

Medicare verstehen Medicare-Advantage-Pläne



Diese offizielle Broschüre der Regierung erklärt Ihnen:

- Wie sich Medicare-Advantage-Pläne von original Medicare unterscheiden
- Wie Medicare-Advantage-Pläne funktionieren
- Wie Sie einem Medicare-Advantage-Plan beitreten können



„**Medicare-Advantage-Pläne verstehen**“ ist kein juristisches Dokument. Offizielle rechtliche Leitlinien des Medicare-Programms sind in den relevanten Statuten, Regeln und Beschlüssen.

Die Informationen in dieser Broschüre beschreiben das Medicare-Programm zu der Zeit, zu der die Broschüre gedruckt wurde. Veränderungen können nach dem Druck auftreten. Besuchen Sie [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) oder rufen Sie 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) an, um die aktuellsten Informationen zu erhalten. Benutzer von Texttelefonen können die Nummer 1-877-486-2048 anrufen

Inhalt



Einführung	4
Was ist der Unterschied zwischen original Medicare und Medicare Advantage?	5
Was sind Medicare-Advantage-Pläne?	9
Wie funktionieren Medicare-Advantage-Pläne?	9
Wie wird von Medicare-Advantage-Plänen abgedeckt?	9
Wie hoch sind meine Kosten?	10
Wie hoch sind meine Kosten? (fortgesetzt)	12
Wer kann sich für einem Medicare-Advantage-Plan anmelden?	12
Was ist, wenn ich an terminaler Niereninsuffizienz (ESRD) leide?	12
Wie kann ich mich für einen Medicare-Advantage-Plan anmelden?	14
Types of Medicare Advantage Plans.	15
Medicare-Advantage-Pläne direkt miteinander vergleichen	24
Was ist, wenn ich eine Medicare-Zusatzkrankenversicherungspolice (Medigap) habe?	25
Wo kann ich mehr Informationen erhalten?	26

Einführung



Wenn Sie anfänglich Medicare abschließen und während bestimmter Zeiten im Jahr können Sie auswählen, wie Sie Ihren Medicare-Versicherungsschutz erhalten.

Es gibt 2 Hauptwege, auf denen Sie Medicare erhalten können:

- **Original Medicare** umfasst Teil A (Krankenhausversicherung) und Teil B (Krankenversicherung). Falls Sie Versicherungsschutz für Medikamente wünschen, können Sie an einem separaten Medikamentenplan (Teil D) teilnehmen.
- **Medicare Advantage (auch als „Teil C“ bekannt)** ist eine „alles in einem“-Alternative zum Original Medicare. Diese „gebündelten“ Tarife umfassen Teil A, Teil B und in der Regel auch Teil D. Die meisten Tarife bieten zusätzliche Leistungen, die Original Medicare nicht abdeckt, wie z. B. Seh- und Hörhilfen, Zahnbehandlungen und mehr.

Ihre Entscheidungen zum Medicare-Krankenversicherungsplan haben Einfluss darauf, wie viel Sie für den Versicherungsschutz bezahlen, welche Leistungen Sie erhalten, welche Ärzte Sie in Anspruch nehmen können und welche Qualität Ihre Pflege hat.

Wenn Sie mehr über Ihre Medicare-Deckungsentscheidungen zu erfahren, Hilfe von Personen zu erhalten, denen Sie vertrauen, und verschiedene Pläne zu vergleichen, kann Ihnen helfen, alle verfügbaren Optionen besser zu verstehen.

Was ist der Unterschied zwischen original Medicare und Medicare Advantage?

Original Medicare

- Original Medicare umfasst Teil A (Krankenhausversicherung) und Teil B (Krankenversicherung).
- Falls Sie Versicherungsschutz für Medikamente wünschen, können Sie an einem separaten Medikamentenplan (Teil D) teilnehmen.
- Um Ihnen dabei zu helfen, Ihre im Original Medicare aus eigener Tasche zu bezahlenden Kosten zu bezahlen (wie z. B. Ihren 20 % Mitversicherung), können Sie sich nach günstigem ergänzendem Versicherungsschutz umsehen und diesen kaufen (Medigap).
- Damit können Sie jeden Arzt oder jedes Krankenhaus in den USA benutzen, die Medicare akzeptieren.



Teil A



Teil B



Sie können hinzufügen:



Teil D



Sie können ebenfalls hinzufügen:



Zusätzlicher Versicherungsschutz



Dies umfasst zusätzlichen Medicare-Versicherungsschutz (Medigap). Sie können auch die Deckung eines früheren Arbeitgebers oder einer früheren Gewerkschaft oder von Medicaid verwenden.

Medicare Advantage (auch bekannt als Teil C)

- Medicare Advantage ist eine „alles in einem“-Alternative zum Original Medicare. Diese „gebündelten“ Pläne umfassen Teil A, Teil B und für gewöhnlich Teil D.
- Pläne könnten niedrigere aus eigener Tasche zu bezahlender Kosten haben als das Original Medicare.
- In vielen Fällen werden Sie die Ärzte benutzen müssen, die im Netzwerk des Plans sind.
- Die meisten Pläne bieten zusätzliche Leistungen, die das Original Medicare nicht deckt — wie z. B. Augen-, Gehör- und Zahnbehandlungen und mehr.



Teil A



Teil B



Die meisten Pläne beinhalten:



Teil D



Zusätzliche Leistungen

Einige Pläne umfassen auch:



Niedrigere Zuzahlungskosten

Original Medicare vs. Medicare Advantage

Arzt- und Krankenhauswahl

Original Medicare	Medicare Advantage
Sie können jeden Arzt oder jedes Krankenhaus, überall in den USA aufsuchen, die Medicare annehmen.	In most cases, you'll need to use doctors who are in the plan's network (for non-emergency or non-urgent care). Ask your doctors if they participate in any Medicare Advantage Plans.
In den meisten Fällen benötigen Sie keine Überweisung, um einen Spezialisten aufzusuchen.	You may need to get a referral to see a specialist.

Kosten

Original Medicare	Medicare Advantage
Für Dienstleistungen, die Teil B abdecken, zahlen Sie in der Regel 20 % des von Medicare genehmigten Betrags , nachdem Sie Ihren Selbstbehalt erfüllt haben Dies wird als Ihre Mitversicherung bezeichnet.	Die Höhe der Zuzahlungen variieren —Pläne können für bestimmte Dienste niedrigere Auszahlungskosten haben.
Für Dienstleistungen, die Teil B abdecken, zahlen Sie in der Regel 20 % des von Medicare genehmigten Betrags , nachdem Sie Ihren Selbstbehalt erfüllt haben Dies wird als Ihre Mitversicherung bezeichnet.	Sie können die Prämie des Plans zusätzlich zur monatlichen Prämie für Teil B zahlen. (Die meisten Pläne beinhalten eine Medikamentenabdeckung (Teil D)). Pläne haben möglicherweise eine Prämie von 0 USD oder können Ihnen helfen, die Prämien für Teil B ganz oder teilweise zu zahlen.
Es gibt kein jährliches Limit für die Zuzahlung aus eigener Tasche, es sei denn, Sie haben einen zusätzliche Schutz – wie eine Medicare-Zusatzversicherung (Medigap-Police).	Für Medicare Teil A und Teil B der Pläne gilt ein jährliches Limit für Dienstleistungen, bei denen Sie zuzahlen müssen. Sobald Sie das Limit für Dienstleistungen Ihres Plans erreicht haben, zahlen Sie für den Rest des Jahres nichts mehr für Leistungen, die Teil A und Teil B abdecken.
Sie können Medigap erwerben , um Ihre verbleibenden Zuzahlungen zu begleichen (wie Ihre 20 %-Mitversicherung). Sie können auch die Deckung eines früheren Arbeitgebers oder einer früheren Gewerkschaft oder von Medicaid verwenden.	Sie können Medigap nicht kaufen und brauchen es nicht .

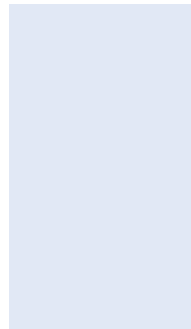
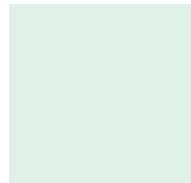
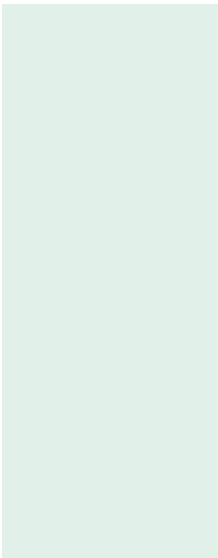
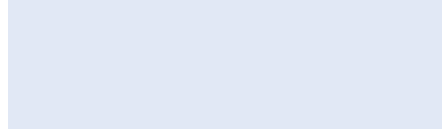
Original Medicare vs. Medicare Advantage (Fortsetzung)

Abdeckung

Original Medicare	Medicare Advantage
Original Medicare deckt die meisten medizinisch notwendigen Dienstleistungen und Lieferungen in Krankenhäusern, Arztpraxen und anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens ab. Original Medicare deckt einige Leistungen wie Augenuntersuchungen, die meisten Zahnbehandlungen und Routineuntersuchungen nicht ab.	Die Pläne müssen alle medizinisch notwendigen Leistungen abdecken, die Original Medicare abdeckt. Die meisten Pläne bieten zusätzliche Leistungen, die Original Medicare nicht abdeckt, wie z. B. Augen-, Gehör- und Zahnbehandlungen und mehr Pläne können jetzt mehr Leistungen abdecken.
Sie können einem separaten Medicare-Plan für Medikamente (Teil D) beitreten, um die Kostenübernahme für Medikamente abzusichern.	Die Medikamentenabdeckung (Teil D) ist in den meisten Plänen enthalten. Bei den meisten Arten von Medicare Advantage Plans müssen Sie nicht einem separaten Medicare-Medikamentenplan beitreten.
In den meisten Fällen ist es nicht erforderlich, dass eine Dienstleistung oder Lieferung im Voraus genehmigt wird, um von Original Medicare abgedeckt zu werden.	In einigen Fällen muss eine Dienstleistung oder Lieferung im Voraus genehmigt werden, damit sie vom Plan abgedeckt wird.

Reisen

Original Medicare	Medicare Advantage
Original Medicare deckt generell keine Behandlung außerhalb der USA. Sie könnten die Möglichkeit haben, eine Medicare-Zusatzversicherung (Medigap)-Police zu erwerben, die Behandlungen außerhalb der USA abdeckt.	Die Pläne decken in der Regel keine Behandlungen außerhalb der USA ab.



Medicare -Advantage-Pläne

Was sind Medicare-Advantage-Pläne?

Ein Medicare-Advantage-Plan ist eine andere Möglichkeit, um zu Ihren Medicare-Teil A und Teil B-Abdeckung zu kommen. Medicare-Advantage-Pläne, manchmal als „Teil C“ bezeichnet, werden von durch Medicare zugelassenen Privatunternehmen angeboten, welche die von Medicare festgelegten Regeln einhalten müssen. Die meisten Medicare-Advantage-Pläne enthalten die Abdeckung für Medikamente (Teil D). Es gibt mehrere Medicare-Advantage-Pläne (siehe Seite 15): Für jeden dieser Medicare Advantage Pläne gelten besondere Regeln, wie Sie die von Medicare abgedeckten Leistungen der Teile A und B sowie die Zusatzleistungen Ihres Plans erhalten.

Wenn Sie sich zu einem Medicare-Advantage-Plan anmelden, verfügen Sie weiterhin über Medicare, aber Sie erhalten den größten Teil Ihrer Leistungen für Teil A und Teil B aus Ihrem Medicare-Advantage-Plan, nicht aus Original Medicare.

Sie müssen die Karte Ihres Medicare Advantage Plans verwenden, um Ihre von Medicare abgedeckten Leistungen zu erhalten. Bewahren Sie Ihre rot-weiß-blaue Medicare-Karte an einem sicheren Ort auf, denn Sie benötigen sie, wenn Sie jemals wieder zu Original Medicare wechseln.

Wie funktionieren Medicare-Advantage-Pläne?

Wenn Sie sich zu einem Medicare-Advantage-Plan anmelden, zahlt Medicare jeden Monat einen festen Betrag für Ihren Versicherungsschutz an das Unternehmen, das Ihr Medicare Advantage Plan anbietet. Unternehmen, die Medicare Advantage-Pläne anbieten, müssen die von Medicare festgelegten Regeln befolgen. Allerdings kann jeder Medicare Advantage Plan unterschiedliche Zuzahlungskosten erheben und unterschiedliche Regeln dafür haben, wie Sie Dienstleistungen erhalten (z. B. ob Sie eine Überweisung benötigen, um einen Spezialisten zu sehen, oder ob Sie zu Ärzten, Einrichtungen oder Lieferanten gehen müssen, die zum Netzwerk des Plans gehören, wenn es sich nicht um Notfälle oder nicht dringende Behandlungen handelt). Diese Regeln können sich jedes Jahr ändern. Der Plan muss Sie über Änderungen vor Beginn des nächsten Einschreibungsjahres informieren.

Wenn Sie sich zu einem Medicare-Advantage-Plan anmelden, haben Sie dieselben Rechte und denselben Versicherungsschutz wie bei Original Medicare.

Wie wird von Medicare-Advantage-Plänen abgedeckt?

Die Medicare-Advantage-Pläne decken fast alle Leistungen von Teil A und Teil B ab. Wenn Sie jedoch in einem Medicare-Advantage-Plan sind, übernimmt Original Medicare weiterhin die Kosten für die Hospizpflege, einige neue Medicare-Vorteile und einige Kosten für klinische Forschungsstudien. In allen Arten von Medicare-Advantage-Plänen sind Sie immer für Notfälle und dringende Pflegefälle versichert.

Wie wird von Medicare-Advantage-Plänen abgedeckt? (fortgesetzt)

Die meisten Medicare Advantage Pläne bieten Versicherungsschutz für einige Dinge, die Original Medicare nicht abdeckt, wie z. B. Seh- und Hörhilfen, Zahnbehandlungen und Fitnessprogramme (z. B. Mitgliedschaften in Fitnessstudios oder Rabatte). Für die medizinische Dienstleistungen in Teil A und Teil B gilt zudem ein **jährliches Limit** für die Zuzahlung. Sobald Sie dieses Limit erreicht haben, zahlen Sie nichts mehr für Leistungen, die Teil A und Teil B abdecken.

Plan für Medikamente (Teil D)

Die meisten Medicare-Advantage-Pläne enthalten die Medicare-Abdeckung für Medikamente (Teil D). In bestimmten Arten von Plänen, die keine Medicare Arzneimittelversicherung beinhalten (z. B. Krankenversicherungspläne und einige Private-Fee-for-Service-Pläne), können Sie einem separaten Medicare-Plan für Medikamente beitreten.

Wenn Sie jedoch einer Health Maintenance Organization (HMO) oder einer Preferred Provider Organization (PPO) beitreten, die keine Medikamente abdeckt, können Sie nicht einem separaten Medicare-Medikamentenplan beitreten. Siehe Seiten 15-24 für weitere Informationen.

Hinweis: Wenn Sie in einem Plan sind, der keine Abdeckung der Medikamente bietet, und Sie keine Medicare-Plan für Medikamente haben, können Sie eine Strafe für die zu späte Anmeldung zahlen, wenn Sie sich entscheiden, einem Medicare-Plan für Medikamente beizutreten. Besuchen Sie [Medicare.gov/drug](https://www.medicare.gov/drug), um mehr über die Strafe für verspätetes Einschreiben in Teil D zu erfahren.

Wie hoch sind meine Kosten?

Jedes Jahr legen die Pläne die Beträge fest, die sie für Prämien, Selbstbehalte und Dienstleistungen berechnen. Der Plan (anstatt Medicare) entscheidet, wie viel Sie für die versicherten Leistungen bezahlen, die Sie erhalten. Was Sie für den Plan bezahlen, kann sich nur einmal im Jahr, am 1. Januar, ändern.

Sie müssen die Prämie für Teil B bezahlen. Der Standard-Beitragsbetrag für Teil B im Jahr 2020 beträgt \$144,60 (oder mehr, abhängig von Ihrem Einkommen). Einige Personen mit Sozialversicherungsleistungen zahlen weniger (durchschnittlich 130 USD).

Bei der Berechnung Ihrer Zuzahlungskosten in einem Medicare-Advantage-Plan sollten Sie zusätzlich zu Ihrer Prämie, Ihrem Selbstbehalt, Ihren Zuzahlungen und Ihrer Mitversicherung

Folgendes berücksichtigen:

- Welche Art von Gesundheitsleistungen Sie benötigen und wie oft Sie diese in Anspruch nehmen.
- Ob Sie zu einem Arzt oder Anbieter gehen, der den Auftrag annimmt. Auftrag bedeutet, dass Ihr Arzt, Anbieter oder Lieferant zustimmt (oder gesetzlich verpflichtet ist), den von Medicare genehmigten Betrag als vollständige Zahlung für Leistungen zu akzeptieren, die Medicare versichert.
- Ob der Plan zusätzliche Leistungen bietet (zusätzlich zu den Original Medicare-Leistungen) und ob Sie dafür extra zahlen müssen.
- Ob Sie Medicaid haben oder von Ihrem Staat über ein Medicare Savings Program Hilfe erhalten, um Ihre Medicare-Kosten zu bezahlen.

Wie hoch sind meine Kosten? (fortgesetzt)

Was ist der Unterschied zwischen Selbstbehalt, Zuzahlungen und Mitversicherung?

Selbstbehalt— Der Betrag, den Sie für Gesundheitsfürsorge oder Verschreibungen bezahlen müssen, bevor Original Medicare, Ihr Plan für verschreibungspflichtige Medikamente oder Ihre andere Versicherung anfängt zu bezahlen.

Zuzahlungen —Ein Betrag, den Sie möglicherweise als Ihren Anteil der Kosten für Dienstleistungen bezahlen müssen, nachdem Sie jeglichen Selbstbehalt bezahlt haben. Die Mitversicherung ist ein prozentualer Betrag (z. B. 20%).

Mitversicherung—Ein Betrag, den Sie möglicherweise als Ihren Anteil der Kosten für eine medizinische Dienstleistung oder medizinischen Bedarf bezahlen müssen, wie z. B. einen Arztbesuch, einen ambulanten Krankenhausbesuch oder verschreibungspflichtige Medikamente. Ein Zuzahlung ist für gewöhnlich ein festgelegter Betrag anstatt eines Prozentsatzes. Z. B. könnten Sie \$10 oder \$20 für einen Arztbesuch oder verschreibungspflichtige Medikamente zuzahlen.

Weitere Kostendetails aus jedem Plan

Wenn Sie einem Medicare-Advantage-Plan beitreten, lesen Sie diese Hinweise, die Sie jedes Jahr von Ihrem Plan erhalten:

- **Jährliche Änderungsmitteilung:** Beinhaltet Änderungen in Bezug auf Abdeckung, Kosten, Abdeckungsbereich und mehr, die ab Januar wirksam werden. Ihr Plan wird Ihnen bis zum 30. September in gedruckter Form zugesandt.
- **Nachweis der Abdeckung:** Beinhaltet Einzelheiten darüber, was der Plan abdeckt, wie viel Sie bezahlen und vieles mehr. Ihr Plan wird Ihnen bis zum 15. Oktober eine Mitteilung (oder ein gedrucktes Exemplar) zusenden, die Informationen darüber enthält, wie Sie elektronisch auf den Nachweis der Abdeckung zugreifen oder ein gedrucktes Exemplar anfordern können.

Organisationsbestimmungen

Aus Ihrem Plan können Sie im Voraus eine Entscheidung ableiten, um festzustellen, ob eine Dienstleistung, ein Medikament oder eine Lieferung abgedeckt ist. Sie können auch herausfinden, wie viel Sie bezahlen müssen. Dies wird als „Organisationsbestimmung“ bezeichnet. Manchmal müssen Sie dies als Vorabgenehmigung tun, damit Ihr Plan die Dienstleistung, das Medikament oder die Versorgung abdeckt.

Sie, Ihr Vertreter oder Ihr Arzt können eine Organisationsbestimmungen beantragen. Ein Vertreter ist jemand, den Sie beauftragen können, um Ihnen zu helfen. Ein Vertreter kann ein Familienmitglied, Freund, Fürsprecher, Anwalt, Finanzberater, Arzt oder jemand sein, der an Ihrer statt handelt. Basierend auf Ihren gesundheitlichen Bedürfnissen können Sie, Ihr Vertreter oder Ihr Arzt eine schnelle Entscheidung über Ihren Antrag auf Organisationsbestimmung beantragen. Wenn Ihr Plan Deckung verweigert, muss er Ihnen dies schriftlich mitteilen, und Sie haben das Recht, Einspruch einzulegen

Wie hoch sind meine Kosten? (fortgesetzt)

Wenn Sie von einem Plananbieter für einen Dienst oder an einen Anbieter außerhalb des Netzwerks verwiesen werden, die Organisation jedoch nicht im Voraus festgelegt wurde, wird dies als "plan direct care" bezeichnet. In den meisten Fällen müssen Sie nicht mehr als die übliche Kostenbeteiligung des Plans bezahlen. Weitere Informationen zu diesem Schutz erhalten Sie in Ihrem Plan.

Wer kann sich für einem Medicare-Advantage-Plan anmelden?

Um sich zu einem Medicare-Advantage-Plan anzumelden, müssen Sie:

- Teil A und Teil B haben.
- Abdeckungsbereich des Plans leben.

Was ist, wenn ich eine Vorerkrankung habe?

Sie können einem Medicare-Advantage-Plan auch beitreten, wenn Sie eine Vorerkrankung haben.

Was ist, wenn ich an terminaler Niereninsuffizienz (ESRD) leide?

Wenn Sie an terminaler Niereninsuffizienz leiden, können Sie sich während des offenen Zeichnungszeitraums (15. Oktober bis 7. Dezember 2020) für einen Medicare Advantage Plan anmelden, der ab dem 1. Januar 2021 gilt. In vielen Medicare Advantage Plänen müssen Sie Gesundheitsdienstleister nutzen, die

die am Netzwerk und Versorgungsgebiet des Plans teilnehmen. Bevor Sie sich für einen Medicare Advantage Plan anmelden, sollten Sie sich bei Ihren Leistungserbringern und dem Plan, den Sie in Erwägung ziehen, erkundigen, ob die Leistungserbringer, die Sie derzeit aufsuchen (z. B. Ihre Dialyseeinrichtung oder Ihr Nephrologe) oder in Zukunft aufsuchen möchten (z. B. ein Transplantationsspezialist), im Netzwerk des Plans vertreten sind. Wenn Sie bereits in einem Medicare Advantage Plan sind, sollten Sie sich bei Ihren Anbietern vergewissern, dass diese auch im Jahr 2021 noch Teil des Netzwerks des Plans sein werden. Lesen Sie die Planmaterialien oder kontaktieren Sie den Plan, den Sie in Betracht ziehen, um weitere Informationen zu erhalten.

Was ist, wenn ich anderweitig versichert bin?

Sprechen Sie mit Ihrem Arbeitgeber, Ihrer Gewerkschaft oder einem anderen Leistungsverwalter über deren Regeln, bevor Sie einem Medicare-Advantage-Plan beitreten. In einigen Fällen kann der Beitritt zu einem Medicare-Advantage-Plan dazu führen, dass Sie Ihren Arbeitgeber- oder Gewerkschaftsschutz für sich selbst, Ihren Ehepartner und Ihre Angehörigen verlieren und nicht wiedererlangen können. In anderen Fällen können Sie, wenn Sie einem Medicare-Advantage-Plan beitreten, Ihren Arbeitgeber- oder Gewerkschaftsschutz möglicherweise weiterhin zusammen mit dem Medicare-Advantage-Plan, den Sie wählen, nutzen. Ihr Arbeitgeber oder Ihre Gewerkschaft bieten möglicherweise auch einen Medicare Advantage-Gesundheitsplan für Rentner an, den sie sponsern

Hinweis: In bestimmten Situationen (z. B. wenn Sie umziehen) können Sie möglicherweise zu einem anderen Zeitpunkt einem Plan beitreten, diesen wechseln oder ihn verlassen

Wann kann ich mich für einen Medicare-Advantage-Plan anmelden, ihn wechseln oder beenden?

Sie können einem Medicare-Advantage-Plan nur während der folgenden Registrierungsperioden beitreten, wechseln oder löschen:

- **Erstzeichnungszeitraum**—Wenn Sie zum ersten Mal für Medicare berechtigt sind, können Sie sich während Ihres Erstzeichnungszeitraums anmelden. Für viele ist dies der Zeitraum von sieben Monaten, der drei Monate vor dem 65. Lebensjahr beginnt, einschließlich des 65. Lebensjahr und drei Monate nach dem 65. Lebensjahr endet. Wenn Sie unter 65 sind und eine Behinderung haben, erhalten Sie automatisch Teil A und Teil B, nachdem Sie 24 Monate lang Invaliditätsleistungen von der Sozialversicherung oder bestimmte Invaliditätsleistungen vom Railroad Retirement Board erhalten haben.

Wenn Sie sich in den ersten drei Monaten Ihres Erstzeichnungszeitraums anmelden, beginnt Ihre Deckung in den meisten Fällen am ersten Tag Ihres Geburtstagsmonats. Wenn Ihr Geburtstag jedoch am ersten Tag des Monats liegt, beginnt Ihre Absicherung am ersten Tag des Vormonats.

Wenn Sie sich in dem Monat anmelden, in dem Sie 65 Jahre alt werden, oder in den letzten 3 Monaten Ihres Erstzeichnungszeitraums, wird sich Ihr Startdatum für den Versicherungsschutz verzögern.

- **Allgemeiner Anmeldezeitraum**—Wenn Sie Teil A-Versicherungsschutz haben und Teil B zum ersten Mal in diesem Zeitraum (zwischen dem 1. Januar und dem 31. März eines jeden Jahres) erhalten, können Sie zu diesem Zeitpunkt auch einem Medicare-Advantage-Plan beitreten. Ihr Versicherungsschutz beginnt möglicherweise erst am 1. Juli.
- **Offener Zeichnungszeitraum**—Zwischen dem 15. Oktober und dem 7. Dezember kann jeder mit Medicare einem Medicare-Advantage-Plan beitreten, diesen wechseln oder ihn fallen lassen. Ihr Schutz beginnt am 1. Januar, sofern Ihre Anfrage für den Plan bis zum 7. Dezember erfolgt.

Kann ich nach dem 7. Dezember Änderungen an meinem Versicherungsschutz vornehmen?

Zwischen dem 1. Januar und dem 31. März eines jeden Jahres können Sie diese Änderungen während des **offenen Zeichnungszeitraums für Medicare Advantage** vornehmen:

- Wenn Sie sich in einem Medicare-Advantage-Plan (mit oder ohne Versicherungsschutz für verschreibungspflichtige Medikamente) befinden, können Sie zu einem anderen Medicare-Advantage-Plan (mit oder ohne Versicherungsschutz für verschreibungspflichtige Medikamente) wechseln.
- Sie können Ihren Medicare-Advantage-Plan verlassen und zu Original Medicare zurückkehren. Sie können sich auch einem Medicare-Plan mit Versicherungsschutz für Medikamente anschließen.

Während dieser Zeit **können Sie nicht**:

- Von Original Medicare zu einem Medicare-Advantage-Plan wechseln.
- Sich einem Medicare-Plan mit Versicherungsschutz für verschreibungspflichtige Medikamente anschließen, wenn Sie sich in Original Medicare befinden.
- Wechseln Sie von einem Medicare-Plan mit Versicherungsschutz für verschreibungspflichtige Medikamente zu einem anderen, wenn Sie sich in Original Medicare befinden.

Wann kann ich mich für einen Medicare-Advantage-Plan anmelden, ihn wechseln oder beenden? (fortgesetzt)

Während dieses Zeitraums können Sie nur eine Änderung vornehmen. Alle Änderungen, die Sie vornehmen, werden am ersten des Monats wirksam, nachdem der Plan Ihre Anfrage erhalten hat. Wenn Sie zu Original Medicare zurückkehren und sich einem Versicherungsschutz für verschreibungspflichtige Medikamente anschließen, müssen Sie sich nicht an Ihren Medicare Advantage-Plan wenden, um sich abzumelden. Die Abmeldung erfolgt automatisch, wenn Sie dem Versicherungsschutz für verschreibungspflichtige Medikamente beitreten.

Hinweis: Wenn Sie sich während Ihres Erstzeichnungszeitraums für einen Medicare-Advantage-Plan angemeldet haben, können Sie innerhalb der ersten 3 Monate, in denen Sie Medicare haben, zu einem anderen Medicare-Advantage-Plan (mit oder ohne Versicherungsschutz für verschreibungspflichtige Medikamente) wechseln oder zu Original Medicare (mit oder ohne Versicherungsschutz für verschreibungspflichtige Medikamente) zurückkehren.

Wie kann ich mich für einen Medicare-Advantage-Plan anmelden?

Nicht alle Medicare-Advantage-Pläne funktionieren auf die gleiche Weise. Bevor Sie beitreten, können Sie nach Medicare-Krankenversicherungsplänen in Ihrer Nähe suchen und diese vergleichen. Besuchen Sie dafür [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare). Wenn Sie die Regeln und Kosten des Plans verstanden haben, können Sie auf eine der folgenden Arten beitreten:

- Besuchen Sie [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) und suchen Sie mit dem ZIP code, um einen Plan zu finden. Sie können sich auch anmelden, um personalisierte Ergebnisse zu erhalten. Wenn Sie Fragen zu einem bestimmten Plan haben, wählen Sie "Plan Details", um die Kontaktinformationen für den Plan abzurufen.
- Besuchen Sie die Website des Plans, um zu sehen, ob Sie sich online anmelden können.
- Füllen Sie ein Anmeldeformular aus. Wenden Sie sich an den Plan, um ein Anmeldeformular zu erhalten, dieses auszufüllen und an den Plan zurückzugeben. Alle Pläne müssen diese Option anbieten.
- Rufen Sie den Plan an, an dem Sie teilnehmen möchten. Besuchen Sie [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare), um die Kontaktinformationen zu Ihrem Plan zu erhalten.
- Rufen Sie 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) an. Benutzer von Texttelefonen können die Nummer 1-877-486-2048 anrufen.

Wenn Sie einem Medicare-Advantage-Plan beitreten, müssen Sie diese Informationen von Ihrer Medicare-Karte bereitstellen:

- Ihre Medicare-Nummer
- Das Datum, an dem Ihre Abdeckung für Teil A und/oder Teil B begonnen hat.

Denken Sie daran, wenn Sie sich für einen Medicare-Advantage-Plan anmelden, müssen Sie in den meisten Fällen die Karte aus Ihrem Medicare-Advantage-Plan verwenden, um Ihre Medicare-versicherten Leistungen in Anspruch zu nehmen. Für einige Dienste werden Sie möglicherweise aufgefordert, Ihre rote, weiße und blaue Medicare-Karte vorzuzeigen.

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

Verschiedene Medicare-Advantage-Pläne

Es gibt verschiedene Medicare-Advantage-Pläne:

- Health Maintenance Organization (HMO) -Pläne: Siehe Seiten 15-16.
- Preferred Provider Organization (PPO) -Pläne: Siehe Seite 17.
- Private Fee-for-Service (PFFS) -Pläne: Siehe Seiten 18-19.
- Special Needs (SNPs) -Pläne: Siehe Seiten 20-21.
- Medical Savings Account (MSA) -Pläne: Siehe Seiten 22-23.

In dem Gebiet, in dem Sie leben, sind möglicherweise alle, einige oder keine dieser Typen verfügbar. Darüber hinaus sind in Ihrer Region möglicherweise mehrere Pläne desselben Typs verfügbar, wenn private Unternehmen diese anbieten. Um zu sehen, welche Medicare-Advantage-Pläne für Sie verfügbar sind, besuchen Sie bitte [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) oder Ihr „Medicare & You“ Handbuch.

Health Maintenance Organization (HMO)-Pläne

Ein Plan der Health Maintenance Organization (HMO) ist eine Art von Medicare-Advantage-Plan, der grundsätzlich Krankenversicherungen von Ärzten, Gesundheitsdienstleistern oder Krankenhäusern im Netzwerk des Plans abdeckt, es sei denn, es handelt sich um einen Notfall, oder eine Dringlichkeitssituation oder Dialyse außerhalb des Gebietes. Ein Netzwerk ist eine Gruppe von Ärzten, Krankenhäusern und medizinischen Einrichtungen, die einen Vertrag zur Erbringung von Dienstleistungen abgeschlossen haben. Für die meisten HMOs ist es auch erforderlich, dass Sie sich von Ihrem Hausarzt eine Überweisung für die fachärztliche Versorgung einholen lassen, damit Ihre Versorgung koordiniert wird.

Kann ich meine medizinische Versorgung von einem Arzt, einem anderen Gesundheitsdienstleister oder einem Krankenhaus erhalten?

Nein. Im Allgemeinen müssen Sie Ihre Pflege und Dienstleistungen von Ärzten, anderen Gesundheitsdienstleistern oder Krankenhäusern im Netz des Plans beziehen (mit Ausnahme der Notfallversorgung, der Dringlichkeitssituation außerhalb des Gebiets oder der vorübergehenden Dialyse außerhalb des Gebiets, die abgedeckt sind, unabhängig davon, ob sie im Netzwerk des Plans oder außerhalb des Netzwerks des Plans erbracht werden). Einige HMO-Pläne, sogenannte HMO Point-of-Service (HMOPOS)-Pläne, bieten jedoch eine Leistung außerhalb des Netzwerks.

Verschiedene Medicare-Advantage-Pläne (Fortsetzung)

Gesundheitserhaltungsorganisation (Health Maintenance Organization (HMO)) -Pläne (Fortsetzung)

Wenn Sie eine medizinische Versorgung außerhalb des Netzes des Plans erhalten, müssen Sie möglicherweise die vollen Kosten tragen. Es ist wichtig, dass Sie die Regeln des Plans einhalten, z. B. bei Bedarf eine vorherige Genehmigung für einen bestimmten Service einzuholen. In den meisten Fällen müssen Sie einen Hausarzt wählen. Bestimmte Dienste, wie jährliche Screening-Mammographien, erfordern keine Überweisung. Wenn Ihr Arzt oder ein anderer Gesundheitsdienstleister das Netzwerk des Plans verlässt, werden Sie von Ihrem Plan benachrichtigt. Sie können einen anderen Arzt im Netzwerk des Plans auswählen.

HMO-Point-of-Service-Pläne (HMOPOS) sind HMO-Pläne, **mit denen Sie möglicherweise einige Dienstleistungen für eine höhere Zuzahlung oder Mitversicherung außerhalb des Netzwerks nutzen können.** Es ist wichtig, dass Sie die Regeln des Plans einhalten, z. B. bei Bedarf eine vorherige Genehmigung für einen bestimmten Service einzuholen.

Decken diese Pläne verschreibungspflichtige Medikamente ab?

In den meisten Fällen, ja. Wenn Sie einen Medicare-Plan mit Versicherungsschutz für verschreibungspflichtige Medikamente wünschen, müssen Sie einem HMO-Plan beitreten, der einen Versicherungsschutz für verschreibungspflichtige Medikamente anbietet. Wenn Sie einer HMO beitreten, die keinen Versicherungsschutz für Medikamente umfasst, können Sie keinen separaten Medicare-Plan mit Versicherungsschutz für Medikamente (Teil D) erwerben.

Verschiedene Medicare-Advantage-Pläne (Fortsetzung)

Preferred Provider Organization (PPO) -Pläne:

Ein PPO-Plan (Preferred Provider Organization) ist ein Medicare Advantage Plan, der über ein Netzwerk von Ärzten, Spezialisten, Krankenhäusern und anderen Gesundheitsdienstleistern verfügt, die Sie in Anspruch nehmen können, aber Sie können auch Anbieter außerhalb des Netzwerks für abgedeckte Leistungen in Anspruch nehmen, in der Regel zu einem höheren Preis. Sie können auch einen Arzt, einen Spezialisten oder ein Krankenhaus aufsuchen, die nicht auf der Liste des Plans (außerhalb des Netzwerks) stehen. In der Regel kostet dies jedoch mehr. Da bestimmte Anbieter (wie der Name schon sagt) bevorzugt werden, können Sie Geld sparen, wenn Sie diese besuchen.

Kann ich meine medizinische Versorgung von einem Arzt, einem anderen Gesundheitsdienstleister oder einem Krankenhaus erhalten?

Ja. PPO-Pläne haben Ärzte, Spezialisten, Krankenhäuser und anderen Gesundheitsdienstleister in ihrem Netzwerk, die Sie in Anspruch nehmen können, aber Sie können auch Anbieter außerhalb des Netzwerks für abgedeckte Leistungen in Anspruch nehmen, in der Regel zu einem höheren Preis. Sie sind immer für Notfälle und dringende Behandlungen versichert.

Wenn Sie Leistungen von einem Anbieter außerhalb des Netzwerkes in Anspruch nehmen möchten, sollten Sie eine vorherige Kostenübernahmeerklärung von Ihrem PPO-Plan anfordern, um sicherzustellen, dass die Leistungen medizinisch notwendig sind und Ihr Plan sie abdeckt.

Decken diese Pläne verschreibungspflichtige Medikamente ab?

In den meisten Fällen, ja. Wenn Sie einen Medicare-Plan mit Versicherungsschutz für verschreibungspflichtige Medikamente wünschen, müssen Sie einem PPO-Plan beitreten, der einen Versicherungsschutz für verschreibungspflichtige Medikamente anbietet. Wenn Sie einem PPO ohne Versicherungsschutz für verschreibungspflichtige Medikamente beitreten, können Sie keinen separaten Medicare-Plan mit Versicherungsschutz für Medikamente erwerben.

Verschiedene Medicare-Advantage-Pläne (Fortsetzung)

Private Fee-for-Service (PFFS) -Pläne:

Ein Private Fee-for-Service-Plan (PFFS) ist eine andere Art von Medicare-Advantage-Plan, der von einer privaten Krankenkasse angeboten wird. Ein PFFS-Plan ist nicht das Gleiche wie Original Medicare oder Medicare Supplement (Medigap).

Kann ich meine medizinische Versorgung von einem Arzt, einem anderen Gesundheitsdienstleister oder einem Krankenhaus erhalten?

Sie können sich an einen von Medicare zugelassenen Arzt, einen anderen Gesundheitsdienstleister oder ein Krankenhaus wenden, der die Zahlungsbedingungen des Plans akzeptiert und sich damit einverstanden erklärt, Sie zu behandeln. Wenn Sie einem PFFS-Plan beitreten, der über ein Netzwerk verfügt, können Sie auch alle Netzwerkanbieter sehen, die zugestimmt haben, Planmitglieder immer zu behandeln. Sie können auch einen Arzt außerhalb des Netzwerks, ein Krankenhaus oder einen anderen Anbieter auswählen, der die Bedingungen des Plans akzeptiert, aber möglicherweise mehr bezahlt.

Bevor Sie Dienstleistungen in Anspruch nehmen, fragen Sie Ihren Arzt oder Ihr Krankenhaus, ob diese die Zahlungsinformationen für den Plan erhalten und die Zahlungsbedingungen des Plans akzeptieren kann. Wenn Sie eine Notfallversorgung benötigen, ist geregelt, ob der Anbieter die Zahlungsbedingungen des Plans akzeptiert oder nicht.

Wenn Ihr Anbieter den Zahlungsbedingungen des Plans zustimmt

Der Anbieter muss die Zahlungsbedingungen des Plans befolgen und dem Plan die von ihm für Sie erbrachten Dienstleistungen in Rechnung stellen. Der Anbieter kann jedoch bei jedem Besuch entscheiden, ob er den Plan annimmt und sich bereit erklärt, Sie zu behandeln.

Verschiedene Medicare-Advantage-Pläne (Fortsetzung)

Private Fee-for-Service (PFFS) -Pläne (Fortsetzung)

Wenn Ihr Anbieter den Zahlungsbedingungen des Plans nicht zustimmt

Der Anbieter sollte Ihnen nur in Notfällen Dienste anbieten, und Sie müssen einen anderen Anbieter finden, der den PFFS-Plan akzeptiert.

Wenn sich der Anbieter jedoch entscheidet, Sie zu behandeln, kann er Ihnen nur die vom Plan zugelassene Kostenbeteiligung in Rechnung stellen. Sie müssen den Plan für Ihre versicherten Leistungen in Rechnung stellen. Sie müssen nur die Zuzahlung oder Mitversicherung bezahlen, die der Plan für die Arten von Diensten zulässt, die Sie zum Zeitpunkt der Dienstleistung erhalten. Möglicherweise müssen Sie einen zusätzlichen Betrag bezahlen (bis zu 15% mehr), wenn der Plan es Anbietern ermöglicht, die Rechnung auszugleichen (wenn ein Anbieter Ihnen die Differenz zwischen der Gebühr des Anbieters und dem zulässigen Betrag in Rechnung stellt).

Decken diese Pläne verschreibungspflichtige Medikamente ab?

Manchmal. Wenn Sie einen Medicare-Plan mit Versicherungsschutz für verschreibungspflichtige Medikamente wünschen, und dieser vom Plan angeboten wird, müssen Sie Ihren Versicherungsschutz für Medikamente aus diesem Plan beziehen.

Wenn Ihr PFFS-Plan keinen Versicherungsschutz für Medikamente anbietet, können Sie einem separaten Medicare-Plan beitreten, um die Abdeckung zu erhalten.

Verschiedene Medicare-Advantage-Pläne (Fortsetzung)

Special Needs Pläne (SNPs)

Ein Plan für besondere Bedürfnisse (Special Needs Plan, SNP) bietet Leistungen und Dienstleistungen für Menschen mit bestimmten Krankheiten, bestimmten Gesundheitsbedürfnissen oder begrenzten Einkommen. SNPs passen ihre Vorteile, Anbieterauswahl und Listen mit abgedeckten Medikamenten an die spezifischen Bedürfnisse der Gruppen an, denen sie dienen.

SNPs gehören entweder zu HMO- oder PPO-Plänen und decken dieselben Leistungen von Medicare Teil A und Teil B ab, die auch alle Medicare Advantage Plans abdecken. SNPs decken möglicherweise auch zusätzliche Leistungen ab, die auf die speziellen Gruppen zugeschnitten sind, die sie bedienen. Wenn Sie beispielsweise an einer schweren oder chronischen Erkrankung wie Krebs oder chronischer Herzinsuffizienz leiden und einen Krankenhausaufenthalt benötigen, kann ein SNP zusätzliche Tage im Krankenhaus abdecken.

Sie können sich für ein SNP qualifizieren, wenn Sie im Leistungsbereich des Plans wohnen und eine der folgenden Anforderungen erfüllen:

- Sie haben eine chronische Erkrankung, wie eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen (auch als **chronische Erkrankung SNP oder C-SNP** bezeichnet):
 - Chronischer Alkohol- und andere Sucht
 - Autoimmunerkrankungen
 - Krebs (ohne Krebsvorstufen)
 - Herz-Kreislaufstörungen
 - Chronische Herzinsuffizienz
 - Demenz
 - Diabetes Mellitus
 - Lebererkrankung im Endstadium
 - Terminalen Niereninsuffizienz (ESRD), die eine Dialyse erfordert (jede Art der Dialyse)
 - Schwere hämatologische Erkrankungen
 - HIV/AIDS
 - Chronische Lungenerkrankungen
 - Chronische und behindernde psychische Erkrankungen
 - Neurologische Störungen
 - Schlaganfall

Verschiedene Medicare-Advantage-Pläne (Fortsetzung)

Special Needs-Pläne (SNP) (Fortsetzung)

- Sie wohnen in einer Einrichtung (wie einem Pflegeheim) oder benötigen eine häusliche Pflege (auch **Institutional SNP oder I-SNP** genannt).
- Sie sind sowohl Medicare als auch Medicaid (auch als **Dual Eligible SNP oder D-SNP** bezeichnet) geeignet.

Jeder SNP beschränkt seine Mitgliedschaft auf Personen in einer dieser Gruppen oder auf eine Untergruppe dieser Gruppen. Sie können nur bei einem SNP angemeldet bleiben, wenn Sie weiterhin die besonderen Bedingungen erfüllen, denen der Plan dient.

Kann ich meine medizinische Versorgung von einem Arzt, einem anderen Gesundheitsdienstleister oder einem Krankenhaus erhalten?

Im Allgemeinen müssen Sie Ihre Pflege und Dienstleistungen von Ärzten, anderen Gesundheitsdienstleistern oder Krankenhäusern im Netz des Plans beziehen (mit Ausnahme der Notfallversorgung, der Notfallversorgung außerhalb des Gebiets oder der Dialyse außerhalb des Gebiets). Wenn es sich bei Ihrem Special Needs Plan jedoch um einen PPO handelt, können Sie Leistungen von jedem qualifizierten Anbieter oder Krankenhaus in Anspruch nehmen, allerdings in der Regel zu höheren Kosten, als Sie für Leistungen von einem Netzwerkanbieter zahlen würden.

In den meisten Fällen können SNPs verlangen, dass Sie einen Hausarzt aufsuchen, oder der Plan sieht vor, dass Sie einen Pflegekoordinator benötigen, der Sie bei Ihrer Gesundheitsversorgung unterstützt. Ein Pflegekoordinator ist jemand, der dafür sorgt, dass die Menschen die richtige Pflege und Information erhalten. Beispielsweise könnte ein SNP für Menschen mit Diabetes einen Pflegekoordinator einsetzen, um Mitgliedern bei der Überwachung ihres Blutzuckers und der Einhaltung ihrer Diät zu helfen.

SNPs haben in der Regel Spezialisten für die Krankheiten oder Zustände, die ihre Mitglieder betreffen. Im Allgemeinen müssen Sie Ihre Pflege und Dienstleistungen von Ärzten oder Krankenhäusern im Netz des Plans beziehen, außer:

- Wenn Sie eine Notfall- oder Dinglichkeitsversorgung benötigen, erhalten Sie wie bei einer plötzlichen Krankheit oder Verletzung sofort medizinische Hilfe
- Wenn Sie an einer terminalen Niereninsuffizienz (ESRD) leiden und eine Dialyse außerhalb des Gebietes benötigen

Decken diese Pläne verschreibungspflichtige Medikamente ab?

Alle SNPs müssen einen Medicare-Versicherungsschutz für Medikamente anbieten.

Verschiedene Medicare-Advantage-Pläne (Fortsetzung)

Medical Savings Account (MSA) -Pläne:

MSA-Pläne (Medical Savings Account) kombinieren eine Versicherung mit hohem Selbstbehalt mit einem medizinischen Sparkonto, mit dem Sie Ihre Gesundheitskosten bezahlen können.

1. **Krankenversicherung mit hohem Selbstbehalt:** Der erste Teil eines MSA-Plans ist eine spezielle Art von Medicare Advantage-Plan mit hohem Selbstbehalt. Der Plan beginnt erst dann, Ihre Kosten zu decken, wenn Sie einen hohen jährlichen Selbstbehalt haben, der je nach Plan variiert.
2. **Medizinisches Sparkonto (MSA):** Der zweite Teil eines MSA-Plans ist ein spezielles Sparkonto. Der MSA-Plan zahlt Geld auf Ihr Konto ein.

Sobald Sie sich für einen MSA-Plan entschieden haben, müssen Sie sich an den Plan wenden, um Informationen zur Registrierung zu erhalten und Mitglied zu werden. Sobald Sie sich angemeldet haben, erfahren Sie im Plan, wie Sie Ihr Konto bei einer Bank einrichten, die der Plan auswählt. Sie müssen dieses Konto einrichten, bevor der Plan Ihre Registrierung verarbeiten kann. Nachdem Sie einen Brief vom Plan erhalten haben, in dem angegeben wird, wann Ihr Versicherungsschutz beginnt:

1. Medicare gibt dem Plan jedes Jahr einen Geldbetrag für Ihre Gesundheitsfürsorge
2. Der Plan zahlt in Ihrem Namen Geld auf Ihr Konto ein. Sie können kein eigenes Geld einzahlen.
3. Sie können das Geld auf Ihrem Konto verwenden, um Ihre Gesundheitskosten zu bezahlen, einschließlich der Gesundheitskosten, die nicht von Medicare übernommen werden. Wenn Sie Geld von dem Konto für Medicare-gedekte Teil A- und Teil B-Leistungen verwenden, wird es auf den Selbstbehalt Ihres Plans angerechnet.
4. Wenn Sie das gesamte Geld auf Ihrem Konto verbrauchen und zusätzliche Gesundheitskosten haben, müssen Sie Ihre Medicare-versicherten Leistungen aus eigener Tasche bezahlen, bis Sie den Selbstbehalt Ihres Plans erreicht haben.
5. Während der Zeit, in der Sie aus eigener Tasche für Dienstleistungen bezahlen, bevor der Selbstbehalt erfüllt ist, können Ärzte und andere Anbieter Ihnen nicht mehr als den von Medicare genehmigten Betrag in Rechnung stellen.
6. Nachdem Sie Ihren Selbstbehalt erreicht haben, deckt Ihr Plan Ihre Medicare-versicherten Leistungen ab.
7. Gelder, die am Ende des Jahres auf Ihrem Konto verbleiben, verbleiben auf dem Konto und können in zukünftigen Jahren für die Gesundheitskosten verwendet werden. Wenn Sie im folgenden Jahr bei demselben MSA-Plan bleiben, wird die neue Einzahlung zu allen verbleibenden Beträgen hinzugerechnet

Verschiedene Medicare-Advantage-Pläne (Fortsetzung)

MSA-Pläne und Ihre Steuern

Wenn Sie Guthaben von Ihrem Konto verwenden, müssen Sie IRS-Formular 8853 mit Informationen darüber, wie Sie Ihr Kontogeld verwendet haben, mit Ihrer Steuererklärung einreichen.

Jedes Jahr sollten Sie ein 1099-SA-Formular von Ihrer Bank erhalten, das alle Abbuchungen von Ihrem Konto auflistet. Sie müssen nachweisen, dass Sie mindestens diesen Betrag für qualifizierte medizinische Ausgaben aufgewendet haben, oder Sie müssen möglicherweise Steuern und zusätzliche Strafen zahlen.

Unter irs.gov/forms-pubs/about-publication-969 finden Sie eine Liste der Dienstleistungen und Produkte, die als qualifizierte medizinische Ausgaben gelten, um ein kostenloses Exemplar der IRS-Publikation Nr. 969 für das Jahr erhalten, für das Sie ihre Steuererklärung machen, um weitere Informationen zum Steuerformular 8853 zu erhalten.

Wenden Sie sich an Ihren persönlichen Finanzberater (falls vorhanden), um Ratschläge zu erhalten, wie sich die Auswahl eines MSA-Plans auf Ihre finanzielle Situation auswirken kann

Kann ich meine medizinische Versorgung von einem Arzt, einem anderen Gesundheitsdienstleister oder einem Krankenhaus erhalten?

MSA-Pläne verfügen im Allgemeinen nicht über ein Netzwerk von Gesundheitsdienstleistern. Sie können jedoch Medicare-Teil-A- und -Teil-B-Leistungen von jedem Medicare-berechtigten Anbieter in den USA oder den US-Territorien erhalten

Decken diese Pläne verschreibungspflichtige Medikamente ab?

Nein. Wenn Sie einem Medicare MSA Plan beitreten und einen Versicherungsschutz für Medikamente benötigen, müssen Sie einen separaten Medicare-Plan mit Versicherungsschutz für Medikamente erwerben.

Wenn Sie sich jedoch einem MSA-Plan anschließen und bereits eine Medigap-Police mit Versicherungsschutz für verschreibungspflichtige Medikamente abgeschlossen haben (einige vor dem 1. Januar 2006 verkaufte Policen hatten Versicherungsschutz für verschreibungspflichtige Medikamente), können Sie diese Police weiterhin verwenden, um für einige Ihrer Medikamente zu bezahlen.

Medicare-Advantage-Pläne direkt miteinander vergleichen

Die folgende Tabelle enthält grundlegende Informationen zu jeder Art von Medicare-Advantage-Plan

	HMO	PPO	PFFS	SNP	MSA
Beitrag Muss ich einen monatlichen Beitrag zahlen?	Ja Könnte zusätzlich zu Teil B einen Beitrag fordern.	Ja Könnte zusätzlich zu Teil B einen Beitrag fordern.	Ja Könnte zusätzlich zu Teil B einen Beitrag fordern.	Ja Könnte zusätzlich zu Teil B einen Beitrag fordern.	Nein Sie müssen keine monatliche Prämie zahlen, aber Sie zahlen weiterhin die monatliche Prämie für Teil B.
Medikamente Umfasst der Plan einen Versicherungsschutz für verschreibungspflichtige Medikamente?	Normalerweise Wenn Sie einem HMO beitreten der keinen Versicherungsschutz für Medikamente anbietet, können Sie keinen separaten Versicherungsschutz für Medikamente erwerben.	Normalerweise Wenn Sie einem PPO beitreten der keinen Versicherungsschutz für Medikamente anbietet, können Sie keinen separaten Versicherungsschutz für Medikamente erwerben.	Normalerweise Wenn Sie einem PFFS-Plan beitreten, der keinen Versicherungsschutz für Medikamente anbietet, können Sie einen separaten Versicherungsschutz für Medikamente erwerben.	Ja Alle SNPs müssen einen Versicherungsschutz für verschreibungspflichtige Medikamente von Medicare anbieten.	Nein Sie müssen einen Versicherungsschutz für Medikamente erwerben. Wenn Sie bereits eine Medigap-Police mit Versicherungsschutz für Medikamente abgeschlossen haben, können Sie diese weiterhin verwenden.
Anbieter Kann ich jeden Arzt oder jedes Krankenhaus, die bzw. das Medicare akzeptiert, für versicherte Leistungen nutzen?	Manchmal Im Allgemeinen müssen Sie Ihre Pflege und Dienstleistungen von Ärzten, anderen Gesundheitsdienstleistern oder Krankenhäusern im Netz des Plans beziehen (mit Ausnahme der Notfallversorgung oder der Dialyse außerhalb des Gebiets In einem HMOPOS können Sie möglicherweise einige Dienste für eine höhere Zuzahlung oder Mitversicherung außerhalb des Netzwerks nutzen können.	Ja Jeder Plan verfügt über ein Netzwerk von Ärzten, Krankenhäusern und anderen Anbietern, zu denen Sie gehen können. Möglicherweise können Sie auch das Anbieternetzwerk des Plans verlassen, aber Ihre Kosten könnten höher ausfallen.	Ja Sie können sich an einen von Medicare zugelassenen Arzt, einen anderen Gesundheitsdienstleister oder ein Krankenhaus wenden, der die Zahlungsbedingungen des Plans akzeptiert und sich damit einverstanden erklärt, Sie zu behandeln. Wenn der Plan über ein Netzwerk verfügt, können Sie einen beliebigen Netzwerkanbieter verwenden (wenn Sie zu einem Anbieter außerhalb des Netzwerks gehen, der die Bedingungen des Plans akzeptiert, zahlen Sie möglicherweise mehr).	Manchmal Im Allgemeinen müssen Sie Ihre Pflege und Leistungen von Ärzten oder Krankenhäusern im SNP-Netzwerk beziehen (mit Ausnahme von Notfallversorgung oder wenn Sie eine Dialyse außerhalb des Gebietes benötigen). Wenn Ihr SNP jedoch ein PPO ist, können Sie von Medicare abgedeckte Leistungen außerhalb des Netzwerks erhalten.	Ja MSA-Pläne verfügen im Allgemeinen nicht über ein Netzwerk mit Anbietern. Sie könnten zu einem Anbieter gehen, der für Leistungen im Rahmen Original Medicare von Medicare zugelassen ist.
Überweisung Brauche ich eine Überweisung von meinem Arzt, um einen Spezialisten aufzusuchen?	Ja	Nein	Vielleicht Pläne können variieren.	Vielleicht	Nein

Was ist, wenn ich eine Medicare-Zusatzkrankenversicherungspolice (Medigap) habe?

Wenn Sie Medigap haben und einem Medicare Advantage-Plan beitreten, können Sie Medigap kündigen. Sie können Medigap nicht verwenden, um Ihre Medicare Advantage Plan Zuzahlungen, Selbstbehalte und Prämien zu bezahlen, weil Medicare Advantage Plans andere Schutzmaßnahmen bieten, die Medigap nicht bietet.

Wenn Sie Ihre Medigap-Police kündigen möchten, wenden Sie sich an die Versicherungsgesellschaft. **Wenn Sie die Medigap-Police kündigen, können Sie möglicherweise nicht dieselbe oder in einigen Fällen keine andere Medigap-Police erhalten.** Wenn Sie bereits einen Medicare-Advantage-Plan haben, ist es für jedermann illegal, Ihnen eine Medigap-Police verkaufen, es sei denn, Sie wechseln zurück zu Original Medicare. Wenn Sie nicht vorhaben, Ihren Medicare Advantage Plan zu verlassen, und jemand versucht, Ihnen eine Medigap-Police zu verkaufen, melden Sie dies Ihrem staatlichen Versicherungsamt.

Wenn Sie zum ersten Mal einem Medicare Advantage Plan beitreten und mit dem Plan nicht zufrieden sind, haben Sie nach dem Bundesgesetz besondere Rechte, eine Medigap-Police und einen Medicare-Medikamentenplan zu kaufen, wenn Sie innerhalb von 12 Monaten nach Beitritt zum Medicare Advantage Plan zu Original Medicare zurückkehren.

- Wenn Sie vor Ihrem Beitritt Medigap hatten, können Sie möglicherweise dieselbe Versicherung zurückerhalten, wenn das Unternehmen sie noch anbietet. Wenn es nicht verfügbar ist, können Sie eine andere Police kaufen.
- Wenn Sie einem Medicare Advantage Plan beigetreten sind, als Sie zum ersten Mal Anspruch auf Medicare hatten (und Sie mit dem Plan nicht zufrieden sind), können Sie innerhalb des ersten Jahres nach Ihrem Beitritt aus jeder Medigap-Police wählen.

Medigap-Pläne, die an Personen verkauft werden, die neu für Medicare berechtigt sind, dürfen den Selbstbehalt von Teil B nicht abdecken. Aus diesem Grund stehen die Pläne C und F Personen, die ab dem 1. Januar 2020 Anspruch auf Medicare haben, nicht zur Verfügung. Wenn Sie bereits vor dem 1. Januar 2020 in Plan C oder F (oder der Version mit hohem Selbstbehalt in Plan F) versichert sind oder waren, können Sie Ihren Plan behalten. Wenn Sie vor dem 1. Januar 2020 für Medicare qualifiziert waren, jedoch noch nicht angemeldet sind, könnten Sie die Möglichkeit haben, einen dieser Pläne zu erwerben, die den Selbstbehalt von Teil B abdecken.

Wo kann ich mehr Informationen erhalten?

- **Medicare Plan Finder**

Vergleichen Sie Gesundheits- und Medikamentenpläne, um den für Sie passenden Versicherungsschutz zu finden. Sie können auch Ihre Medikamente eingeben, um genauere Kosten für Pläne in Ihrer Region zu erhalten. Besuchen Sie [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare), um die Pläne hinsichtlich Ihrer Bedürfnisse zu vergleichen und zu kaufen.

- **1-800-MEDICARE**

Das Medicare Call Center kann Ihnen bei speziellen Fragen zu Abrechnungen, Forderungen, Krankenakten, Ausgaben und mehr behilflich sein. Rufen Sie 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) an. Benutzer von Texttelefonen können die Nummer 1-877-486-2048 anrufen.

- **SHIPs (State Health Insurance Assistance Programs) (staatliche Krankenversicherungsprogramme)**

SHIPs sind staatliche Programme, die von der US-Bundesregierung Geld erhalten, um Menschen mit Medicare eine kostenlose örtliche Krankenversicherungsberatung zu ermöglichen. SHIPs sind nicht mit einer Versicherungsgesellschaft oder einem Krankenversicherungsplan verbunden. Freiwillige Helfer von SHIP können Ihnen bei folgenden Medicare-Fragen oder -Anliegen helfen:

- Ihren Medicare-Rechten
- Abrechnungsproblemen
- Beschwerden über Ihre medizinische Versorgung oder Behandlung
- Plan-Alternativen
- Zusammenarbeit von Medicare mit anderen Versicherungen
- Finden von Hilfe bei der Bezahlung der Gesundheitskosten

Sie finden die Telefonnummer für das SHIPs Ihres Staates unter [shiptacenter.org](https://www.shiptacenter.org) oder telefonisch unter 1-800-MEDICARE.

- **Medicare-Advantage-Pläne**

Wenden Sie sich an die Pläne, an denen Sie interessiert sind, um detaillierte Informationen zu Kosten und Deckung zu erhalten.

CMS - Zugängliche Kommunikationen

Um sicherzustellen, dass Personen mit Behinderungen gleiche Möglichkeiten des Zugangs zu unseren Dienstleistungen, Aktivitäten, Programmen oder anderen Leistungen zu haben, stellen wir Mitteilungen in behindertengerechten Formaten zur Verfügung. Die Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) bieten kostenlose Hilfs- und Serviceleistungen an, einschließlich Informationen in zugänglichen Formaten wie Braille, Großdruck, Daten-/Audiodateien, Relaydiensten und TTY-Kommunikation. Wenn Sie Informationen in einem zugänglichen Format von CMS anfordern, werden Sie nicht durch zusätzlichen Zeitaufwand für deren Bereitstellung benachteiligt. Dies bedeutet, dass Sie zusätzliche Zeit haben, um Maßnahmen zu ergreifen, wenn sich die Erfüllung Ihrer Anfrage verzögert.

Um Medicare- oder Marketplace-Informationen in einem zugänglichen Format anzufordern, können Sie Folgendes tun:

1. Anrufen:

Bezüglich Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

TTY: 1-877-486-2048

2. E-mail: altformatrequest@cms.hhs.gov.

3. Faxen: 1-844-530-3676

4. Schreiben:

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

Ihre Anfrage sollte Ihren Namen, Ihre Telefonnummer, die Art der benötigten Informationen (falls bekannt) und die Postanschrift enthalten, an die wir die Materialien senden sollen. Wir kontaktieren Sie evtl. für weitere Informationen.

Hinweis: Wenn Sie sich für einen Medicare Advantage-Plan oder einen Medicare-Plan mit Versicherungsschutz für Medikamente angemeldet haben, wenden Sie sich an Ihren Plan, um dessen Informationen in einem zugänglichen Format anzufordern. Informationen zu Medicaid erhalten Sie von Ihrem staatlichen oder örtlichen Medicaid-Büro

Nichtdiskriminierungshinweis

Die Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) schließen keine Personen aufgrund von Rasse, Hautfarbe, nationaler Herkunft, Behinderung, Geschlecht oder Alter bei der Anmeldung zu, Teilnahme an, Erhalt der Leistungen und Vorteile im Rahmen eines seiner Programme und Aktivitäten aus oder, verweigern Vorteile oder diskriminieren sie anderweitig, unabhängig davon, ob diese von CMS direkt oder über einen Auftragnehmer oder eine andere Einrichtung ausgeführt werden, mit denen CMS die Durchführung seiner Programme und Aktivitäten arrangiert hat.

Sie können CMS auf eine der in dieser Mitteilung beschriebenen Arten kontaktieren, wenn Sie Bedenken haben, Informationen in einem von Ihnen verwendeten Format abzurufen.

Sie können auch eine Beschwerde einreichen, wenn Sie der Ansicht sind, in einem CMS-Programm oder einer CMS-Aktivität diskriminiert worden zu sein, einschließlich Problemen beim Abrufen von Informationen in einem zugänglichen Format von einem Medicare-Advantage-Plan, einem Medicare-Plan mit Versicherungsschutz für verschreibungspflichtige Medikamente, einem örtlichen oder bundesstaatlichen Medicaid-Büro oder für den Marketplace qualifizierten Krankenversicherungsplänen. Es gibt drei Möglichkeiten, eine Beschwerde beim US-Gesundheitsministerium und beim Amt für Bürgerrechte einzureichen:

1. **Online** unter [hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html](https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html).
2. **Per Telefon:** Rufen Sie 1-800-368-1019 an. Benutzer von Texttelefonen können die Nummer 1-800-537-7697 anrufen.
3. **Schriftlich:** Schicken Sie Informationen über Ihre Beschwerde an:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201



U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

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

Amtliche Angelegenheit
Strafe für private Benutzung, \$300

CMS Product No. 12026-German
November 2020

Understanding Medicare Advantage Plans

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

