

Diferencias entre Medicare Original y Medicare Advantage

Las personas con Medicare pueden recibir su cobertura sanitaria a través de Medicare Original o un plan de Medicare Advantage. Las diferencias entre estas dos opciones son las siguientes:



Medicare Original

El programa tradicional ofrecido directamente por el gobierno federal



Medicare Advantage

Planes privados que contratan con el gobierno federal para proporcionar beneficios de Medicare

Medicare Original incluye la Parte A (cobertura de servicios de paciente interno/seguro de hospital) y la Parte B (cobertura de servicios ambulatorios/seguro médico). Ud. recibirá una tarjeta roja, blanca y azul para enseñar a sus proveedores cuando reciba atención médica. La mayoría de los doctores en los Estados Unidos aceptan su seguro. Adicionalmente, Medicare limita cuánto dinero le pueden cobrar Ud. si visita proveedores participantes o no-participantes.

Los planes de Medicare Advantage son conocidos también como planes privados de salud de Medicare o Parte C. Los tipos de planes más comunes son:

- Organización del Mantenimiento de la Salud (HMOs por sus siglas en inglés)
- Organización de Proveedores Preferidos (PPOs por sus siglas en inglés)
- Plan Privado de Pago por Servicio (PPFS por sus siglas en inglés)

Si Ud. se inscribe en un plan de Medicare Advantage, no usará la tarjeta roja, blanca y azul cuando vaya al doctor u hospital. En lugar de esa tarjeta, Ud. usará el carné de socio que le mande su plan para cubrir los gastos de los servicios de salud que reciba. Estos planes tienen que proporcionar los mismos beneficios ofrecidos por Original Medicare, pero pueden aplicar diferentes reglas, gastos y restricciones. También pueden ofrecer ciertos beneficios que Medicare no cubre.

Si Ud. se inscribe en un plan de Original Medicare y después decide que quiere probar un plan de Medicare Advantage—o viceversa—tenga en cuenta que hay ciertos periodos de inscripción cuando puede hacer cambios a su plan.

Atención: Recuerde que diferentes regiones tienen diferentes planes de Medicare Advantage. Es posible que un plan no esté disponible donde Ud. vive. Llame al 1-800-MEDICARE o a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP por sus siglas en inglés) para recibir información sobre los planes disponibles en su región.

La siguiente tabla compara Medicare Original con Medicare Advantage. Recuerde que hay diferentes planes de Medicare Advantage. Si Ud. está interesado en ingresar en un plan, hable con un representante para recibir más información sobre el plan.

	Medicare Original	Medicare Advantage
Costos	Ud. pagará costos estandarizados para Parte A y Parte B, lo cual incluye una prima mensual de Parte B. Será responsable del pago de un 20% del coseguro para servicios cubiertos por Medicare si ve un proveedor participante y cuando haya llegado al límite de su deducible.	Sus costos compartidos varían dependiendo de su plan. Normalmente pagará un copago para servicios de ciudado en red. Los planes pueden cobrar una prima adicional a la prima de Parte B.
Seguro suplementario	Tiene la opción de pagar una prima adicional para un plan Medigap para cubrir algunos de los costos que Medicare no.	No puede inscribirse en un plan de Medigap.
Acceso al proveedor	Puede ver cualquier proveedor y usar cualquier centro médico que acepte Medicare (participante o no participante).	Normalmente solo puede ver proveedores en red.
Referencias	No necesita un referido para especialistas.	Normalmente necesita un referido para especialistas.
Cobertura de medicamentos	Debe inscribirse en un plan autónomo para medicamentos recetados.	En la mayoría de los casos, el plan ofrece cobertura para medicamentos recetados (es posible que tenga que pagar una prima más elevada).
Otros beneficios	No cubre servicios de visión, auditivos o dentales.	Puede cubrir servicios adicionales, incluyendo de visión, auditivos y/o dentales (estos beneficios adicionales pueden aumentar su prima y/u otros gastos de bolsillo).
Límite de costos de su bolsillo	No hay límite en costos de su bolsillo.	Límite anual en gastos de bolsillo. El plan pagará el gasto completo de su cuidado después de que llegue al límite.

Definiciones

Prima: La cuota mensual que Ud. paga para tener Medicare.

Deducible: El costo de su bolsillo que Ud. tiene que pagar antes de que Medicare pague por su ciudado.

Copago / Coseguro: La suma que Ud. paga por cada servicio que reciba.

Proveedor participante: Proveedor médico que acepta la suma aprobada por Medicare para ciertos servicios como pago completo.

Red: Doctores, hospitales y centros médicos que contratan con un plan para proporcionar servicios.