Capire Medicare Piani Advantage

Questo opuscolo ufficiale del governo ti dice:

- In cosa i piani Medicare Advantage sono diversi da quelli Medicare Original
- Come funzionano i piani Medicare Advantage
- Come puoi aderire a un piano Medicare Advantage

CENTRI PER SERVIZI MEDICARE E MEDICAID

“Comprendere i piani Medicare Advantage.” non e’ un documento legale. La guida legale ufficiale ai programmi Medicare è inclusa negli statuti, regolamenti e disposizioni rilevanti.

Le informazioni contenute in questo libretto descrivono il Programma Medicare al momento della stampa del libretto stesso. Vi possono essere modifiche prima della stampa. Visita Medicare.gov, o chiama 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) per ottenere le più aggiornate informazioni. Gli utenti TTY possono chiamare il numero 1-877-486-2048

Contenuto

Introduzione 4

Quali sono le differenze tra Medicare Original e Medicare Advantage? . . 5

Che cosa sono i piani Medicare Advantage? 9

Come funzionano i piani Medicare Advantage? 9

Cosa coprono i piani Medicare Advantage? 9

Quali sono i miei costi? 10

Quali sono i miei costi? (segue). 12

Chi può aderire a un piano Medicare Advantage? 12

Come posso aderire a un piano Medicare Advantage? 14

Types of Medicare Advantage Plans. 15

Confrontare punto per punto i piani Medicare Advantage. 24

Cosa succede se ho una polizza assicurativa supplementare Medicare (Medigap)? 25

Dove posso ottenere ulteriori informazioni? 26

Introduzione

Quando ti iscrivi per la prima volta a Medicare e in certi periodi dell'anno, puoi scegliere come ottenere la copertura Medicare.

Medicare può essere ottenuta in 2 modi principali:

- **Medicare Original** include Medicare Parte A (assicurazione ospedaliera) e Medicare Parte B (assicurazione medica) Se vuoi la copertura per i farmaci, puoi aderire ad un piano Medicare per i farmaci (Parte D) separato.
- **Medicare Advantage (noto anche come "Parte C")** è un'alternativa onnicomprensiva a Original Medicare. Questi piani "bundled" includono la Parte A, la Parte B e solitamente la Parte D. Possono anche offrire benefici extra non coperti da Medicare Original.

Le decisioni sul piano sanitario Medicare influiscono su quanto pagherai per la copertura, quali servizi otterrai, a quali medici potrai chiedere assistenza e sulla qualità della stessa.

Imparare a conoscere le tue scelte di copertura Medicare, ottenere aiuto da persone di fiducia e confrontare i diversi piani può aiutarti a capire tutte le opzioni disponibili.

Quali sono le differenze tra Medicare Original e Medicare Advantage?

Original Medicare

- Medicare Original include Medicare Parte A (assicurazione ospedaliera) e Medicare Parte B (assicurazione medica)
- Se vuoi la copertura per i farmaci, puoi aderire ad un piano Medicare per i farmaci (Parte D) separato.
- Come aiuto per pagare le spese vive in Medicare Original (come la co-assicurazione del 20%), puoi acquistare un'assicurazione supplementare.
- Puoi chiedere assistenza ad un medico o ad un ospedale iscritto a Medicare, ovunque nel territorio degli Stati Uniti.

☑ **Parte A**

☑ **Parte B**

È possibile aggiungere:

☐ **Parte D**

È possibile aggiungere anche:

☐ **Copertura supplementare**

Questa include l'assicurazione supplementare Medicare (Medigap). Oppure, puoi utilizzare la copertura di un ex datore di lavoro o di un sindacato, o Medicaid.

Medicare Advantage
(nota anche come Parte C)

- Medicare Advantage è un'alternativa onnicomprensiva a Medicare Original. Questi pacchetti assicurativi includono la Parte A, la Parte B, e in genere la Parte D.
- Alcuni piani potrebbero avere spese vive inferiori rispetto a Medicare Original.
- In molti casi, dovrai chiedere assistenza a medici che fanno parte della rete del piano.
- Molti piani offrono prestazioni addizionali che Medicare Original non copre — come servizi oculistici, audiologici o odontoiatrici e altri ancora

☑ **Parte A**

☑ **Parte B**

La maggior parte dei piani include:

☑ **Parte D**

☑ **Extra benefits**

Alcuni piani includono anche:

☐ **Spese vive inferiori**

Medicare Original confrontato con Medicare Advantage

Scelta del medico e dell'ospedale

Medicare Original	Medicare Advantage
Puoi chiedere assistenza ad **un medico o ad un ospedale iscritto a Medicare, ovunque nel territorio degli Stati Uniti.**	In molti casi, per ottenere dei costi più bassi dovrai rivolgerti a **medici e altri fornitori che sono nella rete e nell' area di servizio del piano.** Alcuni piani non copriranno i servizi dei fornitori al di fuori della rete e dell'area di servizio del piano.
Nella maggior parte dei casi **non avrai bisogno** di referenza per consultare uno specialista.	In alcuni, tuttavia, **potresti averne bisogno.**

Costo

Medicare Original	Medicare Advantage
Per i servizi coperti dalla Parte B, **di solito paghi il 20% dell'importo approvato da Medicare** dopo aver soddisfatto la tua franchigia. In questo caso si parla di co-assicurazione.	**Le spese vive variano** — per alcuni servizi i piani possono avere spese vive inferiori.
Paghi un premio (pagamento mensile) per la parte B. Se scegli di aderire a un piano per i farmaci Medicare (Parte D), pagherai quel premio separatamente.	Puoi pagare il **premio del piano** in aggiunta al **premio** mensile della **Parte B.** (La maggior parte dei piani include la copertura dei farmaci (Parte D) I piani potrebbero avere un premio di $0 o potrebbero aiutare a pagare tutti o parte dei premi della parte B.
Non c'è un limite annuale su ciò che pagherai di spese vive, a meno che non abbia una copertura supplementare come un'assicurazione supplementare Medicare (Medigap).	I piani hanno un **limite annuale** su quanto paghi di spese vive per i servizi coperti da Medicare Parte A e B. Una volta raggiunto il limite del piano, non pagherai nulla per i servizi coperti dalla Parte A e dalla Parte B per il resto dell'anno.
Puoi ottenere una Medigap per aiutarti a pagare le tue spese vive residue (come la tua co-assicurazione del 20%). Oppure, puoi utilizzare la copertura di un ex datore di lavoro o di un sindacato, o Medicaid.	**Non puoi comprare e non hai bisogno di** una Medigap.

Medicare Original confrontata con Medicare Advantage (continua)

Copertura

Medicare Original	Medicare Advantage
Medicare Original copre la maggior parte dei servizi e delle prestazioni necessarie dal punto di vista medico in ospedali, studi medici e altre strutture sanitarie. Medicare Original non copre alcune prestazioni come gli esami oculistici, la maggior parte delle cure odontoiatriche e gli esami di routine.	I piani devono coprire tutti i servizi medici necessari coperti da Medicare Original. La maggior parte dei piani **potrebbe offrire prestazioni addizionali che Medicare Original** non copre — come servizi oculistici, audiologici, odontoiatrici, esami di ruotine e altro ancora. I piani possono ora coprire un numero maggiore di tali prestazioni.
Per ottenere la copertura farmacologica, puoi aderire a un **piano Medicare per farmaci separato (Parte D).**	**La copertura dei farmaci (Parte D) è inclusa nella maggior parte dei piani.** Nella maggior parte dei tipi di piani Medicare Advantage, non dovrai aderire ad un piano separato Medicare per i farmaci.
Nella maggior parte dei casi, non avrai bisogno di far approvare in anticipo un servizio o una fornitura perché Medicare Original li copra.	In alcuni casi, invece, per ottenere la copertura di un servizio o fornitura, avrai bisogno della sua preventiva approvazione.

Viaggi

Medicare Original	Medicare Advantage
Normalmente, Medicare Original **non copre l'assistenza al di fuori degli Stati Uniti.** Potresti acquistare un'assicurazione supplementare Medicare (Medigap) che copra l'assistenza al di fuori degli Stati Uniti.	I piani generalmente **non coprono l'assistenza al di fuori degli Stati Uniti.**

Piani Medicare Advantage

Che cosa sono i piani Medicare Advantage?

Un piano Medicare Advantage è un altro modo per ottenere la copertura Medicare della Parte A e della Parte B. I piani Medicare Advantage, a volte chiamati "Parte C" sono offerti da aziende private approvate da Medicare, che devono attenersi alle regole stabilite da Medicare. La maggior parte dei piani Medicare Advantage include la copertura dei farmaci (parte D). Ci sono diversi tipi di piani Medicare Advantage (vedi pagina 15). Ognuno di questi tipi di Piani Medicare Advantage ha regole speciali su come ottenere i servizi della Parte A e B coperti da Medicare e le prestazioni supplementari del piano.

Se aderisci ad un Piano Medicare Advantage, avrai ancora Medicare, ma otterrai la maggior parte della tua copertura della Parte A e della Parte B dal tuo piano Medicare Advantage, non dal Medicare Original.

Per ottenere i servizi coperti da Medicare devi usare la tessera del tuo piano Medicare Advantage. Conserva la tua tessera rossa, bianca e blu di Medicare in un posto sicuro, perché ne avrai bisogno se dovessi tornare a Medicare Original.

Come funzionano i piani Medicare Advantage?

Quando aderisci a un piano Medicare Advantage, Medicare paga ogni mese un importo fisso per la tua copertura alla società che offre quel piano Medicare Advantage. Le società che offrono piani Medicare Advantage devono seguire le regole stabilite da Medicare. Tuttavia, ogni piano Medicare Advantage può addebitare diverse spese vive e avere regole diverse per quanto riguarda le modalità per ottenere i servizi (ad esempio se è necessario un rinvio per vedere uno specialista o se si deve andare a medici, strutture o fornitori che appartengono alla rete del piano per cure di non emergenza o non urgenti). Queste regole possono cambiare ogni anno. Il piano deve notificare eventuali cambiamenti prima dell'inizio dell'anno di iscrizione successivo.

Se aderisci a un piano Medicare Advantage, avrai tutti gli stessi diritti e le stesse protezioni che avresti con Medicare Original.

Cosa coprono i piani Medicare Advantage?

I piani Medicare Advantage coprono quasi tutti i servizi della Parte A e della Parte B. Tuttavia, se sei in un piano Medicare Advantage, Medicare Original coprirà comunque il costo per la cura in hospice, alcune nuove prestazioni di Medicare e alcuni costi per gli studi clinici di ricerca. In tutti i tipi di piani Medicare Advantage, sei sempre coperto per le emergenze e l'assistenza urgente

Cosa coprono i piani Medicare Advantage? (segue)

La maggior parte dei piani Medicare Advantage offre copertura per alcune cose che il Medicare Original non copre, come alcuni programmi per la vista, l'udito, i denti e il fitness (come le iscrizioni in palestre o gli sconti). I piani hanno anche un **limite annuale** su quanto paghi di spese vive per i servizi medici coperti dalla Parte A e B. Una volta raggiunto questo limite, non pagherai nulla per i servizi coperti dalla Parte A e dalla Parte B.

Copertura Medicare per i farmaci (Parte D)

La maggior parte dei piani Medicare Advantage include la copertura per i farmaci (parte D). In alcuni tipi di piani che non includono la copertura dei farmaci (come i piani di risparmio medico e alcuni piani a pagamento per servizi privati), puoi aderire a un piano separato Medicare per la copertura dei farmaci.

Tuttavia, se aderisci a un piano della Health Maintenance Organization o della Preferred Provider Organization che non copre i farmaci, non puoi aderire a un piano separato Medicare per i farmaci. Vedi le pagine 15-24 per maggiori informazioni.

Nota: Se sei in un piano che non offre copertura farmacologica, e non hai un piano Medicare per la copertura dei farmaci, se decidi di aderire ad un piano Medicare per la copertura dei farmaci, potresti dover pagare una penalità di iscrizione tardiva. Visita Medicare.gov/drug per saperne di più sulla penalità per l'iscrizione tardiva alla Parte D.

Quali sono i miei costi?

Ogni anno, i piani stabiliscono gli importi dei premi, delle franchigie e dei servizi. Il piano (piuttosto che Medicare) decide quanto paghi per i servizi coperti che ricevi. La somma che paghi per il piano può cambiare solo una volta all'anno, il 1° gennaio.

Devi pagare il premio per la parte B. L'importo del premio standard della parte B per il 2020 è $ 144,60 (o superiore in base al reddito). Alcune persone con prestazioni di previdenza sociale pagano meno (in media 130 dollari).

Quando calcoli le spese vive in un piano Medicare Advantage, oltre al premio, alla franchigia, ai co-pagamenti e alla co-assicurazione, dovresti tenere in considerazione anche:

- il tipo di servizi sanitari di cui hai bisogno e la frequenza con cui li ricevi.
- Se ti rechi da un medico o da un altro operatore sanitario che accetta l'incarico. Per incarico si intende che il tuo medico, operatore sanitario o fornitore è d'accordo (o è richiesto dalla legge) nell'accettare l'importo approvato da Medicare come pagamento completo per i servizi coperti da Medicare.
- Se il piano offre prestazioni extra (in aggiunta alle prestazioni di Medicare Original) e se è necessario pagare un extra per ottenerle.
- Se hai un Medicaid o ricevi aiuto dal tuo stato attraverso un Medicare Savings Program per pagare i tuoi costi Medicare.

Quali sono i miei costi? (segue)

Qual è la differenza tra una franchigia, una co-assicurazione e un ticket?

Franchigia—L'importo a tuo carico per assistenza sanitaria o farmaci con obbligo di prescrizione, prima Medicare Original, il tuo piano per i farmaci con obbligo di prescrizione o altre assicurazioni inizino a pagare.

Co-assicurazione—Si tratta di un importo che potrebbe essere a tuo carico per una parte del costo dei servizi dopo aver pagato eventuali franchigie. La co-assicurazione in genere è una percentuale (ad esempio, 20%).

Ticket—Un importo che potrebbe essere a tuo carico per una parte del costo di un servizio o articolo medico, come la visita di un medico, la visita d'ambulatorio in un ospedale, o un farmaco con obbligo di prescrizione. Un ticket è in genere un importo fisso, non una percentuale. Per esempio, potresti pagare $10 o $20 per una visita medica o un farmaco con obbligo di prescrizione.

Maggiori dettagli sui costi di ogni piano

Se aderisci a un piano Medicare Advantage, riesamina ogni anno questi avvisi che ricevi dal tuo piano:

- **Avviso annuale di modifica:** Comprende le eventuali modifiche delle coperture, dei costi, dell'area dei servizi e molto altro ancora che entreranno in vigore a partire da gennaio. Il tuo piano ti invierà una copia stampata entro il 30 settembre.
- **Prova della copertura:** Fornisce dettagli su cosa copre il piano, quanto paghi e altro ancora. Il piano ti invierà un avviso (o una copia stampata) entro il 15 ottobre, che includerà informazioni su come accedere all'Evidence of Coverage (Prova della copertura) per via elettronica o richiedere una copia stampata.

Determinazioni organizzative

Puoi ottenere una decisione dal tuo piano in anticipo per vedere se un servizio, un farmaco o una fornitura siano coperti. Puoi anche capire quanto dovrai pagare. Questa si chiama "determinazione organizzativa" A volte è necessaria come autorizzazione preventiva perché il tuo piano copra il servizio, il farmaco o la fornitura.

Tu, il tuo rappresentante o il tuo medico potete richiedere una determinazione organizzativa. Un rappresentante è qualcuno che tu puoi nominare perché ti aiuti. Il tuo rappresentante potrebbe essere un membro della tua famiglia, un amico, un difensore, un avvocato, un consulente finanziario, un medico o un altro soggetto che agirà per tuo conto. In base ai tuoi bisogni di salute, tu, il tuo rappresentante o il tuo medico potete chiedere una decisione rapida sulla tua richiesta di determinazione organizzativa. Se il piano nega la copertura, il piano deve comunicartelo per iscritto e hai diritto a un appello.

Quali sono i miei costi? (segue)

Se un fornitore di piani vi rimanda per un servizio o a un fornitore al di fuori della rete, ma non ottiene una preventiva determinazione organizzativa, **ciò è chiamato "assistenza diretta del piano"** Nella maggior parte dei casi non dovrai pagare una cifra superiore ai soliti costi condivisi del piano. Verifica con il tuo piano e richiedi maggiori informazioni su questa protezione.

Chi può aderire a un piano Medicare Advantage?

Per aderire a un piano Medicare Advantage devi:

- **Avere la Parte A e la Parte B.**
- **Vivere in un'area di servizio del piano.**

E se avessi una condizione preesistente?

Puoi aderire a un piano Medicare Advantage anche se hai una condizione preesistente.

Cosa succede se ho una malattia renale allo stadio terminale (ESRD)?

Se hai una ESRD, puoi iscriverti ad un piano Medicare Advantage durante l'Open Enrollment (15 ottobre-7 dicembre 2020) per una copertura a partire dal 1° gennaio 2021. In molti piani Medicare Advantage, dovrai utilizzare fornitori di servizi sanitari che

partecipino alla rete del piano o rientrino nell'area di servizio del piano stesso. Prima di iscriverti, potresti voler verificare con i tuoi fornitori e con il piano che stai considerando assicurandoti quindi che i fornitori che segui attualmente (come il tuo centro di dialisi o il nefrologo), o che vuoi seguire in futuro (come uno specialista di trapianti), siano nella rete del piano. Se sei già in un piano Medicare Advantage, verifica con i tuoi fornitori e assicurati che nel 2021 faranno ancora parte della rete del piano. Leggi il materiale informativo del tuo piano o contattalo per ulteriori informazioni.

Nota: In certe situazioni (come nel caso di spostamenti), potresti essere in grado di aderire a, cambiare o abbandonare un piano in altri momenti.

E se avessi un'altra copertura?

Prima di aderire a un piano Medicare Advantage, parla con il tuo datore di lavoro, sindacato, o altro amministratore di benefici delle loro regole. In altri casi, l'adesione a un piano Medicare Advantage, potrebbe farti perdere la copertura del tuo datore di lavoro o quella sindacale per te stesso, il tuo coniuge e le persone a carico potresti non essere più in grado di riguadagnarla. In alcuni casi, se aderisci ad un piano Medicare Advantage, potresti essere ancora in grado di utilizzare sia la copertura del tuo datore di lavoro o sindacale sia il piano Medicare Advantage cui aderisci. Il tuo datore di lavoro o il tuo sindacato potrebbero anche offrire un piano sanitario per pensionati Medicare Advantage da loro sponsorizzato.

Quando posso iscrivermi, cambiare o abbandonare un piano Medicare Advantage?

Puoi aderire, cambiare o abbandonare un piano Medicare Advantage solo durante i periodi di iscrizione indicati di seguito:

- Periodo di iscrizione iniziale---Quando diventi idoneo per la prima volta per Medicare, puoi iscriverti durante il Periodo di iscrizione iniziale. Per molti, questo è il periodo di 7 mesi che inizia 3 mesi prima del mese in cui compi 65 anni, include il mese in cui compi 65 anni e termina 3 mesi dopo il mese in cui compi 65 anni. Se hai meno di 65 anni e sei disabile, otterrai automaticamente la Parte A e la Parte B dopo aver ottenuto prestazioni di invalidità dalla Social Security o alcune prestazioni di invalidità dal Railroad Retirement Board per 24 mesi.
- Se ti iscrivi durante i primi 3 mesi del tuo Periodo di iscrizione iniziale, nella maggior parte dei casi, la copertura inizia il primo giorno del mese del tuo compleanno. Tuttavia, se il tuo compleanno è il primo giorno del mese, la copertura inizierà il primo giorno del mese precedente.
- Se ti iscrivi nel mese in cui compi 65 anni o durante gli ultimi 3 mesi del Periodo di iscrizione iniziale, la data di inizio della copertura sarà ritardata.
- Periodo di iscrizione generale---Se hai una copertura Parte A e ottieni per la prima volta la Parte B, durante questo periodo (dal 1° gennaio al 31 marzo di ogni anno) puoi aderire anche a un piano Medicare Advantage. La copertura non può iniziare prima del 1° luglio.
- Periodo di iscrizione aperto--- Tra il 15 ottobre e il 7 dicembre, chiunque abbia un'assistenza sanitaria Medicare può aderire, cambiare o abbandonare un piano Medicare Advantage. La tua copertura inizierà il 1° gennaio (a condizione che il piano riceva la tua richiesta entro il 7 dicembre).

Posso apportare modifiche alla mia copertura dopo il 7 dicembre?

Tra il 1° gennaio e il 31 marzo di ogni anno, puoi apportare queste modifiche durante il **Periodo di iscrizione aperto Medicare Advantage:**

- Se sei in un piano Medicare Advantage (con o senza copertura farmacologica), puoi passare ad un altro piano Medicare Advantage (con o senza copertura farmacologica).
- Puoi abbandonare il tuo piano Medicare Advantage e tornare a Medicare Original. Potrai anche aderire a un piano Medicare con copertura per i farmaci.

Durante questo periodo, **non puoi:**

- Passare da un piano Medicare Original a uno Medicare Advantage.
- Se sei in Medicare Original, aderire a un piano Medicare con copertura dei farmaci da prescrizione.
- Se sei in Medicare Original, passare da un piano Medicare per farmaci ad un altro.

Quando posso iscrivermi, cambiare o abbandonare un piano Medicare Advantage? (segue)

Puoi apportare una sola modifica durante questo periodo, e qualsiasi modifica sarà effettiva il primo del mese dopo il ricevimento della richiesta da parte del piano. Se stai tornando a Medicare Original e aderendo a un piano per i farmaci, non hai l'obbligo di contattare il piano Medicare Advantage per cancellarti. La cancellazione avverrà automaticamente quando aderirai al piano per i farmaci.

Nota: Se ti sei iscritto a un piano Medicare Advantage durante il periodo di iscrizione iniziale, puoi passare a un altro piano Medicare Advantage (con o senza copertura farmacologica) o tornare a Medicare Original (con o senza piano per i farmaci) entro i primi 3 mesi in cui disponi di Medicare.

Come posso aderire a un piano Medicare Advantage?

Non tutti i piani Medicare Advantage funzionano allo stesso modo. Prima di aderire, puoi trovare e confrontare i piani sanitari Medicare nella tua zona visitando Medicare.gov/plan-compare. Una volta comprese le regole e i costi del piano, utilizza uno di questi modi per aderire:

- Visita Medicare.gov/plan-compare ed effettua una ricerca per codice postale per trovare un piano. Per ottenere risultati personalizzati puoi anche effettuare il login. Se hai domande su un particolare piano, seleziona "Dettagli piano" per ottenere le informazioni di contatto del piano.
- Visita il sito web del piano per vedere se puoi aderire online.
- Compila un modulo di iscrizione cartaceo. Contatta il piano per ottenere un modulo di iscrizione, compilalo e restituiscilo al piano. Tutti i piani devono offrire questa opzione.
- Chiama il piano a cui vuoi aderire. Visita Medicare.gov/plan-compareper ottenere le informazioni di contatto del tuo piano.
- Chiama 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Gli utenti TTY possono chiamare il numero 1-877-486-2048.

Note: Starting in 2021, people with ESRD will be able to join Medicare Advantage Plans without these restrictions.

Quando ti iscrivi a un piano Medicare Advantage, dovrai fornire le seguenti informazioni presenti sulla tua tessera Medicare:

- Il tuo numero Medicare
- La data di inizio della copertura della parte A e/o parte B.

Quando ti iscrivi a un piano Medicare Advantage, ricorda che, nella maggior parte dei casi, per ottenere i servizi coperti da Medicare, **devi usare la tessera del tuo piano Medicare Advantage.** Per alcuni servizi, è possibile che ti venga richiesto di mostrare le tessere Medicare rossa, bianca e blu.

Tipi di piani Medicare Advantage.

Ci sono diversi tipi di piani Medicare Advantage:

- Piani dell'Organizzazione per il supporto sanitario (HMO): Cfr. pagina 15-16.
- Piani di organizzazione dei fornitori preferiti (PPO): Cfr. pagina 17.
- Piani a pagamento per il servizio privati (PFFS): Cfr. pagina 18-19.
- Piani per esigenze speciali (SNP): Cfr. pagina 20-21.
- Piani di conti di risparmio medico (MSA): Cfr. pagina 22-23.

La zona in cui vivi potrebbe avere disponibili tutti, alcuni o nessuno di questi tipi. Inoltre, se le aziende private scegliessero di offrirli, nella tua zona potrebbero essere disponibili più piani disponibili all'interno dello stesso tipo. Per vedere quali sono i piani Medicare Advantage a tua disposizione, visita il sito Medicare.gov/plan-compare.

Piani dell'Organizzazione per il supporto sanitario (HMO):

Un piano dell'Organizzazione per il supporto sanitario (HMO) è un tipo di piano Medicare Advantage che di solito fornisce una copertura sanitaria da parte di medici, operatore sanitario o ospedali della rete del piano (tranne le cure di emergenza, le cure urgenti fuori area, o la dialisi fuori area). Una rete è un gruppo di medici, ospedali e strutture mediche che concordano appalti con un piano di fornitura di servizi. La maggior parte degli HMO richiedono anche che tu riceva un invio dal tuo medico di base per cure specialistiche, in modo che la tua assistenza sia coordinata.

Posso ottenere la mia assistenza sanitaria da qualsiasi medico, altro operatore sanitario o ospedale?

No. Generalmente devi ottenere l'assistenza e i servizi dai medici, dalle strutture di assistenza sanitaria o dagli ospedali della rete del piano (ad eccezione delle cure di emergenza, le cure urgenti fuori dall'area o la dialisi temporanea fuori dall'area, che sono comunque coperte indipendentemente dal fatto che siano fornite nella rete del piano). Tuttavia, alcuni piani HMO, conosciuti come piani HMO Point-of-Service (HMOPOS), offrono un beneficio al di fuori della rete.

Tipi di piani Medicare Advantage (continua)

Piani dell'Organizzazione per il supporto sanitario (HMO) (continua)

Se ottieni assistenza sanitaria al di fuori della rete del piano, potresti dover pagare l'intero costo. È importante che segua le regole del piano, come ottenere l'approvazione preventiva per un determinato servizio quando necessario. Nella maggior parte dei casi, devi scegliere un medico di base. Alcuni servizi, come le mammografie annuali di screening, non richiedono un invio. Se il tuo medico o altro fornitore di assistenza sanitaria lascia la rete del piano, il tuo piano ti informerà. Puoi scegliere un altro medico nella rete del piano.

I piani HMO Point-of-Service (HMOPOS) sono piani HMO che **possono consentire di ottenere alcuni servizi fuori dalla rete con un maggiore ticket o co-assicurazione.** È importante che segua le regole del piano, come ottenere l'approvazione preventiva per un determinato servizio quando necessario.

Questi piani offrono copertura per i farmaci con obbligo di prescrizione?

Nella maggior parte dei casi, sì. Se desideri la copertura farmacologica Medicare, devi aderire a un piano HMO che includa la copertura dei farmaci. Se aderisci ad un HMO che non include la copertura per i farmaci da prescrizione, non puoi ottenere un piano Medicare per i farmaci separato (Parte D).

Tipi di piani Medicare Advantage (continua)

Piani di organizzazione dei fornitori preferiti (PPO):

Un piano di organizzazione dei fornitori preferiti (PPO) è un piano Medicare Advantage che dispone di una rete di medici, specialisti, ospedali e altri operatori sanitari di cui puoi usufruire, ma puoi anche servirti di fornitori esterni alla rete per i servizi coperti, di solito ad un costo più alto. Puoi inoltre scegliere di andare da qualsiasi medico, specialista o ospedale che non figura nell'elenco del piano (fuori rete), ma di solito costa di più. Poiché alcuni fornitori sono "preferiti" (come suggerisce il nome), utilizzandoli puoi risparmiare denaro.

Posso ottenere la mia assistenza sanitaria da qualsiasi medico, altro operatore sanitario o ospedale?

Si. I piani PPO dispongono di medici di rete, specialisti, ospedali e altri operatori sanitari di cui puoi usufruire, ma puoi anche servirti di fornitori fuori rete per i servizi coperti, di solito ad un costo più alto. Per le emergenze e le cure urgenti avrai sempre copertura.

Se scegli di ottenere i servizi da un fornitore fuori rete, potresti voler chiedere una determinazione anticipata della copertura dal tuo piano PPO per assicurarti così che i servizi siano necessari dal punto di vista medico e che il tuo piano effettivamente li copra.

Questi piani offrono copertura per i farmaci con obbligo di prescrizione?

Nella maggior parte dei casi, sì. Se desideri la copertura farmacologica Medicare, devi aderire a un piano PPO che includa la copertura dei farmaci. Se aderisci ad un PPO che non include la copertura farmacologica, non puoi aderire ad un piano Medicare per i farmaci separato.

Tipi di piani Medicare Advantage (continua)

Piani a pagamento per il servizio privati (PFFS):

Un piano a pagamento per il servizio privato (PFFS) è un altro tipo di piano Medicare Advantage offerto da un'azienda privata di assicurazione sanitaria. Un piano (PFFS) non è uguale al Medicare Original o al supplemento Medicare (Medigap).

Posso ottenere la mia assistenza sanitaria da qualsiasi medico, altro operatore sanitario o ospedale?

Puoi rivolgerti a qualsiasi medico, altro operatore sanitario o ospedale approvati da Medicare che accetti i termini di pagamento del piano e accetti di curarti. Se aderisci ad un piano PFFS che ha una rete, puoi anche trovarti di fronte al caso che tutti i fornitori della rete hanno accettato di curare in ogni momento i membri del piano. Puoi anche scegliere un medico, un ospedale o un altro fornitore fuori dalla rete che accetti i termini del piano, ma potresti pagare di più.

Prima di ricevere qualsiasi servizio, chiedi al tuo medico o all'ospedale se possono contattare il piano per informazioni sul pagamento e accettare le condizioni di pagamento del piano. Se hai bisogno di assistenza d'emergenza, la stessa è coperta sia che il fornitore accetti sia che non accetti le condizioni di pagamento del piano.

Se il tuo fornitore di servizi accetta i termini e le condizioni di pagamento del piano

Il fornitore di servizi deve seguire i termini e le condizioni di pagamento del piano e fatturare al piano i servizi che fornisce per te. Il fornitore può, tuttavia, decidere ad ogni visita se accettare il piano e accettare di assisterti.

Tipi di piani Medicare Advantage (continua)

Piani a pagamento per il servizio privati (PFFS) (continua)

Se il tuo fornitore di servizi non accetta i termini e le condizioni di pagamento del piano

Il fornitore non dovrebbe fornirti servizi se non in caso di emergenze, e tu dovrai trovare un altro fornitore che accetti il piano PFFS.

Tuttavia, se il fornitore sceglie di curarti, allora può fatturarti solo la partecipazione ai costi consentita dal piano. Devono fatturare al piano i tuoi servizi sanitari coperti. Sei solamente tenuto a pagare il ticket o la co-assicurazione che il piano permette per i tipi di servizi che ottieni al momento del servizio. Se il piano permette ai fornitori un "conto equilibrato" (quando cioè un fornitore ti fattura la differenza tra il costo del fornitore e l'importo consentito), potresti dover pagare un importo aggiuntivo (fino al 15% in più).

Questi piani offrono copertura per i farmaci con obbligo di prescrizione?

Talvolta. Se desideri la copertura dei farmaci con obbligo di prescrizione Medicare, ed è offerta dal piano, devi ottenere la tua copertura dei farmaci con prescrizione da quel piano.

Se il piano PFFS non offre copertura farmacologica, per ottenerla devi aderire ad un piano Medicare per farmaci separato.

Tipi di piani Medicare Advantage (continua)

Piani per esigenze speciali (SNP):

Un piano per esigenze speciali (SNP) fornisce prestazioni e servizi a persone con malattie specifiche, esigenze sanitarie specifiche o redditi limitati. Gli SNP adattano le loro prestazioni, le scelte dei fornitori e gli elenchi dei farmaci coperti (formulari) per soddisfare al meglio le esigenze specifiche dei gruppi che servono.

Gli SNP sono tipi di piani o HMO o PPO, e coprono le stesse prestazioni di Medicare Parte A e Parte B che tutti i piani Medicare Advantage coprono. Gli SNP di Medicare potrebbero tuttavia coprire anche servizi aggiuntivi adattati ai particolari gruppi che servono. Per esempio, se hai una condizione grave o cronica, come il cancro o l'insufficienza cardiaca cronica e hai bisogno di una degenza ospedaliera, un SNP potrebbe coprire i giorni extra in ospedale.

Puoi beneficiare di un SNP se vivi nella zona di servizio del piano e soddisfi uno di questi requisiti:

- Hai una malattia cronica come una o più delle seguenti condizioni (chiamata anche **condizione cronica SNP** o **C-SNP):**
    - Alcolismo cronico e altre dipendenze
    - Disturbi autoimmuni
    - Cancro (escluse le condizioni pre-cancro)
    - Disturbi cardiovascolari
    - Scompenso cardiaco cronico
    - Demenza
    - Diabete mellito
    - Malattia epatica in fase finale
    - Malattia renale in fase finale (ESRD) che richiede la dialisi (qualsiasi modalità di dialisi)
    - Disturbi ematologici gravi
    - HIV/AIDS
    - Disturbi polmonari cronici
    - Condizioni di salute mentale croniche e invalidanti
    - Disturbi neurologici
    - Ictus

Tipi di piani Medicare Advantage (continua)

SPiani per esigenze speciali (SNP) (continua):

- Vivi in un istituto (come una casa di cura), o hai bisogno di cure a casa **(chiamato anche SNP Istituzionale o I-SNP).**
- Hai sia Medicare che Medicaid (chiamato anche **Dual Eligible SNP o D-SNP).**

Ogni SNP limita la propria adesione a persone appartenenti a uno di questi gruppi o a un sottoinsieme di uno di questi gruppi. Puoi rimanere iscritto a un SNP solo se continui a soddisfare le condizioni speciali previste dal piano.

Posso ottenere la mia assistenza sanitaria da qualsiasi medico, altro operatore sanitario o ospedale?

Generalmente devi ottenere l'assistenza e i servizi dai medici, dalle strutture di assistenza sanitaria o dagli ospedali della rete del piano (ad eccezione dell'assistenza di emergenza, urgente fuori zona o della dialisi fuori zona). Tuttavia, se il tuo piano per esigenze speciali è un PPO, allora potrai ottenere servizi da qualsiasi operatore sanitario o ospedale qualificato, ma di solito a un costo più alto di quello che pagheresti per servizi da un operatore della rete.

Nella maggior parte dei casi, gli SNP potrebbero richiedere l'intervento di un medico di base, oppure il piano potrebbe richiedere l'intervento di un coordinatore sanitario che ti aiuti nella tua assistenza sanitaria. Un coordinatore dell'assistenza è qualcuno che aiuta a garantire che le persone ricevano le cure e le informazioni giuste. Ad esempio, un SNP per le persone con diabete potrebbe utilizzare un coordinatore di assistenza per aiutare i membri a monitorare la glicemia e seguire la loro dieta.

Gli SNP hanno tipicamente specialisti nelle malattie o condizioni che colpiscono i loro membri. In generale, devi ottenere la tua assistenza e i servizi da medici o ospedali nella rete del piano, tranne:

- Quando hai bisogno di assistenza urgente o di cure di emergenza, come l'assistenza che ricevi per una malattia improvvisa o infortunio che necessiti di cure mediche immediate
- Se hai una malattia renale in fase finale (ESRD) e hai bisogno di dialisi al di fuori dell'area

Questi piani offrono copertura per i farmaci con obbligo di prescrizione?

Tutti gli SNP devono fornire la copertura dei farmaci Medicare.

Tipi di piani Medicare Advantage (continua)

Piani di conti di risparmio medico

I piani MSA (Medical Savings Account) combinano un piano assicurativo con elevata franchigia con un conto di risparmio medico che puoi utilizzare per pagare le tue spese sanitarie.

1. **Piano sanitario con elevata franchigia:** La prima parte di un piano MSA è un tipo speciale di piano Medicare Advantage ad elevata franchigia. Il piano inizierà a coprire i costi solo quando incontri un'elevata franchigia annuale, che varia a seconda del piano.

2. **Piani di conti di risparmio medico (MSA):** La seconda parte di un piano MSA è un tipo speciale di conto di risparmio. Il piano MSA deposita denaro sul tuo conto.

Una volta deciso quale piano MSA desideri, devi contattare il piano per informazioni sull'iscrizione e poi quindi aderirvi. Una volta iscritto, il piano ti dirà come impostare il tuo conto presso una banca che sarà selezionata dal piano stesso. Devi impostare questo conto prima che il piano possa elaborare l'iscrizione. Dopo aver ricevuto una lettera dal piano che ti comunica quando inizia la copertura:

1. Medicare trasferisce al piano una somma di denaro ogni anno per la tua assistenza sanitaria.
2. Il piano deposita del denaro sul tuo conto a tuo nome. Non puoi depositare i tuoi soldi.
3. Puoi utilizzare il denaro sul tuo conto per pagare le spese sanitarie, comprese le spese sanitarie non coperte da Medicare. Quando utilizzi il denaro del conto per i servizi di parte A e parte B coperti da Medicare, quel denaro incide sul calcolo della franchigia del piano.
4. Se utilizzi tutto il denaro sul tuo conto e dovessi avere costi sanitari aggiuntivi, dovrai pagare per i servizi coperti da Medicare di tasca tua fino a quando non raggiungi la franchigia del piano.
5. Durante il periodo in cui paghi di tasca tua per i servizi prima che la franchigia sia stata raggiunta, i medici e gli altri fornitori non possono addebitarti più dell'importo approvato da Medicare.
6. Una volta raggiunta la franchigia, il piano coprirà i servizi coperti da Medicare.
7. Il denaro rimasto sul tuo conto alla fine dell'anno rimane sul conto e puoi utilizzarlo per le spese sanitarie degli anni futuri. Se rimani con lo stesso piano MSA l'anno successivo, il nuovo deposito sarà aggiunto all'importo rimanente.

Tipi di piani Medicare Advantage (continua)

I Piani MSA e le tue tasse

Se utilizzi fondi del tuo conto, quando effettui la tua dichiarazione fiscale devi includere il modulo IRS 8853 con informazioni su come hai utilizzato il denaro del conto.

Ogni anno, dovresti ricevere dalla tua banca un modulo 1099-SA che include tutti i prelievi dal tuo conto. Dovrai dimostrare di aver sostenuto spese mediche qualificate almeno per questo importo, oppure dovrai pagare tasse e penalità aggiuntive.

Per un elenco di servizi e prodotti che contano come Spese Mediche Qualificate e per altre informazioni fiscali, visita il sito irs.gov/forms-pubs/about-publication-969 to ricevi una copia gratuita della pubblicazione IRS n. 969 per l'anno della dichiarazione per avere maggiori informazioni sul modulo fiscale 8853.

Contatta il tuo consulente finanziario personale (se ne hai uno) per supporto e consigli su come la scelta di un piano MSA potrebbe influire sulla tua situazione finanziaria.

Posso ottenere la mia assistenza sanitaria da qualsiasi medico, altro operatore sanitario o ospedale?

I piani MSA generalmente non hanno una rete di fornitori e operatori sanitari. Tuttavia, puoi ottenere servizi Medicare Parte A e Parte B da qualsiasi fornitore o operatore sanitario idoneo per Medicare negli Stati Uniti o nei territori degli Stati Uniti.

Questi piani offrono copertura per i farmaci con obbligo di prescrizione?

No. Se aderisci ad un piano MSA Medicare e necessiti di copertura farmacologica, dovrai aderire ad un piano Medicare per i farmaci separato.

Se, tuttavia, aderisci ad un piano MSA e hai già una polizza Medigap con copertura farmacologica (alcune polizze vendute prima del 1° gennaio 2006, avevano copertura farmacologica), puoi continuare ad utilizzare questa copertura per pagare alcuni dei tuoi farmaci.

Confrontare punto per punto i piani Medicare Advantage.

Il grafico seguente mostra le informazioni di base su ogni tipo di piano Medicare Advantage.

	HMO	PPO	PFFS	SNP	MSA
Premio **Devo pagare un premio mensile?**	Sì Può addebitare un premio in aggiunta al premio della parte B.	Sì Può addebitare un premio in aggiunta al premio della parte B.	Sì Può addebitare un premio in aggiunta al premio della parte B.	Sì Può addebitare un premio in aggiunta al premio della parte B.	No Non dovrai pagare un premio mensile, ma continuerai a pagare il premio mensile per la parte B.
Farmaci **Il piano offre una copertura per i farmaci da prescrizione Medicare?**	Di solito Se aderisci ad un HMO che non offre la copertura farmacologica, non puoi ottenere un piano Medicare per i farmaci separato.	Di solito Se aderisci ad un PPO che non offre la copertura farmacologica, non puoi ottenere un piano Medicare per i farmaci separato.	Di solito Se aderisci ad un PFFS che non offre la copertura farmacologica, non puoi aderire a un piano Medicare per i farmaci.	Sì Tutti gli SNP devono fornire la copertura dei farmaci da prescrizione Medicare (parte D).	No Dovrai anche aderire a un piano Medicare con copertura dei farmaci. Se hai già una polizza Medigap con copertura farmacologica, puoi continuare ad utilizzare questa copertura.
Fornitori **Posso utilizzare un medico o un ospedale che accetta la Medicare per i servizi coperti?**	Talvolta Generalmente devi ottenere l'assistenza e i servizi dai medici, dalle strutture di assistenza sanitaria o dagli ospedali della rete del piano (ad eccezione dell'assistenza di emergenza, o della dialisi fuori zona). In un HMOPOS potrai ottenere **alcuni** servizi fuori dalla rete per un co-pagamento o una co-assicurazione più alti.	Sì Ogni piano ha una rete di medici, ospedali e altri fornitori a cui puoi rivolgerti. Potrai anche uscire dalla rete di fornitori del piano, ma i costi potrebbero essere più elevati.	Sì Puoi rivolgerti a qualsiasi medico, altro fornitore di assistenza sanitaria o ospedale approvati da Medicare **che accetta i termini di pagamento del piano e accetta di curarti.** Se il piano dispone di una rete, puoi utilizzare uno qualsiasi dei fornitori della rete (se ti rivolgi ad un fornitore esterno alla rete che accetta i termini del piano, potresti pagare di più).	No In generale, devi ottenere l'assistenza e i servizi dai medici o dagli ospedali della rete dell'SNP (ad eccezione dell'assistenza di emergenza o se hai bisogno di dialisi fuori zona). Tuttavia, se il tuo SNP è un PPO puoi ottenere servizi coperti da Medicare anche fuori dalla rete.	Sì I piani MSA generalmente non hanno fornitori e operatori di rete. Potrai rivolgerti a qualsiasi fornitore approvato da Medicare per i servizi coperti da Medicare Original.
Invio **Ho bisogno di un invio del mio medico per consultare uno specialista?**	Sì	No	Forse I piani possono variare.	Forse	No

Cosa succede se ho una polizza assicurativa supplementare Medicare (Medigap)?

Se hai una polizza Medigap e aderisci ad un piano Medicare Advantage, potresti voler abbandonare la tua polizza Medigap. Non puoi usare la polizza Medigap per pagare i tuoi co-pagamenti, le franchigie e premi del piano Medicare Advantage perché i piani Medicare Advantage forniscono altre protezioni che la Medigap non fornisce.

Se vuoi annullare la tua polizza Medigap, contatta la compagnia di assicurazione. **Se annulli la polizza Medigap, potresti non riuscire a recuperare la stessa, o in alcuni casi, qualsiasi polizza Medigap.** Se hai già un piano Medicare Advantage, è illegale per chiunque venderti una polizza Medigap, a meno che tu non stia tornando al Medicare Original. Se non hai intenzione di lasciare il tuo piano Medicare Advantage e qualcuno cerca di venderti una polizza Medigap, segnalalo al tuo Dipartimento statale delle assicurazioni.

Se aderisci a un piano Medicare Advantage per la prima volta e non sei soddisfatto del piano, avrai diritti speciali secondo la legge federale di acquistare una polizza Medigap e un piano per farmaci Medicare se ritornerai al Medicare Original entro 12 mesi dall'adesione al Medicare Advantage.

- Se disponevi di una polizza Medigap prima dell'adesione, potresti riottenere la stessa polizza, sempre che la compagnia ancora la venda. Se non è disponibile, puoi acquistare un'altra polizza.
- Se hai aderito a un piano Medicare Advantage quando eri inizialmente idoneo a Medicare (e non sei soddisfatto del piano), puoi scegliere tra qualsiasi polizza Medigap entro il primo anno di adesione.

I piani Medigap venduti a persone che sono da poco tempo idonei a Medicare non hanno autorizzazione a coprire la franchigia della parte B. Per questo motivo, i Piani C e F non sono disponibili per le persone che sono da poco tempo idonee a Medicare, ovvero a partire dal 1° gennaio 2020 compreso. Se hai già o eri coperto dal Piano C o F (o la versione con elevata franchigia del Piano F) prima del 1° gennaio 2020, puoi mantenere il tuo piano. Se eri idoneo per Medicare prima del 1 gennaio 2020, ma non sei ancora iscritto, potrai acquistare uno di questi piani con copertura della franchigia della parte B.

Dove posso ottenere ulteriori informazioni?

- **Medicare Plan Finder**

  Confronta i piani sanitari e farmaceutici per trovare la copertura adatta a te. Puoi anche inserire i tuoi farmaci per ottenere costi più accurati per i piani della tua zona. Visita Medicare.gov/plan-compare per trovare e paragonare i piani che rispondono alle tue esigenze.

- **1-800-MEDICARE**

  Il Centro Chiamate Medicare può aiutarti su domande specifiche su fatturazione, reclami, cartelle cliniche, spese e altro ancora. Chiama 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Gli utenti TTY possono chiamare il numero 1-877-486-2048.

- **SHIP (Programmi di assistenza sanitaria statale)**

  Gli SHIP sono programmi statali che ricevono denaro dal governo federale per dare consulenza locale di assicurazione sanitaria alle persone con Medicare senza alcun costo per te. Gli SHIP non sono collegati ad alcuna compagnia di assicurazione o piano sanitario. I volontari degli SHIP possono aiutarvi in merito alle seguenti questioni e dubbi Medicare:

  - I tuoi diritti Medicare
  - Problemi di fatturazione
  - Reclami sulle vostre cure o trattamenti medici
  - Scelta del piano
  - Come Medicare collabora con le altre assicurazioni
  - Trovare aiuto per pagare i costi sanitari

  Puoi trovare il numero di telefono per il programma SHIP del tuo stato, visitando shiptacenter.org o chiamando 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

- **Piani Medicare Advantage**

  Per informazioni dettagliate su costi e coperture, contatta i piani di tuo interesse.

Comunicazioni accessibili tramite CMS

Per aiutare le persone con disabilità ad avere pari opportunità di partecipare ai nostri servizi, attività, programmi e altri benefici, forniamo comunicazioni in formati accessibili. I Centri per Servizi Medicare e Medicaid (CMS) forniscono supporti e servizi ausiliari, incluse informazioni in formato accessibile come Braille, stampe di grandi dimensioni, file dati/audio, servizi di inoltro e comunicazioni TTY. Se richiedi informazioni in un formato accessibile dal CMS, non sarai penalizzato dal tempo addizionale necessario per fornirle. Questo significa che, in caso di ritardo nel soddisfare la tua richiesta, avrai tempo extra per intraprendere qualsiasi azione.

Per richiedere informazioni su Medicare o Marketplace in un formato accessibile puoi:

1. **Chiamarci:**
   For Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
   TTY: 1-877-486-2048
2. **Inviaci una e-mail:** a altformatrequest@cms.hhs.gov.
3. **Inviaci un fax:** 1-844-530-3676
4. **Inviaci una lettera:**

   Centers for Medicare & Medicaid Services
   Offices of Hearings and Inquiries (OHI)
   7500 Security Boulevard, Mail Stop S1-13-25
   Baltimore, MD 21244-1850
   All'attenzione: Customer Accessibility Resource Staff

La tua richiesta deve includere il tuo nome, numero di telefono, tipo di informazioni di cui hai bisogno (se conosciute), e l'indirizzo postale a cui dobbiamo inviare il materiale. Potremmo contattarvi per ulteriori informazioni.

Nota: Se sei iscritto a un piano Medicare Advantage o ad un piano per farmaci Medicare, contatta il tuo piano per richiedere le informazioni in un formato accessibile. Per Medicaid, contatta il tuo ufficio Medicaid locale o statale.

Avviso di non discriminazione

I Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) non escludono, negano benefici a o altrimenti discriminano qualsiasi persona in base a razza, colore, nazionalità di origine, disabilità, sesso o età per l'ammissione a, la partecipazione o la ricezione dei servizi e dei benefici previsti dai loro programmi e attività, siano essi effettuati dal CMS direttamente o tramite un contraente o qualsiasi altra entità con la quale i CMS organizzino i propri programmi e attività.

Se hai dubbi su come ottenere informazioni in un formato da te utilizzabile, puoi contattare il CMS in uno qualsiasi dei modi inclusi in questo avviso.

Se pensi di essere stato oggetto di discriminazione in un programma o attività CMS, compresi i problemi per l'ottenimento di informazioni in un formato accessibile da qualsiasi Piano Medicare Advantage, Medicare Prescription Drug, ufficio Medicaid statale o locale, o Piano Sanitario Qualificato Marketplace, puoi anche presentare un reclamo. Ci sono tre modi per presentare un reclamo al Dipartimento della Salute e dei Servizi Umani degli Stati Uniti, Ufficio per i diritti civili:

1. **Online** su hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html.
2. **Per telefono:** Chiama 1-800-368-1019. Gli utenti TTY possono chiamare il numero 1-800-537-7697.
3. **Per iscritto:** Invia i dettagli del reclamo a: Ufficio per i diritti civili:

   Dipartimento della Sanità e dei Servizi umani, Stati Uniti
   200 Independence Avenue, SW
   Room 509F, HHH Building
   Washington, D.C. 20201

Pagato dal Dipartimento della salute e servizi umani.

Note

Note

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

Centers for Medicare & Medicaid Services
7500 Security Boulevard
Baltimore, Maryland 21244-1850

Uso ufficiale
Ammenda per uso privato, $300

CMS Product No. 12026-Italian
Novembre 2020

Understanding Medicare Advantage Plans

- Medicare.gov
- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
- TTY: 1-877-486-2048

CMS
CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES