de apelación acelerada (rápida).

Si la solicitud de decisión acelerada es presentada o respaldada por un médico, el plan debe tomar su decisión dentro de las 72 horas. Usted o el plan pueden extenderse por un lapso de hasta 14 días para obtener más información médica. Después de presentar la apelación, el plan revisará su decisión. A continuación, si el plan no decide a su favor, una organización independiente que trabaja para Medicare —y no pertenece al plan— revisa la decisión.

Consulte el material de afiliación al plan o comuníquese con ellos para obtener más detalles sobre sus derechos de apelación de Medicare.

Proceso de apelaciones de Medicare Parte C



*Estos plazos establecidos previos al servicio incluyen una posible ampliación de hasta 14 días.

1/mayo/2015

Medicare Advantage y otros planes de salud de Medicare

38

Este cuadro muestra el proceso de apelaciones para el plan Medicare Advantage o para otras personas inscritas en el plan de salud de Medicare. Los plazos establecidos difieren según si está solicitando una apelación estándar, o si usted cumple los requisitos para una apelación acelerada (rápida).

Si usted le pide a su plan que le proporcione o pague un artículo o servicio y se le deniega esa solicitud, puede apelar la decisión inicial del plan (la "determinación de la organización"). Recibirá una notificación en la que explique por qué se le denegó su solicitud y las instrucciones sobre cómo apelar la decisión de su plan.

Existen 5 niveles de apelación. Si no está de acuerdo con una decisión tomada en cualquier nivel del proceso, puede dirigirse al siguiente nivel si cumple los requisitos para hacerlo.

En primer lugar, su plan realizará una decisión. Estos plazos establecidos previos al servicio incluyen una posible ampliación de hasta 14 días. Después de cada nivel, recibirá las instrucciones sobre cómo proceder para pasar al siguiente nivel de apelación. Los 5 niveles de apelación son

1. Reconsideración por parte del plan
2. Reconsideración por parte de una Entidad de Revisión Independiente
3. Audiencia con un Juez de la Justicia Administrativa: la cantidad de su reclamo debe cumplir con un monto mínimo en dólares, una cifra que se actualiza anualmente (\$150 en 2015)
4. Revisión por parte del Consejo de Apelaciones de Medicare
5. Revisión por parte de un juzgado federal de distrito: para conseguir una revisión por parte de un juzgado federal, la cantidad en litigio restante de su caso debe cumplir con un monto mínimo en dólares que se actualiza anualmente (\$1,460 en 2015)

Si desea obtener más información, visite, [CMS.gov/Medicare/Appeals-and-Grievances/OrgMedFFSAppeals/index.html](https://www.cms.gov/Medicare/Appeals-and-Grievances/OrgMedFFSAppeals/index.html).

AVISO: Consulte el Apéndice A y el Apéndice B para obtener una copia del cuadro con notas al pie en tamaño real sobre el proceso de apelaciones de la Parte C (Medicare Advantage).

Derechos si presenta una apelación con su plan de salud de Medicare

- Derecho a obtener los expedientes de su plan
 - Llamar o a escribir a su plan
 - El plan puede cobrarle una tarifa

Usted tiene ciertos derechos de apelación si está en un plan de salud de Medicare.

Es posible que desee llamar o escribir a su plan y pedir una copia de su expediente. Para obtener el número telefónico o la dirección de su plan, busque en su "Evidencia de Cobertura" o en la notificación que recibió en la que le explicaban por qué no podía obtener los servicios que solicitó.

El plan puede cobrarle una tarifa por copiar esta información y enviársela. Su plan debe poder ofrecerle un cálculo sobre cuánto costará en función de la cantidad de páginas que contiene el expediente, sumada la entrega por correo postal normal.

Materiales de Mercadeo

- Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) exigen revisión y aprobación de ciertos materiales
 - En la Sección 20 sobre las pautas de mercadeo de Medicare se enumeran las excepciones
 - Los planes deben contar con material informativo que esté disponible a pedido de los CMS
- Los CMS elaboran materiales de mercadeo estandarizados y de modelo

1/mayo/2015

Medicare Advantage y otros planes de salud de Medicare

40

- Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) revisan los materiales de mercadeo, con la excepción de los incluidos en la Sección 20 de las Pautas para Mercadeo de Medicare (MMG). Si bien la lista no es exhaustiva, algunos ejemplos de materiales excluidos incluyen lo siguiente:
 - Boletines informativos de ciertos miembros
 - Comunicados de prensa: si incluyen la información del beneficio deben enviarse a revisión
 - Papel con membrete en blanco
 - Notificaciones privadas
 - Materiales ad hoc según se definen en el Apéndice 1 de las pautas de Mercadeo de Medicare (MMG)
- Aunque ciertos materiales no están sujetos al proceso de revisión y aprobación que se aplica a los materiales de marketing, los planes deben conservar los materiales y ponerlos a disposición a pedido de los CMS.
- Los patrocinadores de las Organizaciones Medicare Advantage y del Plan para Recetas Médicas tienen la obligación de utilizar un lenguaje y un formato estandarizado en su material de mercadeo, sin modificaciones (excepto cuando las modificaciones sean especificadas por CMS). Algunos ejemplos de documentos estandarizados incluyen, entre otros
 - Aviso Anual de Cambios
 - Evidencia de Cobertura

Los CMS también elaboran materiales de modelo, como los Directorios de proveedores y de farmacias.

AVISO: Si desea conocer más información, vea la diapositiva de recursos al final de esta presentación para obtener un enlace a la MMG.

Recordatorios de mercadeo

- Mercadeo para el plan del año entrante
 - Puede no ocurrir antes del 1 de octubre
- Calificaciones de estrellas de marketing en los materiales
 - Se pueden promocionar medidas individuales
 - Comunicadas en conjunto con las calificaciones de rendimiento generales
 - Estado de calificación de estrellas con bajo rendimiento
 - Símbolo de bajo rendimiento (LPI) 
 - Los planes pueden no querer desacreditar su estado de LPI mostrando una calificación separada más alta

1/mayo/2015

Medicare Advantage y otros planes de salud de Medicare

41

El mercadeo para el plan del año entrante puede no ocurrir antes del 1 de octubre. Los patrocinadores del plan deben cesar las actividades de mercadeo del año en curso para los beneficiarios existentes una vez que comienzan a promocionar los beneficios del plan para el nuevo año de contrato.

Los planes Medicare Advantage (MA), Medicare Advantage con Recetas Médicas (MA-PD) y los planes para Recetas Médicas reciben calificaciones de estrellas por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Muchas mediciones de rendimiento individuales se usan para determinar la calificación de estrellas general de CMS. Cuando se hace referencia a las calificaciones del plan en el material de mercadeo

- Se pueden promocionar medidas individuales solo en conjunto con la calificación general de estrellas. La calificación general de estrellas debe recibir la misma importancia que la(s) medida(s) individual(es) que se promocionan.
- Los patrocinadores de los planes de salud de Medicare y de la Parte D que tienen un símbolo de bajo rendimiento (LPI) a causa de una calificación baja en la Parte C (Plan MA) o la Parte D (cobertura para recetas médicas de Medicare) no deben desacreditar ni desmentir su estado de LPI mostrando solamente las calificaciones generales en las que obtuvieron más estrellas. Toda comunicación en relación con el estado de LPI debe indicar lo que significa.

AVISO: Un contrato que obtiene menos de 3 estrellas en su resumen de calificaciones de su Parte C o D durante un período mínimo de 3 años (es decir, una calificación de 2.5 o menos estrellas para los planes de los años 2013, 2014 y 2015 en su Parte C o D) mostrará la marca del símbolo anterior en la Búsqueda de Planes Medicare.

Divulgación de información del plan para miembros nuevos y que renuevan

- Los planes Medicare Advantage y de Recetas Médicas deben divulgar información del plan
 - Al momento de la inscripción y al menos una vez al año
 - Notificación de cambio anual obligatoria/Evidencia de cobertura
 - Opción de Subsidio por Bajos Ingresos (LIS)
 - Formulario completo o abreviado
 - Tarjeta de ID de miembro al momento de la inscripción/según la necesidad
 - Al momento de la inscripción y, después, al menos una vez cada tres años
 - Directorio de farmacias
 - Directorio de proveedores
- Los documentos para nuevos inscritos se deben entregar a los CMS

1/mayo/2015

Medicare Advantage y otros planes de salud de Medicare

42

Para asegurarse de que los beneficiarios reciban información completa sobre el plan en cuanto a sus opciones de servicios de salud, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) requieren que las organizaciones de Medicare Advantage y del plan para Recetas Médicas (PDP) le entreguen cierta información sobre el plan al momento de la inscripción y una vez por año, como mínimo, 15 días antes del Período de Inscripción Abierta.

Este requisito incluye la divulgación anual de lo siguiente, que debe ser recibida por los miembros en una fecha no posterior al 30 de setiembre todos los años:

- Notificación Anual de Cambio Estandarizada y Evidencia de Cobertura, según corresponda.
- Opción de Subsidio por Bajos Ingresos (LIS). Esto surge del plan si alguien cumple los requisitos para Ayuda Adicional y les indica cuánta ayuda recibirán el siguiente año en cuanto a la prima del plan de medicamentos, deducibles y copagos.
- El formulario completo o abreviado incluye información sobre el modo en que el beneficiario puede obtener un formulario completo (solo patrocinadores de la Parte D).
- Tarjeta de identificación de afiliación (exigida solo al momento de la inscripción y según la necesidad o exigencia del patrocinador del plan después de la inscripción).

Otros datos clave del plan se deben divulgar tanto al momento de la inscripción y, en adelante, al menos una vez cada 3 años:

- Directorio de farmacias (para todos los patrocinadores del plan que ofrezcan un beneficio de la Parte D).
- Directorio de proveedores (para todos los tipos de plan excepto para los PDP).

Se prevé que los documentos obligatorios para los nuevos inscritos se entreguen en una fecha que no supere los 10 días calendario de la recepción por parte de los CMS de la confirmación de inscripción o antes del último día del mes previo a la fecha de entrada en vigencia, lo que ocurra después.

Recordatorios sobre regalos nominales

- Regalos nominales
 - Las organizaciones pueden ofrecer regalos a sus potenciales inscritos
 - Deben tener un valor nominal
 - Definidos en las pautas de marketing de Medicare
 - Actualmente de \$15 o menos en función del valor de reventa
 - Entregados independientemente de la inscripción del beneficiario
 - Pueden no entregarse en forma de efectivo o de otras bonificaciones monetarias

1/mayo/2015

Medicare Advantage y otros planes de salud de Medicare

43

Las organizaciones pueden ofrecer regalos a potenciales inscritos siempre que dichos regalos tengan un valor nominal y se ofrezcan aunque la persona se inscriba o no en el plan. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid actualmente definen el valor nominal en las pautas de marketing de Medicare (MMG), Sección 70.1, como un artículo por valor de \$15 o menos, en función del valor justo de mercado del artículo. Los regalos nominales pueden no entregarse en forma de efectivo o de otras bonificaciones monetarias.

AVISO: Si desea obtener más información, consulte el enlace a las MMG en la diapositiva de recursos del final de esta presentación.

Contacto no solicitado por el beneficiario

- Actividades de marketing no solicitado prohibidas
 - Comunicaciones electrónicas
 - A menos que se otorgue permiso
 - Invitación puerta a puerta
 - Llamados/visitas después de asistir a un evento de ventas
 - A menos que se otorgue permiso expreso
 - Áreas comunes

1/mayo/2015

Medicare Advantage y otros planes de salud de Medicare

44

Los patrocinadores de los planes y de la Parte D (cobertura para recetas médicas de Medicare) no están autorizados a iniciar un contacto electrónico o directo separado con un beneficiario a menos que este haya acordado recibir esa comunicación. Por ejemplo, en los sitios web de las redes sociales, como Facebook y Twitter, si un beneficiario comenta o dice que le gusta un patrocinador de un Plan/Parte D en el sitio, esta situación no otorga permiso para contactar directamente al beneficiario.

La prohibición actual de realizar invitaciones puerta a puerta se amplía a otras instancias de contacto no solicitado que pueden producirse fuera de los eventos de ventas o educativos. Las actividades prohibidas incluyen, entre otras:

- Llamados provenientes del departamento de marketing, a menos que el beneficiario haya solicitado la llamada
- Llamados a antiguos miembros que se han desafiliado o a miembros actuales que están en proceso de desafiliación voluntaria para ofrecer planes o productos
- Llamados a beneficiarios para confirmar recepción de la información enviada por correo
- Llamados a beneficiarios para confirmar la aceptación de citas realizadas por terceros o agentes independientes
- Invitar a beneficiarios cuando esperan en áreas comunes (por ej., pasillos, estacionamientos)

Las organizaciones pueden hacer lo siguiente:

- Realizar llamadas salientes hacia miembros existentes para conducir actividades normales relacionadas con la inscripción en el plan
- Llamar a los antiguos miembros después de la fecha efectiva de desafiliación para conducir una encuesta de desafiliación con el fin de mejorar la calidad
- Contactar a sus miembros elegibles para recibir ayuda adicional, llamar a los beneficiarios (con autorización de la Oficina Regional de CMS) y contactar a los beneficiarios que han prestado permiso expreso para que se los contacte desde un plan o un agente de ventas (por ej., completando una tarjeta formal de respuesta)

Prohibición de ventas cruzadas

- Venta cruzada
 - Prohibida durante cualquier actividad o presentación de ventas de Medicare Advantage o Parte D
 - No se pueden comercializar productos que no estén relacionados con la salud
 - Anualidades
 - Seguro de vida
 - Otros productos
 - Permitidos en llamadas entrantes a pedido de los beneficiarios

1/mayo/2015

Medicare Advantage y otros planes de salud de Medicare

45

Comercializar productos relacionados con los servicios de salud (como anualidades, seguro de vida, etc.) a potenciales inscritos durante una presentación o actividad de venta de Medicare Advantage (MA) o Parte D (cobertura para recetas médicas de Medicare) se considera venta cruzada y es una actividad prohibida.

Los beneficiarios ya enfrentan decisiones difíciles con respecto a las opciones de cobertura de Medicare y deben poder centrarse en dichas opciones sin confundirse ni implicar que los productos de salud y de no salud conforman un paquete. Los planes pueden vender productos no relacionados con la salud en llamadas entrantes cuando un beneficiario requiera información sobre otros productos no relacionados con la salud. Comercializar productos de servicios médicos cubiertos y/o productos no relacionados con la salud –Plan MA– a miembros actuales del plan está sujeto a las normas de la Ley de Transportabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (conocida como HIPAA).

Propósito de los recordatorios de citas

- Propósito de la cita
 - Debe especificar el tipo de producto
 - Planes Medicare Advantage, Medicare para Recetas Médicas, Medigap u otros
 - 48 horas antes de la comercialización y/o la cita domiciliaria
 - Los productos adicionales sólo se pueden mencionar
 - A pedido del beneficiario
 - En una cita separada

1/mayo/2015

Medicare Advantage y otros planes de salud de Medicare

46

Las pautas de marketing de Medicare exigen a los representantes de comercialización que identifiquen claramente los tipos de productos que serán analizados antes de promocionarlos a un inscrito potencial. Los representantes de marketing que inicialmente se reúnan con un beneficiario para analizar líneas específicas de planes (las líneas comerciales separadas incluyen Medicare Advantage, Medicare para Recetas Médicas, Medigap u otras ofertas relacionadas con la salud de Medicare) deben informar al beneficiario sobre todos los productos que es necesario analizar antes de la cita domiciliaria, para que tengan información precisa y puedan realizar una elección informada sobre las opciones de cobertura de Medicare sin presiones.

- Antes de concertar una cita, el beneficiario debe estar de acuerdo con el propósito de la cita. La documentación del propósito de la cita por parte del plan puede entregarse por escrito o estar grabada por teléfono. El propósito de la cita debe estar firmado por el beneficiario al menos 48 horas antes de la cita programada, cuando sea factible. Si el agente no logra obtener la firma 48 horas antes, debe documentar los motivos.
 - Ejemplo: Un beneficiario asiste a una presentación de ventas y programa una cita. El agente debe obtener una documentación escrita, firmada por el beneficiario, en la que acepta analizar los productos durante la cita.
- Las organizaciones deben usar los sistemas existentes para monitorear y rastrear las llamadas en las que haya interacción con el beneficiario. Las organizaciones que se contactan con un beneficiario en respuesta a una tarjeta de respuesta solo pueden analizar los productos que fueron incluidos en el anuncio.
- Los productos adicionales no se pueden analizar a menos que el beneficiario solicite la información. Más aún, todas las líneas comerciales de planes que no fueron identificadas antes de la cita domiciliaria necesitarán una fecha separada.

Mercadeo en entornos de atención médica

- El mercadeo está permitido en áreas comunes de atención médica
 - Cafeterías de hospital o de asilos de ancianos
 - Salas comunitarias o recreativas
 - Salas de conferencias
- No se permite el mercadeo en entornos de atención médica en los que los pacientes se encuentran para ser atendidos
 - Salas de espera
 - Salas de estudios médicos y salas de internación
 - Centros de diálisis y áreas de atención en farmacias

1/mayo/2015

Medicare Advantage y otros planes de salud de Medicare

47

Las organizaciones pueden realizar actividades de mercadeo en entornos de atención médica salvo en las áreas comunes. Las áreas comunes en las que se permiten actividades de mercadeo incluyen zonas tales como las cafeterías de hospital o de asilos de ancianos, salas comunitarias o recreativas y salas de conferencias. Si un área de atención de farmacia se encuentra dentro de una tienda, las áreas comunes incluirían el espacio externo en el cual los pacientes esperan recibir servicios o interactuar con los prestadores farmacéuticos y obtener medicamentos.

Los planes tienen prohibido realizar presentaciones de ventas y distribuir y aceptar solicitudes de inscripción en áreas en las que los pacientes procuran fundamentalmente recibir servicios de atención médica. Estas áreas restringidas suelen incluir, entre otras: salas de espera, salas de estudios médicos, salas de internación, centros de diálisis y áreas de atención en farmacias (en las cuales los pacientes esperan recibir servicios o interactuar con los prestadores farmacéuticos y obtener medicamentos).

Solo a pedido del beneficiario, los planes pueden programar citas con beneficiarios que residan en instalaciones de atención a largo plazo.

Además, los proveedores pueden poner a disposición y/o distribuir material de mercadeo de todos los planes en los que participa el proveedor y exhibir carteles y otros materiales que anuncian las relaciones contractuales del plan.

Recordatorios de actividades promocionales

- Prohibición de alimentos
 - Los inscritos potenciales no están autorizados a
 - Recibir comidas
 - Gozar de comidas subsidiadas
 - En ningún evento o reunión en la cual
 - Se analicen los beneficios del plan o
 - Se distribuyan materiales sobre el plan

1/mayo/2015

Medicare Advantage y otros planes de salud de Medicare

48

Los planes Medicare Advantage (MA) y Medicare para Recetas Médicas (PDP) no pueden autorizar a los inscritos potenciales a recibir comidas o gozar de comidas subsidiadas en eventos de ventas o en alguna reunión en la cual se analicen beneficios del plan y/o se distribuyan materiales sobre el plan.

Los agentes y/o aseguradores están autorizados a ofrecer refrescos y bocadillos ligeros a inscritos potenciales. Los planes deben usar su mejor criterio sobre la conveniencia de ofrecer alimentos y deben asegurarse de que los artículos ofrecidos no puedan considerarse razonablemente comida y/o que la suma de los artículos no sean "empaquetados" y suministrados como si fuesen una comida.

Al igual que todas las normativas y pautas de marketing, es responsabilidad de las organizaciones de MA y PDP monitorear las acciones de todos los agentes que venden sus planes y realizan pasos proactivos para hacer cumplir esta prohibición. Las actividades supervisadas conducidas por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid verifican que los planes y agentes cumplan con esta cláusula y se tomarán medidas de aplicación, según la necesidad.

Recordatorios de eventos educativos

- Eventos educativos para miembros potenciales
 - No se permiten actividades de mercadeo en eventos educativos
 - Los planes pueden distribuir
 - Materiales educativos de salud y/o Medicare
 - Tarjetas de presentación de agente/asegurador
 - El material distribuido no debe contener información de marketing

1/mayo/2015

Medicare Advantage y otros planes de salud de Medicare

49

Los eventos educativos pueden ser patrocinados por los planes o por entidades externas y son eventos que se promocionan por su carácter educativo. Los planes pueden distribuir artículos relacionados con la educación sobre el programa Medicare y la salud y el bienestar generales. Los agentes y aseguradores pueden distribuir sus tarjetas de presentación si un beneficiario las solicita. Nada de lo que se distribuya puede contener información de mercadeo del plan sobre el artículo o de manera adjunta.

Los eventos educativos para miembros potenciales no pueden incluir actividades de ventas, como la distribución de material de marketing o la distribución o recolección de solicitudes de planes. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid han aclarado que la finalidad de los eventos educativos es proporcionar información objetiva sobre el programa Medicare y/o la mejora de la salud y el bienestar. Los eventos educativos, como tales, no deben usarse para orientar o intentar orientar a un beneficiario hacia uno o varios planes específicos. Los patrocinadores del plan o sus representantes no pueden

- Analizar las primas ni los beneficios específicos del plan
- Distribuir formularios del propósito de las citas, formularios de inscripción u hojas de inscripción
- Concertar citas de ventas individuales ni obtener permisos para una llamada saliente a un beneficiario
- Anunciar un evento educativo y realizar un evento de marketing/ventas inmediatamente después en la misma ubicación (por ejemplo, en el mismo hotel)

Los artículos prohibidos que se mencionaron se pueden distribuir en un evento de ventas. Un evento de ventas es un acontecimiento patrocinado por un plan u otra entidad con la finalidad de realizar promociones para miembros potenciales y orientar o intentar orientar a miembros potenciales hacia uno o varios planes.

AVISO: Si desea obtener más información, consulte el enlace a las pautas de mercadeo de Medicare en la diapositiva de recursos del final de esta presentación.

Recompensas e incentivos

¡NUEVO!

- La normativa 4159-F amplía sus programas de recompensas e incentivos
- Se aplica a organizaciones de Medicare Advantage
- Se centra en fomentar la participación en actividades que promueven
 - La mejora de la salud
 - La prevención de lesiones y enfermedades
 - El uso eficiente de recursos de atención médica

1/mayo/2015

Medicare Advantage y otros planes de salud de Medicare

50

- Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) han ampliado las opciones del programa de recompensas e incentivos para las Organizaciones Medicare Advantage (MAO) a través de la normativa 4159-F. Las MAO ahora pueden ofrecer programas de recompensas e incentivos orientadas a la salud que se pueden aplicar a servicios y actividades relacionadas con la salud. Antes de la 4159-F, sólo se permitía ofrecer recompensas e incentivos en conexión con los servicios preventivos. Ahora, una MAO puede crear uno o más programas que ofrezcan recompensas e incentivos a las personas inscritas en relación con su participación en actividades que se centren en la promoción de mejoras en la salud, la prevención de lesiones y enfermedades y el uso eficaz de los recursos de atención médica.

Cada programa exclusivo de recompensas e incentivos ofrecido por una MAO debe

- No discriminar a ninguna persona inscrita en función de su raza, género, enfermedad crónica, institucionalización, debilidad, estado de salud u otra incapacidad
- Estar diseñado de manera tal que todas las personas inscritas puedan ganar recompensas
- Estar sujeto a las sanciones previstas en 42 CFR § 422.752(a)(4)
- Ser ofrecido en conexión con todos los servicios o actividades
- Ofrecerse a todos los miembros elegibles sin discriminación
- Tener un valor que se espere que pueda afectar el comportamiento de la persona inscrita pero que no exceda el valor la actividad o servicio específico relacionado con la salud
- Cumplir de otro modo con todas las leyes sobre fraude y abuso, incluso cuando correspondan, el estatuto antisobornos y las penalidades civiles monetarias que prohíben la entrega de estímulos a los beneficiarios.
- Se sigue exigiendo a las MAO que acaten ciertas restricciones. Lo que significa que el programa de recompensas e incentivos no puede
 - ❑ Ofrecerse en forma de efectivo o de otras bonificaciones monetarias
 - ❑ Usarse para segmentar a potenciales escritos
- En este momento, las recompensas e incentivos solo se aplican a la Parte C

AVISO: Si desea obtener más información, consulte el Capítulo 4 del Manual de Salud Administrada de Medicare, [CMS.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Manuals/Downloads/mc86c04.pdf](https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Manuals/Downloads/mc86c04.pdf).

Licencias y citas de los agentes

- Los agentes/aseguradores y otros representantes de mercadeo de la organización de planes Medicare Advantage y de Recetas Médicas
 - Deben cumplir con la legislación de licencias del estado
 - Se aplica a agentes/aseguradores contratados y empleados
 - Las organizaciones deben cumplir con las leyes estatales sobre citas
 - Los planes deben aportar información sobre los agentes

1/mayo/2015

Medicare Advantage y otros planes de salud de Medicare

51

Las organizaciones Medicare Advantage (MA) y los patrocinadores del Plan Medicare para Recetas Médicas (PDP) que realizan operaciones de mercadeo a través de agentes, aseguradores y otros representantes del sector deben cumplir con la legislación estatal de licencias y citas.

Los patrocinadores de MA y de PDP deben cumplir con las leyes estatales sobre citas que exigen a los planes entregar información al estado sobre qué agentes están promocionando los planes de la Parte C y la Parte D.

Algunas actividades de los planes, normalmente desempeñadas por el departamento de atención al cliente del patrocinador del plan no requieren el uso de representantes de marketing con licencia estatal, por ejemplo, proporcionar información concreta o cumplimentar una solicitud de material.

Reportes de agentes cancelados

- Las organizaciones deben reportar la cancelación de agentes/aseguradores
 - Deben incluir las razones de la cancelación
 - A el o los estado(s) en que el agente/asegurador fue designado
 - De conformidad con la legislación estatal de citas

1/mayo/2015

Medicare Advantage y otros planes de salud de Medicare

52

Los patrocinadores de las Organizaciones Medicare Advantage y de la Parte D deben reportar la cancelación de todos los aseguradores o agentes y los motivos de la cancelación, a el o los estado(s) en los cuales el asegurador o agente fue designado de conformidad con la legislación estatal de citas.

Normas de compensación del agente/asegurador

- Las normas de compensación de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
 - Para agentes/aseguradores contratados o independientes
 - Concebidas para eliminar incentivos
 - Por ejemplo, fomentar traslados inapropiados de un plan a otro
 - Pautas para la recuperación de la compensación en ciertas circunstancias

1/mayo/2015

Medicare Advantage y otros planes de salud de Medicare

53

Las normas de compensación de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid rigen para los planes Medicare Advantage y Medicare para Recetas Médicas que se comercializan a través de agentes/aseguradores independientes o contratados. Las normas fueron concebidas para eliminar los incentivos que fomentaban traslados inapropiados de un plan a otro (también denominado "movimiento excesivo" [churning]). Las normas de compensación también contienen pautas para que el plan recupere las compensaciones pagadas en ciertas circunstancias

Definición de compensación del agente/asegurador

- Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid definen compensación como la remuneración monetaria o no monetaria de algún tipo relacionada con la venta o renovación de una póliza
 - Año de compensación del 1 de enero al 31 de diciembre
 - Compensación inicial
 - "Diferente del tipo de plan"
 - Compensación de renovación
 - "Igual que el tipo de plan"

1/mayo/2015

Medicare Advantage y otros planes de salud de Medicare

54

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) definen compensación como aquello que incluye una remuneración monetaria o no monetaria de algún tipo relativa a la venta o renovación de una póliza, que incluye, entre otras, comisiones, bonos, premios, honorarios de referidos y honorarios de buscadores.

- El año de compensaciones va del 1 de enero al 31 de diciembre de cada año.
- La compensación inicial se paga al monto máximo del valor justo de mercado o por debajo de él que es publicado anualmente por CMS. Además, una maniobra "diferente del tipo de plan" necesitaría una compensación inicial. Este tipo de maniobras incluyen lo siguiente:
 - De un plan Medicare Advantage (MA) o Medicare Advantage con Recetas Médicas (MA-PD) a un Plan para Recetas Médicas (PDP) o un Plan de Costos de la Sección 1876
 - De un PDP a un Plan de Costos de la Sección 1876 o un Plan MA (o MA-PD)
 - De un Plan de Costos de la Sección 1876 a un Plan MA (o MA-PD) o PDP
- La compensación de renovación se paga para cada inscripción en el año 2 y después, hasta el 50% del valor justo de mercado actual. Este tipo de maniobras incluyen lo siguiente:
 - De un PDP a otro PDP
 - De un MA o un MA-PD a otro MA o MA-PD
 - Un Plan de Costos de la Sección 1876 a otro Plan de Costos de la Sección 1876

Capacitación y evaluación del agente/asegurador

- Los agentes/aseguradores deben ser capacitados y evaluados anualmente
 - Normas y reglamentaciones de Medicare
 - Detalles específicos de los productos del plan vendidos
 - Se aplica a agentes contratados y empleados
 - Finalizado antes de que comience la temporada de promoción
 - Debe aprobar con el 85% para poder vender después de esa fecha

1/mayo/2015

Medicare Advantage y otros planes de salud de Medicare

55

Los patrocinadores de los planes de las Organizaciones Medicare Advantage y la Parte D deben garantizar que los aseguradores y agentes que venden productos de Medicare sean capacitados y evaluados anualmente en cuanto a las normas y reglamentaciones de Medicare, y en detalles específicos de los productos del plan que están vendiendo los aseguradores y agentes. Este requisito se aplica a agentes contratados y empleados. La capacitación y la evaluación se deben completar aprobando un examen con el 85% antes del inicio de la nueva temporada de marketing para que el agente/asegurador venda después de esa fecha.

Compruebe sus conocimientos — Pregunta 4

¿Quién es responsable de la capacitación y la evaluación de los agentes/aseguradores en materia del programa Medicare y del mercadeo adecuados para los productos Medicare?

- a. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
- b. Los planes de salud y medicamentos Medicare
- c. El Departamento Estatal de Seguros
- d. Las asociaciones aseguradoras

1/mayo/2015

Medicare Advantage y otros planes de salud de Medicare

56

Compruebe sus conocimientos—Pregunta 4

¿Quién es responsable de capacitar y evaluar a los agentes y aseguradores sobre el programa Medicare y el marketing adecuado para los productos de Medicare?

- a. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS)
- b. Los planes de salud y medicamentos Medicare
- c. El Departamento Estatal de Seguros
- d. Las asociaciones aseguradoras

RESPUESTA: b. Los planes de salud y medicamentos Medicare

Los patrocinadores del plan de las organizaciones Medicare Advantage y de la Parte D deben garantizar que a los agentes y aseguradores que venden productos de Medicare se los capacite y evalúe anualmente. La capacitación y evaluación debe ser sobre las normas y reglamentaciones de Medicare y los detalles específicos de los productos del plan que van a vender los aseguradores y agentes. La capacitación y la evaluación se deben completar aprobando un examen con el 85% antes del inicio de la nueva temporada de marketing para que el asegurador/agente venda después de esa fecha.

Los CMS lanzan información todos los años para los planes de salud y medicamentos de Medicare que especifican qué información debe cubrir el plan de estudios utilizado por los planes para la capacitación y evaluación.

Compruebe sus conocimientos — Pregunta 5

A los agentes o aseguradores se les permite concertar citas individuales de mercadeo en eventos educativos

- a. Verdadero
- b. Falso

1/mayo/2015

Medicare Advantage y otros planes de salud de Medicare

57

Compruebe sus conocimientos—Pregunta 5

A los agentes o aseguradores se les permite concertar citas individuales de marketing en eventos educativos

- a. Verdadero
- b. Falso

RESPUESTA: b. Falso

Los eventos educativos no pueden incluir actividades de ventas. Los CMS han aclarado que la finalidad de los eventos educativos es proporcionar información objetiva sobre el programa Medicare y/o la mejora de la salud y el bienestar. Los eventos educativos, como tales, no deben usarse para orientar o intentar orientar a un beneficiario hacia uno o varios planes específicos. Los patrocinadores del plan o sus representantes no pueden

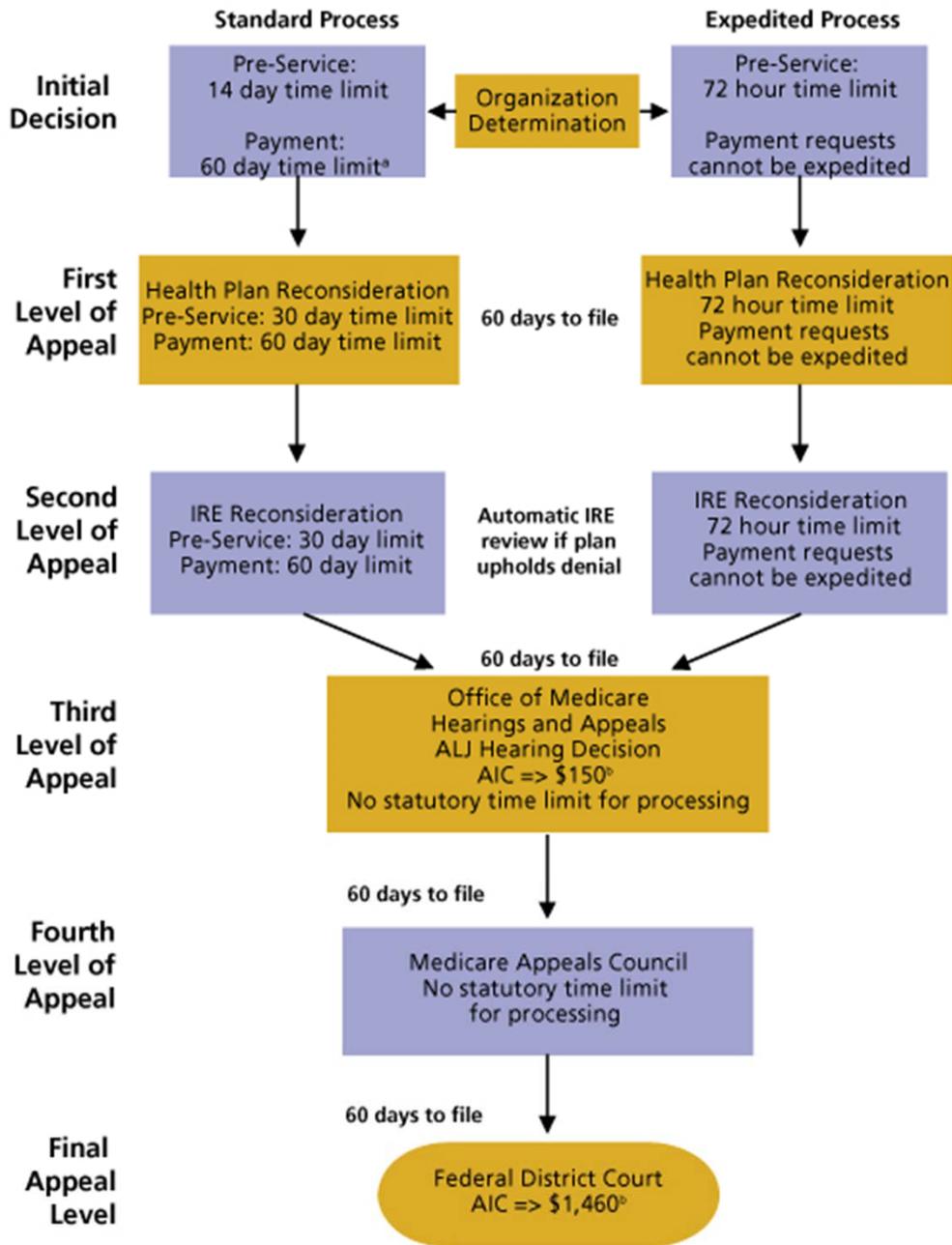
- Concertar citas de ventas individuales ni obtener permisos para una llamada saliente a un beneficiario
- Analizar las primas ni los beneficios específicos del plan
- Distribuir formularios del propósito de las citas, formularios de inscripción u hojas de inscripción
- Anunciar un evento educativo y realizar un evento de marketing/ventas inmediatamente después en la misma ubicación (por ejemplo, en el mismo hotel)

Medicare Advantage y otros planes de Medicare

Guía de Recursos

Recursos		Productos Medicare
<p>Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048. Medicare.gov</p> <p>CMS.gov</p> <p>Seguro Social 1-800-772-1213. Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deben llamar al 1-800-325-0778. socialsecurity.gov</p> <p>Junta de Retiro Ferroviario 1-877-772-5772. Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deben llamar al 1-312-751-4701. RRB.gov</p>	<p><u>Manuales/Guías (continuación)</u> Pautas de marketing de Medicare 2015 CMS.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Manuals/Downloads/mc86c03.pdf</p> <p>Manual de Salud Administrada de Medicare CMS.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Manuals/Internet-Only-Manuals-IOMs-Items/CMS019326.html</p> <p>Programa de Asistencia Estatal para Seguro Médico Para números telefónicos, llame a CMS 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Ley de Asistencia Accesible HealthCare.gov/law/full/index.htm</p>	<p>Manual "Medicare y usted" Producto CMS No. 10050</p> <p>"¿Realizó su revisión anual del plan Medicare?" Producto CMS No. 11220</p> <p>"Asegurador Suplementario de Medicare, cómo empezar" Producto CMS No. 11575</p> <p>"Guía para sus Planes Medicare Privados de Pago por Servicio" Producto CMS No. 10144</p> <p>"Cómo entender los Períodos de Inscripción de Medicare" Producto CMS No. 11219</p> <p>"Guía para sus Planes de Cuenta de Ahorros de Medicare" Producto CMS No. 11206</p> <p>"Guía para sus Planes para Necesidades Especiales" Producto CMS No. 11302</p> <p>Para acceder a estos productos Vea y solicite copias individuales en Medicare.gov/publications. Solicite varias copias (solo socios) en productordering.cms.hhs.gov. Debe registrar su organización.</p>

Part C (MA) Process



AIC = Appeal in Controversy
ALJ = Administrative Law Judge
Cabrator = Fiscal Intermediary, Carrier or
Medicare Administrative Contractor (MAC)
IRE = Independent Review (IR)

MA-PD = Medicare Advantage Prescription Drug
MMP = Medicare Prescription Drug
Improvement & Modernization Act of 2013
PDF = Prescription Drug Plan
QIC = Qualified Independent Contractor

a. Plans must process 95% of all denials from out-of-network providers within 30 days. All other claims must be processed within 60 days.
b. The AIC requirement for all ALJ hearings and Federal District Court is adjusted annually in accordance with the medical care component of the Consumer Price Index.
c. A request for a coverage determination included a request for a timing exception or a formulary exception.

Apéndice B: Nota al pie sobre el Proceso de Apelaciones de la Parte C (MA)

a: Los planes deben procesar 95% de todas las reclamaciones depuradas de proveedores fuera de la red dentro de los 30 días. Todas las demás reclamaciones deben ser procesadas dentro de los 60 días.

b: El requisito de AIC para todas las audiencias ante ALJ y el Juzgado Federal de Distrito se ajusta anualmente según el componente de atención médica del índice de precios al consumidor.

AIC = monto en litigio

ALJ = Juez de la Justicia Administrativa

MAC = Contratista Administrativo de Medicare o Consejo de Apelaciones de Medicare

IRE = Entidad de revisión independiente

QIC = Contratista Independiente Calificado

Este cuadro refleja los montos AIC para el año actual 2015.

Programa Nacional de Capacitación de CMS

Si desea ver el material de capacitación de NTP o suscribirse a nuestra lista de correo electrónico, visite

[CMS.gov/Outreach-and-Education/Training/CMSNationalTrainingProgram/index.html](https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Training/CMSNationalTrainingProgram/index.html)

Si desea formular preguntas sobre productos de capacitación, envíe un correo electrónico a training@cms.hhs.gov

Este módulo de capacitación está suministrado por el Programa de Capacitación Nacional (NTP) de CMS.

Si desea visualizar todos los materiales NTP de CMS, incluso los módulos de capacitación adicional, ayudas laborales, actividades educativas y cronogramas de seminarios y talleres, o suscribirse a nuestra lista de correo electrónico, visite: [CMS.gov/outreach-and-education/training/cmsnationaltrainingprogram](https://www.cms.gov/outreach-and-education/training/cmsnationaltrainingprogram). Si desea formular preguntas sobre productos de capacitación, envíe un correo electrónico a training@cms.hhs.gov