OFFICE of the INSURANCE COMMISSIONER
SHIBA WASHINGTON STATE

Comparación de los planes de Medicare Supplement (Medigap) y Medicare Advantage

	Planes de Medicare Supplement (Medigap) **(además de Original Medicare)**	**Planes de Medicare Advantage (MA)** **(HMO, PPO o pago por servicio privado)**
Cómo funciona	Seguro privado que cubre los gastos de bolsillo que las Partes A y B de Original Medicare no cubren.	Seguro privado que **reemplaza a las Partes A y B de Original Medicare**.
Quiénes son elegibles	• Debe tener las Partes A y B de Medicare. • En determinados momentos, puede adquirir un plan sin necesidad de realizar un examen médico por escrito. Para obtener más información, consulte el libro *Medicare & You* o póngase en contacto con el Programa de Asesores de Beneficios de Seguro Médico a Nivel Estatal (Statewide Health Insurance Benefits Advisors, SHIBA) llamando al: 1-800-562-6900. • Si tiene menos de 65 años, las opciones son muy limitadas.	• Debe tener las Partes A y B de Medicare. • No se exige examen médico ni hay período de espera. • Debe vivir en el área de servicio del plan. Tenga en cuenta que no todos los condados cuentan con planes disponibles. • Los planes están disponibles para personas mayores de 65 años y menores de 65 años con alguna discapacidad.
Los beneficios	• Algunos planes cubren los copagos, coseguros y deducibles de las Partes A y B de Medicare. • Los planes están estandarizados, lo que significa que los planes A a N ofrecen la misma cobertura que los planes de otras aseguradoras con la misma letra. • Algunos planes ofrecen beneficios adicionales, que incluyen cobertura de emergencias durante viajes al extranjero y cargos adicionales.	• Los planes deben cubrir todos los servicios que cubren las Partes A y B de Medicare. • Los planes no están estandarizados; la cobertura varía según el plan, la aseguradora y el tipo de plan: Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) y Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO). • Algunos planes ofrecen cobertura adicional, como servicios dentales, de la vista, de medicina alternativa o membresías en gimnasios (algunos de estos beneficios requieren primas adicionales).
Costos asociados con el plan	• Las primas mensuales de Medigap varían según el plan. • Los planes (excepto K y L) no tienen un límite anual de gastos de bolsillo. • También deberá pagar las primas de la Parte B, a menos que esté inscrito en un Medicare Savings Program (Programa de Ahorros de Medicare). • Las primas suelen cambiar una vez al año, aunque las tarifas de los planes pueden variar en distintos momentos del año.	• Las primas mensuales de MA varían según el plan (algunos planes tienen primas de $0). • El plan establece los copagos o coseguros. • Algunos planes tienen deducibles. • Los planes tienen un límite máximo anual de gastos de bolsillo (maximum out-of-pocket, MOOP). • También deberá pagar las primas de la Parte B, a menos que esté inscrito en un Medicare Savings Program. • Todos los costos pueden cambiar cada 1.º de enero.
¿Es el plan renovable?	• Los planes tienen garantía de renovación y los beneficios no cambiarán siempre y cuando pague las primas, que pueden variar cada año. • Puede cambiar de plan en cualquier momento.	• Es renovable, aunque los costos y beneficios pueden variar cada año. • Permanecerá en el plan a menos que se dé de baja, cambie de plan durante un período de inscripción, o que el plan deje de estar disponible en su zona. • Si está inscrito en un plan y no realiza ningún trámite durante el Período de Inscripción Abierta (Open Enrollment Period, OEP), permanecerá en su plan actual.

Comparación de los planes de Medicare Supplement (Medigap) y Medicare Advantage

	Planes de Medicare Supplement (Medigap) **(además de Original Medicare)**	**Planes de Medicare Advantage (MA)** **(HMO, PPO o pago por servicio privado)**
Opciones y disponibilidad de proveedores	• Los proveedores facturan directamente a Medicare y, en la mayoría de los casos, el plan Medigap paga directamente a los proveedores después de que Medicare haya pagado su parte. • Puede consultar a cualquier proveedor en los EE. UU. que acepte Medicare. • Los planes no requieren remisión para atención especializada.	• Los proveedores facturan la mayoría de los servicios al plan de MA, y no a Medicare. • Las HMO mantienen una red de proveedores y solo cubren a los que están dentro de la red; deben contar con proveedores disponibles para aceptar nuevos miembros; y puede ser necesario obtener una remisión para consultar a un especialista. • Las PPO mantienen redes de proveedores, pero también cubren servicios fuera de la red a un costo más elevado. • Es posible que las PPO no requieran una remisión para consultar a un especialista; verifique con el plan. • Solicite en la oficina del proveedor una lista de los planes de MA que aceptan.
Cobertura de medicamentos recetados	• Los medicamentos recetados no están incluidos. • Para obtener cobertura de medicamentos, debe inscribirse en un plan de medicamentos recetados de la Parte D.	• A menudo viene incluido con los beneficios del plan y, por lo general, no se puede adquirir un plan de la Parte D por separado. • Si desea obtener cobertura, debe inscribirse en la cobertura de la Parte D que ofrece su plan de MA.
Cambio de plan	• Puede cambiar de plan en cualquier momento. • Debe ponerse en contacto con el plan para inscribirse. • Si cambia de plan, debe cancelar el anterior.	• Solo puede cambiar de plan durante el período de inscripción. • Al inscribirse en el nuevo plan, se dará de baja automáticamente de su plan actual de MA o del plan independiente de la Parte D
¿Cuál es el plan más adecuado?	• En EE. UU., la cobertura es ilimitada. • Algunos planes cubren todos los copagos y deducibles de Medicare. • Las personas menores de 65 años tienen opciones muy limitadas, que además pueden ser más costosas.	• Puede ser una buena opción para las personas que no logran encontrar un proveedor que acepte Original Medicare. • Si no necesita consultas o tratamientos frecuentes, podría ahorrar dinero.
Comparación de opciones	• Los planes están estandarizados y la Oficina del Comisionado de Seguros (Office of the Insurance Commissioner, OIC) del estado de Washington los regula. • Las primas mensuales y el servicio de atención al cliente son las únicas diferencias entre los planes con la misma letra. • Consulte la tabla de los 10 planes Medigap estandarizados en www.insurance.wa.gov. • Encuentre planes y primas en www.insurance.wa.gov o llame al 1-800-562-6900.	• Los planes no están estandarizados y Medicare los aprueba. •Consulte el Buscador de Planes de Medicare en www.Medicare.gov y la lista de planes de MA por condado en www.insurance.wa.gov. • Realice una comparación de los costos de los medicamentos en www.Medicare.gov. • La OIC otorga licencias a los agentes de seguros que venden planes de MA en el estado de Washington, y el gobierno federal regula las actividades de comercialización de planes de MA. • Encuentre planes de MA por condado en www.insurance.wa.gov o llame al 1-800-562-6900.

¿Tiene alguna pregunta? Para obtener ayuda gratuita e imparcial que le permita comprender todas sus opciones, llame a nuestra Línea Directa para Consumidores de Seguros y solicite hablar con un asesor voluntario de su zona al **1-800-562-6900** o visite **www.insurance.wa.gov/shiba**.

SHP860-SHIBA-Medigap-MA-compare, Rev. 6/2023