

Para entender os Planos Medicare Advantage



Este livreto oficial do governo explica:

- Como os planos Medicare Advantage são diferentes do Medicare Original
- Como funcionam os Planos Medicare Advantage
- Como aderir a um Plano Medicare Advantage



“Para entender os Planos Medicare Advantage” não é um documento legal. A orientação jurídica oficial do Programa Medicare consta nos estatutos, regulamentos e decisões relevantes.

As informações contidas neste livreto descrevem o Programa Medicare na situação em que se encontrava na data de publicação do livreto. Podem ocorrer alterações após a impressão. Acesse [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov), ou ligue para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obter as informações mais recentes. Usuários de TTY podem ligar para 1-877-486-2048

Índice



Introdução.	4
Quais são as diferenças entre o Medicare Original e o Medicare Advantage?.	5
O que são os Planos Medicare Advantage?	9
Como funcionam os Planos Medicare Advantage?	9
O que é coberto pelos Planos Medicare Advantage?	9
Quais são os meus custos?.	10
Quais são os meus custos? (continuação)	12
Quem pode aderir a um Plano Medicare Advantage?	12
Como posso aderir ao Plano Medicare Advantage?	14
Types of Medicare Advantage Plans.	15
Compare os Planos Medicare Advantage lado a lado.	24
E se eu tiver uma apólice do Seguro Complementar do Medicare (Medigap)?	25
Onde posso obter mais informações?	26

Introdução



Quando você se inscrever no Medicare pela primeira vez, e em algumas épocas do ano, você pode escolher como receber sua cobertura do Medicare.

Há duas formas principais de receber o Medicare:

- **O Medicare Original** inclui a Parte A (Seguro Hospitalar) e a Parte B (Seguro Médico) do Medicare. Se você quiser cobertura de medicamentos, pode aderir a um plano de medicamentos separado do Medicare (Parte D).
- **O Medicare Advantage (também conhecido como “Parte C”)** é uma alternativa ao Medicare Original que tem tudo incluído. Esses “pacotes” de planos incluem a Parte A, a Parte B e, geralmente, a Parte D. A maioria dos planos também oferece benefícios extras não cobertos pelo Medicare Original, como cuidados oftalmológicos, auditivos e odontológicos, entre outros.

Suas decisões sobre o plano de saúde Medicare afetam o quanto você paga pela cobertura, quais os serviços recebidos, quais médicos podem ser utilizados e a qualidade dos cuidados.

Aprender sobre as opções de cobertura do Medicare, obter ajuda de pessoas confiáveis e comparar os diferentes planos podem ajudar você a entender todas as opções disponíveis para você.

Quais são as diferenças entre o Medicare Original e o Medicare Advantage?

Medicare Original

- O Medicare Original inclui Medicare Parte A (Seguro Hospitalar) e Parte B (Seguro Médico).
- Se você quiser cobertura de medicamentos, pode aderir a um plano de medicamentos separado do Medicare (Parte D).
- Para ajudar no pagamento de desembolsos diretos ("out-of-pocket") no Medicare Original (como seu cosseguro de 20%), você também pode pesquisar e comprar cobertura complementar.
- Você pode utilizar os serviços de qualquer médico ou hospital que aceite o Medicare, em qualquer parte dos Estados Unidos.



Parte A



Parte B



Você pode adicionar:



Parte D



Você também pode adicionar:



Cobertura complementar



Isso inclui o seguro complementar do Medicare (Medigap). Ou você pode usar a cobertura de um ex-empregador ou sindicato, ou Medicaid

Medicare Advantage (também conhecido como Parte C)

- O Medicare Advantage é uma alternativa "tudo em um" ao Medicare Original. Esses "pacotes" de planos incluem a Parte A, a Parte B e, geralmente, a Parte D.
- Os planos podem ter desembolsos diretos menores que os do Medicare Original.
- Em muitos casos, você deverá utilizar os serviços de médicos que já fazem parte da rede do plano.
- A maioria dos planos oferece benefícios extras que não são cobertos pelo Medicare Original, como cuidados oftalmológicos, auditivos e odontológicos, entre outros.



Parte A



Parte B



A maioria dos planos inclui:



Parte D



Benefícios extras

Alguns planos também incluem:



Desembolsos diretos (custos pagos por você) mais baixos

Medicare Original vs. Medicare Advantage

Escolha de médico e hospital

Medicare Original	Medicare Advantage
Você pode utilizar os serviços de qualquer médico ou hospital que aceite o Medicare, em qualquer parte dos Estados Unidos.	Em muitos casos, você precisará utilizar os serviços de médicos e outros provedores que já fazem parte da rede credenciada e da região de atendimento do plano para pagar os menores valores. Alguns planos não cobrem serviços de provedores fora da rede e da região de atendimento do plano.
Na maioria dos casos, não é preciso uma guia de encaminhamento para consultar um especialista.	Pode ser necessário obter uma guia de encaminhamento para consultar um especialista.

Custo

Medicare Original	Medicare Advantage
Para serviços cobertos pela Parte B, geralmente você paga 20% do valor aprovado pelo Medicare após atingir sua franquia. Isso se chama cosseguro.	Os desembolsos diretos variam: os planos podem ter valores menores de desembolso direto (quantias pagas por você) para alguns serviços.
Você paga um prêmio (pagamento mensal) pela Parte B. Se você decidir aderir a um plano de medicamentos Medicare (Parte D), pagará esse prêmio separadamente.	Você pode pagar o prêmio do plano além do pagamento mensal do prêmio da Parte B. (A maioria dos planos inclui a cobertura de medicamentos (Parte D).) Os planos podem ter um prêmio de US\$ 0 ou podem ajudar a pagar total ou parcialmente seus prêmios da Parte B.
Não há um limite anual para a quantia paga por você, a não ser que você tenha cobertura complementar, como o seguro complementar do Medicare (Medigap).	Os planos têm um limite anual para a quantia paga por você pelos serviços cobertos pela Parte A e Parte B do Medicare. Após atingir o limite do seu plano, você não pagará nada por serviços cobertos pela Parte A e Parte B pelo resto do ano.
Você pode obter o Medigap para ajudar a pagar os demais desembolsos diretos (como o cosseguro de 20%). Ou você pode usar a cobertura de um ex-empregador ou sindicato, ou Medicaid.	Você não pode comprar e não precisa do Medigap.

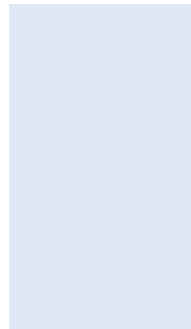
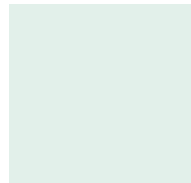
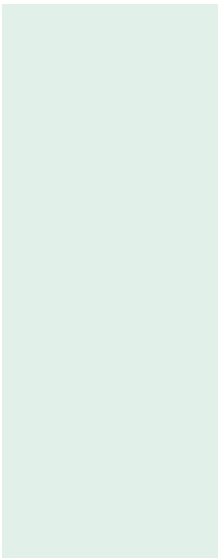
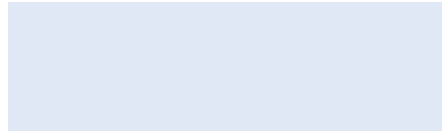
Medicare Original vs. Medicare Advantage (cont.)

Cobertura

Medicare Original	Medicare Advantage
O Medicare Original cobre a maioria dos serviços e suprimentos medicamente necessários em hospitais, consultórios médicos e outros ambientes de cuidados de saúde. O Medicare Original não cobre alguns benefícios, como exame de visão, a maioria dos tratamentos odontológicos e exames de rotina	Os planos devem cobrir todos os serviços medicamente necessários que o Medicare Original cobre. A maioria dos planos oferece benefícios extras que não são cobertos pelo Medicare Original , como alguns cuidados oftalmológicos, auditivos, odontológicos e exames de rotina, entre outros. Os planos agora podem cobrir mais desses benefícios.
Você pode aderir a um plano de medicamentos separado do Medicare (Parte D) para obter cobertura para medicamentos.	A cobertura de medicamentos (Parte D) está incluída na maioria dos planos. Na maioria dos planos Medicare Advantage, não é necessário aderir a um plano de medicamentos separado do Medicare.
Na maioria dos casos, não é necessário obter aprovação prévia para um serviço ou suprimento para que ele seja coberto pelo Medicare Original.	Em alguns casos, é necessário obter aprovação prévia para um serviço ou suprimento para que ele seja coberto pelo plano.

Viagem

Medicare Original	Medicare Advantage
De modo geral, o Medicare Original não cobre cuidados fora dos EUA . É possível que você possa comprar uma apólice de seguro complementar do Medicare (Medigap) para cobrir o atendimento fora dos EUA.	De modo geral, os planos não cobrem cuidados fora dos EUA .



Planos Medicare Advantage

O que são os Planos Medicare Advantage?

O Plano Medicare Advantage é outra forma de obter sua cobertura da Parte A e da Parte B do Medicare. Os Planos Medicare Advantage, algumas vezes denominados “Parte C”, são oferecidos por empresas privadas aprovadas pelo Medicare que devem seguir as regras estabelecidas pelo Medicare. A maioria dos Planos Medicare Advantage inclui a cobertura de medicamentos (Parte D). Existem vários tipos de Planos Medicare Advantage (consulte a página 15). Cada um desses Planos Medicare Advantage tem regras especiais sobre como você recebe os serviços das Partes A e B cobertos pelo Medicare e os benefícios suplementares do seu plano.

Se você aderir a um Plano Medicare Advantage, continuará tendo Medicare, mas a maior parte da sua cobertura da Parte A e da Parte B virá do Plano Medicare Advantage, e não do Medicare Original.

Você precisará usar o cartão do seu Plano Medicare Advantage para obter os serviços cobertos pelo Medicare. Mantenha o cartão vermelho, branco e azul do Medicare em um lugar seguro, porque você vai precisar dele se voltar para o Medicare Original algum dia.

Como funcionam os Planos Medicare Advantage?

Quando você adere a um Plano Medicare Advantage, o Medicare paga todos os meses uma quantia fixa pela sua cobertura para a empresa que oferece seu Plano Medicare Advantage. As empresas que oferecem Planos Medicare Advantage devem seguir as regras estabelecidas pelo Medicare. Porém, cada Plano Medicare Advantage pode cobrar desembolsos diretos diferentes e ter diferentes regras sobre como obter os serviços (por exemplo, se é preciso uma guia de encaminhamento para se consultar com um especialista ou se você precisa usar médicos, estabelecimentos ou fornecedores pertencentes à rede credenciada do plano para atendimento não emergencial ou não urgente). Essas regras podem mudar todo ano. O plano deve enviar para você uma notificação sobre qualquer mudança antes do início da inscrição para o próximo ano.

Se você aderir a um Plano Medicare Advantage, terá os mesmos direitos e proteções que teria com o Medicare Original.

O que é coberto pelos Planos Medicare Advantage?

Os Planos Medicare Advantage cobrem quase todos os serviços da Parte A e da Parte B. Porém, se você estiver em um Plano Medicare Advantage, o Medicare Original continuará cobrindo o custo de cuidados paliativos, alguns benefícios novos do Medicare e alguns dos custos de estudos clínicos. Cuidados de emergência e urgência sempre são cobertos em todos os tipos de Planos Medicare Advantage

O que os Planos Medicare Advantage cobrem? (continuação)

Prescription drug coverage

A maioria dos Planos Medicare Advantage oferece cobertura para algumas coisas que o Medicare Original não cobre, como alguns cuidados oftalmológicos, auditivos e odontológicos e programas de condicionamento físico (como mensalidade ou desconto em academias de ginástica). Os planos também têm um limite anual de desembolsos diretos (custos pagos por você) para todos os serviços médicos da Parte A e da Parte B. Após atingir esse limite, você não pagará nada por serviços cobertos pela Parte A e Parte B.

Cobertura de medicamentos do Medicare (Parte D)

A maioria dos Planos Medicare Advantage inclui a cobertura de medicamentos do Medicare (Parte D). No caso de alguns tipos de planos que não incluem a cobertura de medicamentos do Medicare (como os Planos de Conta de Poupança Médica [MSA] e alguns Planos Privados de Pagamento por Serviço [PFFS]), você pode aderir a um plano de medicamentos separado do Medicare.

Porém, se você aderir ao plano de uma Entidade Mantenedora de Saúde (HMO) ou Organização de Provedores Preferenciais (PPO) que não cubra medicamentos, não poderá aderir a um plano de medicamentos separado do Medicare. Consulte as páginas 15 a 24 para mais informações.

Observação: Se você estiver em um plano que não ofereça cobertura de medicamentos e não tiver um plano de medicamentos do Medicare, pode precisar pagar uma multa por inscrição tardia se decidir aderir a um plano de medicamentos do Medicare. Acesse [Medicare.gov/drug](https://www.Medicare.gov/drug) para saber mais sobre a multa por inscrição tardia na Parte D.

Quais são os meus custos?

A cada ano, os planos estabelecem as quantias que serão cobradas pelos prêmios, franquias e serviços. O plano (e não o Medicare) decide quanto você pagará pelos serviços cobertos que usar. A quantia que você paga ao plano só pode ser modificada uma vez por ano, em 1º de janeiro.

Você tem que pagar o prêmio da Parte B. Em 2020, o prêmio padrão da Parte B é de US\$ 144,60 (ou mais, conforme sua renda). Algumas pessoas que recebem benefícios de Seguro Social pagam menos que isso (US\$ 130, em média).

Ao calcular seus desembolsos diretos em um Plano Medicare Advantage, além do prêmio, da franquia, dos copagamentos e do cosseguro, você também deve levar em consideração

- O tipo de serviços de saúde de que precisa e a frequência com que os utiliza.
- Se você se consulta com um médico ou fornecedor que aceita atribuição (assignment). A atribuição significa que seu médico, provedor ou fornecedor concorda em (ou é obrigado por lei a) aceitar o valor aprovado pelo Medicare como pagamento integral pelos serviços cobertos pelo Medicare.
- Se o plano oferece benefícios extras (além dos benefícios do Medicare Original), e se você precisa pagar uma taxa adicional por eles.
- Se você tem Medicaid ou recebe ajuda do governo estadual por meio de um Programa de Poupança do Medicare para pagar pelos custos do Medicare.

Quais são os meus custos? (continuação)

Qual é a diferença entre franquia, cosseguro e copagamento?

Franquia—Quantia que você precisa pagar por cuidados de saúde ou medicamentos de prescrição antes que o Medicare Original, seu plano de medicamentos de prescrição ou outro seguro comece a pagar.

Cosseguro—Uma quantia que você pode precisar pagar por sua parte do custo dos serviços após o pagamento de franquias. O cosseguro geralmente é uma porcentagem (por exemplo, 20%).

Copagamento—Uma quantia que você pode precisar pagar por sua parte do custo de um serviço ou suprimento médico, como consulta médica, consulta hospitalar ambulatorial ou medicamento receitado. O copagamento geralmente tem valor predefinido, em vez de ser uma porcentagem. Por exemplo, você pode pagar US\$ 10 ou US\$ 20 por uma consulta médica ou medicamento receitado.

Mais detalhes sobre o custo de cada plano

Se você aderir a um Plano Medicare Advantage, examine esses avisos que você pode receber do seu plano todos os anos:

- **Aviso de Mudança Anual (Annual Notice of Change):** Inclui qualquer mudança na cobertura, nos custos, na região de atendimento, etc., que será efetiva a partir de janeiro. Seu plano lhe enviará uma cópia impressa até 30 de setembro.
- **Certificado de cobertura (Evidence of Coverage):** Oferece mais detalhes sobre o que o plano cobre, o quanto você paga, e mais. Seu plano lhe enviará um aviso (ou cópia impressa) até 15 de outubro que incluirá informações sobre como acessar o certificado de cobertura eletronicamente ou solicitar uma cópia impressa.

Determinações da organização

Você pode obter uma decisão adiantada do seu plano para saber se um serviço, medicamento ou suprimento está coberto. Você também pode descobrir o quanto terá que pagar. Isso se chama “determinação da organização”. Às vezes é preciso fazer esse processo como autorização prévia para que seu plano cubra o serviço, medicamento ou suprimento.

Você, seu representante ou seu médico pode solicitar uma determinação da organização. Um representante é alguém que você nomeia para lhe ajudar. Seu representante pode ser um parente, amigo, conselheiro, advogado, consultor financeiro, médico, ou outra pessoa que vai agir em seu nome. Com base nas suas necessidades de saúde, você, seu representante ou seu médico pode solicitar uma decisão rápida sobre o seu pedido de determinação da organização. Se a cobertura for negada pelo seu plano, isto deve ser informado a você por escrito pelo plano, e você tem o direito de fazer uma apelação.

Quais são os meus custos? (continuação)

Se um provedor do plano encaminhar você para um serviço ou provedor fora da rede do plano, mas não obtiver uma determinação adiantada da organização, isso é denominado “cuidado guiado pelo plano” (plan-directed care). Na maioria dos casos você não precisará pagar mais do que o custo compartilhado normal do plano. Consulte seu plano para mais informações sobre essa proteção.

Quem pode aderir a um Plano Medicare Advantage?

Para aderir a um Plano Medicare Advantage, você precisa:

- Ter a Parte A e a Parte B.
- Morar na região de atendimento do plano.

E se eu tiver uma doença pré-existente?

Você pode aderir ao Plano Medicare Advantage mesmo que tenha uma doença pré-existente.

E se eu tiver insuficiência renal terminal (ESRD)?

Se você tiver ESRD, pode se inscrever em um Plano Medicare Advantage durante o período de Inscrição Aberta (de 15 de outubro a 7 de dezembro de 2020) para cobertura a partir de 1º de janeiro de 2021. Em muitos Planos Medicare Advantage, você precisará utilizar provedores de cuidados

de saúde que participam da rede credenciada e da região de atendimento do plano. Antes de se inscrever, é aconselhável conferir com seus provedores e o plano em que está pensando para se certificar de que os provedores que cuidam de você atualmente (como o centro de diálise ou nefrologista) ou com quem você deseja se consultar no futuro (como um especialista em transplantes) estejam na rede credenciada do plano. Se você já tem um Plano Medicare Advantage, confirme se os seus provedores continuarão fazendo parte da rede credenciada do plano em 2021. Para mais informações, leia os materiais do plano ou entre em contato com a operadora de plano que você está cogitando.

E se eu tiver outra cobertura?

Converse com seu empregador, sindicato ou outro administrador de benefícios sobre as regras deles antes de aderir ao Plano Medicare Advantage. Em alguns casos, se você aderir ao Plano Medicare Advantage poderá perder a cobertura do seu empregador ou sindicato para você, seu cônjuge e seus dependentes, e pode não poder conseguí-la de volta. Em outros casos, se você aderir ao Plano Medicare Advantage, ainda poderá usar a cobertura do seu empregador ou sindicato junto com o Plano Medicare Advantage que você obtiver. Seu empregador ou sindicato também pode oferecer um plano de saúde para aposentados do Medicare Advantage patrocinado por ele

Observação:
Em algumas situações (se você se mudar, por exemplo), você pode fazer a adesão, troca ou cancelamento de um plano em outros períodos.

Quando posso fazer a adesão, troca ou cancelamento do Plano Medicare Advantage?

Você só pode fazer a adesão, troca ou cancelamento do Plano Medicare Advantage durante os períodos de inscrição abaixo:

- **Período de inscrição inicial:** Quando você se tornar elegível para o Medicare pela primeira vez, poderá se inscrever durante seu Período de inscrição inicial. Para muitos, esse é o período de 7 meses que começa 3 meses antes do mês em que você faz 65 anos, inclui o mês em que você faz 65 anos e termina 3 meses depois do mês em que você faz 65 anos. **Se você tiver menos de 65 anos e tiver uma deficiência,** receberá automaticamente a Parte A e a Parte B após receber benefícios por incapacidade do Seguro Social ou alguns tipos de benefícios por incapacidade do Railroad Retirement Board por 24 meses.

Se você se inscrever nos 3 primeiros meses do seu Período de inscrição inicial, na maioria dos casos a cobertura começa no primeiro dia do mês do seu aniversário. Porém, se o seu aniversário for no primeiro dia do mês, sua cobertura começará no primeiro dia do mês anterior.

Se você se inscrever no mês em que faz 65 anos ou nos 3 últimos meses do seu Período de inscrição inicial, a data de início da sua cobertura será atrasada.

- **Período de inscrição geral:** Se você tiver cobertura da Parte A e obtiver a Parte B pela primeira vez durante esse período (entre 1º de janeiro e 31 de março de cada ano), você também poderá aderir a um Plano Medicare Advantage. Sua cobertura pode não começar até 1º de julho.
- **Período de inscrição aberta:** Entre 15 de outubro e 7 de dezembro, qualquer pessoa que tenha Medicare pode fazer a adesão, troca ou cancelamento de um Plano Medicare Advantage. Sua cobertura começará em 1º de janeiro (desde que o plano receba seu pedido até 7 de dezembro).

Posso fazer mudanças à minha cobertura após 7 de dezembro?

Entre 1º de janeiro e 31 de março de cada ano, você pode fazer as seguintes alterações durante o **Período de inscrição aberta do Medicare Advantage:**

- Se você estiver em um Plano Medicare Advantage (com ou sem cobertura de medicamentos), pode trocar para outro Plano Medicare Advantage (com ou sem cobertura de medicamentos).
- Você pode cancelar o Plano Medicare Advantage e voltar para o Medicare Original. Você também poderá aderir a um plano de medicamentos do Medicare.

Durante esse período, você **não pode:**

- Trocar o Medicare Original por um Plano Medicare Advantage.
- Aderir a um Plano de Medicamentos de Prescrição do Medicare se estiver no Medicare Original.
- Trocar um plano de medicamentos do Medicare por outro se estiver no Medicare Original.

Quando posso fazer a adesão, troca ou cancelamento do Plano Medicare Advantage? (continuação)

Você só pode fazer uma mudança durante esse período, e qualquer mudança que você fizer entrará em vigor no primeiro dia do mês após o plano receber sua solicitação. Se estiver voltando para o Medicare Original e aderindo a um plano de medicamentos, você não precisará entrar em contato com seu Plano Medicare Advantage para cancelar sua inscrição. O cancelamento da inscrição acontecerá automaticamente quando você aderir ao plano de medicamentos.

Observação: Se você aderiu a um Plano Medicare Advantage durante o seu Período de inscrição inicial, pode trocá-lo por outro Plano Medicare Advantage (com ou sem cobertura de medicamentos) ou voltar para o Medicare Original (com ou sem um plano de medicamentos) nos 3 primeiros meses em que tiver o Medicare.

Como posso aderir ao Plano Medicare Advantage?

Nem todos os Planos Medicare Advantage funcionam da mesma forma. Antes de aderir, acesse [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) para encontrar e comparar os planos de saúde Medicare na sua região. Após entender as regras e os custos do plano, use uma dessas maneiras para fazer a adesão:

- Acesse [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) e faça uma busca por código postal para encontrar um plano. Você também pode fazer o login para obter resultados personalizados. Se tiver dúvidas sobre um plano específico, selecione “Plan Details” (detalhes do plano) para obter as informações de contato do plano.
- Visite o site do plano para ver se pode aderir on-line.
- Preencha um formulário de inscrição impresso. Entre em contato com o plano para obter um formulário de inscrição, preencha-o e envie-o de volta para o plano. Todos os planos devem oferecer essa opção.
- Ligue para o plano em que deseja entrar. Acesse [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) para obter as informações de contato do seu plano.
- Ligue para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuários de TTY podem ligar para 1-877-486-2048.

Quando você aderir a um Plano Medicare Advantage, terá que fornecer as seguintes informações do seu cartão Medicare:

- Seu número Medicare
- A data em que sua cobertura da Parte A e/ou da Parte B começou.

Lembre-se, na maioria dos casos, quando você adere a um Plano Medicare Advantage, **deve usar o cartão do seu Plano Medicare Advantage** para obter os serviços cobertos pelo Medicare. Para alguns serviços, você pode precisar mostrar seu cartão Medicare vermelho, branco e azul.

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

Tipos de Planos Medicare Advantage

Existem vários tipos de Planos Medicare Advantage:

- Planos de Organizações de Manutenção da Saúde (HMO): Veja as páginas 15-16.
- Planos de Organizações de Provedores Preferenciais (PPO): Veja a página 17.
- Planos Privados de Pagamento por Serviço (PFFS): Veja as páginas 18-19.
- Planos de Necessidades Especiais (SNPs): Veja as páginas 20-21.
- Planos com Contas de Poupança Médica (MSA): Veja as páginas 22-23.

A região onde você mora por ter todos, alguns ou nenhum desses tipos disponíveis. Além disso, pode haver diversos planos do mesmo tipo disponíveis na sua região, se empresas privadas optarem por oferecê-los. Para ver quais Planos Medicare Advantage estão disponíveis para você, acesse [Medicare.gov/plan-compare](https://www.Medicare.gov/plan-compare) ou consulte o manual Medicare & You.

Planos de Organizações de Manutenção da Saúde (HMO)

Um plano de Organização de Manutenção da Saúde (Health Maintenance Organization, HMO) é um tipo de Plano Medicare Advantage que geralmente oferece cobertura de saúde para atendimento por médicos, outros provedores de cuidados de saúde ou hospitais da rede credenciada do plano (exceto em caso de atendimento de emergência, urgência fora de área ou diálise fora de área). A rede é um grupo de médicos, hospitais e estabelecimentos médicos que assinam um contrato com um plano para oferecer serviços. A maioria das HMOs também exige que você obtenha uma guia de encaminhamento do seu clínico geral para cuidados especializados, para que seu atendimento seja coordenado.

Posso receber cuidados de saúde de qualquer médico, outro provedor de cuidados de saúde ou hospital?

Não. De modo geral, você precisa receber seus cuidados e serviços de médicos, provedores de cuidados de saúde ou hospitais que pertençam à rede credenciada do plano (exceto atendimento de emergência, atendimento de urgência fora de área ou diálise temporária fora de área, que são cobertos seja sejam fornecidos dentro ou fora da rede do plano). Porém, alguns planos de HMO, conhecidos como planos HMO “Point-of-Service” [ponto de atendimento] (HMOPOS), oferecem benefício de atendimento fora da rede credenciada.

Tipos de Planos Medicare Advantage (continuação)

Planos de Organizações de Manutenção da Saúde (HMO) (continuação)

Se você receber cuidados de saúde fora da rede do plano, pode precisar pagar o custo total. É importante seguir as regras do plano, como obter prévia autorização para um determinado serviço quando necessário. Na maioria dos casos, será preciso escolher um clínico geral (primary care doctor). Alguns serviços, como mamografias anuais de rastreamento, não requerem guia de encaminhamento. Se o seu médico ou outro provedor de cuidados de saúde sair da rede do plano, você será notificado pelo plano. Você pode escolher outro médico da rede do plano.

Os planos HMO de ponto de atendimento (HMOPOS) são planos HMO que **podem permitir que você obtenha alguns serviços fora da rede mediante um copagamento ou cosseguro maior**. É importante seguir as regras do plano, como obter prévia autorização para um determinado serviço quando necessário.

Esses planos cobrem medicamentos de prescrição?

Em sua maioria, sim. Se você quiser uma cobertura de medicamentos do Medicare, precisará aderir a um plano HMO que ofereça a cobertura de medicamentos. Se você aderir a um HMO que não inclua a cobertura de medicamentos, não poderá obter um plano de medicamentos separado do Medicare (Parte D).

Tipos de Planos Medicare Advantage (continuação)

Planos de Organizações de Provedores Preferenciais (PPO)

O plano de Organizações de Provedores Preferenciais (Preferred Provider Organization, PPO) é um Plano Medicare Advantage que tem uma rede de médicos, especialistas, hospitais e outros provedores de cuidados de saúde que você pode usar, mas você também pode usar provedores fora da rede credenciada para serviços cobertos, geralmente a um custo mais alto. Você também pode optar por se consultar com qualquer médico, especialista ou hospital que não faça parte da lista do plano (fora da rede), mas isso geralmente custa mais caro. Como alguns provedores são “preferenciais” (como sugere o nome), você pode economizar se utilizá-los.

Posso receber cuidados de saúde de qualquer médico, provedor de cuidados de saúde ou hospital?

Sim. O plano PPO tem uma rede de médicos, especialistas, hospitais e outros provedores de cuidados de saúde que você pode usar, mas você também pode usar provedores fora da rede credenciada para serviços cobertos, geralmente a um custo mais alto. O atendimento de emergência e urgência é sempre coberto.

Se você escolher obter serviços de um provedor fora da rede, é aconselhável solicitar uma determinação avançada da cobertura do seu plano PPO para se assegurar de que os serviços sejam medicamente necessários e que sejam cobertos pelo seu plano.

Esses planos cobrem medicamentos de prescrição?

Em sua maioria, sim. Se você quiser cobertura de medicamentos do Medicare, precisará aderir a um plano PPO que ofereça cobertura de medicamentos. Se você aderir a um plano PPO que não inclua a cobertura de medicamentos, não poderá aderir a um plano de medicamentos separado do Medicare.

Tipos de Planos Medicare Advantage (continuação)

Planos Privados de Pagamento por Serviço (PFFS)

O Plano Privado de Pagamento por Serviço (PFFS [Private Fee-for-Service]) é outro tipo de Plano Medicare Advantage oferecido por seguradoras de saúde privadas. O plano PFFS não é o mesmo que o Medicare Original nem que o complemento do Medicare (Medigap).

Posso receber cuidados de saúde de qualquer médico, provedor de cuidados de saúde ou hospital?

Você pode se consultar com qualquer médico, provedor de cuidados de saúde ou hospital aprovado pelo Medicare que aceite os termos de pagamento do plano e concorde em atender você. Se você aderir a um plano PFFS que tenha uma rede, você também pode se consultar com qualquer um dos provedores da rede que tenham concordado em sempre atender os membros do plano. Você também pode escolher um médico, hospital ou outro provedor fora da rede que aceite os termos do plano, mas você pode pagar mais.

Antes de receber qualquer serviço, pergunte ao médico ou hospital se pode entrar em contato com o plano para obter informações de pagamento e aceitar os termos de pagamento do plano. Se você precisar de atendimento de emergência, ele estará coberto, independentemente de o provedor aceitar os termos de pagamento do plano.

Se o provedor concordar com os termos e condições de pagamento do plano

O provedor deve seguir os termos e condições de pagamento do plano, e cobrar o plano pelos serviços prestados a você. Porém, o provedor pode decidir a cada consulta se aceita o plano e se concorda em lhe oferecer tratamento ou não.

Tipos de Planos Medicare Advantage (continuação)

Planos Privados de Pagamento por Serviço (PFFS) (continuação)

Se o provedor não concordar com os termos e condições de pagamento do plano

O provedor não deve prestar serviços para você, exceto em caso de emergência, e você precisará encontrar outro provedor que aceite o plano PFFS.

Porém, se o provedor decidir tratar você, poderá cobrar apenas o valor de compartilhamento de custo permitido pelo plano. Ele precisa que cobrar o plano pelos seus serviços cobertos. Você só precisa pagar o copagamento ou cosseguro permitidos pelo plano para os tipos de serviços que receber na data do atendimento. Pode ser que você precise pagar uma quantia adicional (até 15% a mais) se o plano permitir que os provedores cobrem o saldo devedor da conta (quando o provedor cobra de você a diferença entre o encargo do provedor e a quantia permitida).

Esses planos cobrem medicamentos de prescrição?

Às vezes. Se você quiser a cobertura de medicamentos de prescrição do Medicare, e ela for oferecida pelo plano, precisará obter sua cobertura de medicamentos desse plano.

Se o seu plano PFFS não oferecer cobertura de medicamentos, você pode aderir a um plano de medicamentos separado do Medicare para obter a cobertura.

Tipos de Planos Medicare Advantage (continuação)

Planos de Necessidades Especiais (SNP)

Os Planos de Necessidades Especiais (Special Needs Plan, SNP) oferecem benefícios e serviços para pessoas com doenças específicas, algumas necessidades de cuidados de saúde ou renda limitada. Os SNPs ajustam seus benefícios, opções de provedores e listas (rol) de medicamentos para melhor atender às necessidades específicas dos grupos que os utilizam.

Os SNPs são planos do tipo HMO ou PPO que cobrem os mesmos benefícios da Parte A e da Parte B do Medicare que todos os Planos Medicare Advantage. Porém, os SNPs também podem cobrir serviços extras, customizados para os grupos especiais que os utilizam. Por exemplo, se você tiver uma doença grave ou crônica, como câncer ou insuficiência cardíaca crônica, e precisar de hospitalização, o SNP pode cobrir dias extras no hospital.

Você pode se qualificar para um SNP se morar na região de atendimento do plano e atender a um dos requisitos abaixo:

– Você tem uma doença crônica, como uma ou mais das doenças listadas abaixo (denominado **Chronic condition SNP** ou **C-SNP**):

- Dependência crônica de álcool ou outra substância
- Doenças autoimunes
- Câncer (exceto doenças pré-cancerosas)
- Doenças cardiovasculares
- Insuficiência cardíaca crônica
- Demência
- Diabetes melito
- Doença hepática terminal
- Insuficiência renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD) que requeira diálise (qualquer método de diálise)
- Doenças hematológicas graves
- HIV/AIDS
- Doenças pulmonares crônicas
- Transtornos mentais crônicos e incapacitantes
- Doenças neurológicas
- Derrame (AVC)

Tipos de Planos Medicare Advantage (continuação)

Planos de Necessidades Especiais (SNP) (continuação)

- Você mora em uma instituição (como casa de repouso) ou precisa de cuidados de enfermagem em casa (**denominado SNP institucional**, ou **I-SNP**).
- Você tem direito ao Medicare e ao Medicaid (denominado **SNP de dupla elegibilidade**, ou **D-SNP**).

Cada SNP limita a aderência a pessoas em um desses grupos, ou a um subconjunto de um desses grupos. Você só pode continuar inscrito(a) em um SNP se continuar a atender às condições especiais atendidas pelo plano.

Posso receber cuidados de saúde de qualquer médico, provedor de cuidados de saúde ou hospital?

De modo geral, você precisa receber seus cuidados e serviços de médicos, provedores de cuidados de saúde ou hospitais que pertençam à rede do plano (exceto atendimento de emergência, atendimento de urgência fora de área ou diálise fora de área). Porém, se o seu Plano de Necessidades Especiais for um PPO, você pode receber serviços de qualquer provedor ou hospital qualificado, mas geralmente a um custo mais alto que o que pagaria pelos serviços de um provedor da rede credenciada.

Na maioria dos casos, os SNPs podem exigir que você tenha um clínico geral, ou o plano pode exigir que você tenha um coordenador de cuidados para ajudar com seus cuidados de saúde. O coordenador de cuidados é uma pessoa que ajuda a garantir que as pessoas obtenham cuidados e informações corretos. Por exemplo, um SNP para pessoas com diabetes pode usar um coordenador de cuidados para ajudar os membros a monitorar a glicemia e seguir a dieta.

Normalmente, os SNPs têm especialistas nas doenças ou distúrbios que afetam seus membros. De modo geral, você precisa receber seus cuidados e serviços de médicos ou hospitais que pertençam à rede do plano, exceto:

- Quando precisar de atendimento de emergência ou urgência, como cuidados para uma doença ou lesão súbita que necessite de assistência médica imediata
- Se você tiver insuficiência renal terminal (ESRD) e precisar de diálise fora de área

Esses planos cobrem medicamentos de prescrição?

Todos os SNPs devem incluir cobertura de medicamentos do Medicare.

Tipos de Planos Medicare Advantage (continuação)

Planos com Contas de Poupança Médica

Os planos com Contas de Poupança Médica (Medical Savings Account, MSA) combinam um plano de seguro com franquia alta com uma conta de poupança médica que você pode usar para pagar pelos custos de saúde.

1. **Plano de saúde com franquia alta:** A primeira parte do plano MSA é um tipo especial de Plano Medicare Advantage com franquia alta. O plano só começa a cobrir os seus custos após você ter atingido um alto valor de franquia anual, que varia com o plano.
2. **Conta de Poupança Médica (MSA):** A segunda parte do plano MSA é um tipo especial de poupança. O plano MSA deposita dinheiro na sua conta.

Quando você decidir qual plano MSA você quer, precisará entrar em contato com o plano para obter informações de inscrição e para aderir ao plano. Após a inscrição, o plano lhe informará como abrir a sua conta em um banco selecionado pelo plano. Você terá que abrir essa conta antes que o plano possa processar sua inscrição. Após receber uma carta do plano informando a você quando começa a sua cobertura:

1. O Medicare fornece uma quantia de dinheiro para o plano a cada ano para seus cuidados de saúde.
2. O plano deposita o dinheiro na sua conta em seu nome. Você não pode depositar seu próprio dinheiro.
3. Você pode usar o dinheiro na sua conta para pagar pelos custos de saúde, inclusive custos de saúde que não sejam cobertos pelo Medicare. Se você usar dinheiro da conta para serviços da Parte A e da Parte B cobertos pelo Medicare, isso conta para a franquia do seu plano.
4. Se você usar todo o dinheiro da sua conta e tiver custos de saúde adicionais, terá que pagar pelos serviços cobertos pelo Medicare do próprio bolso até atingir a franquia do plano.
5. No período em que você estiver pagando do próprio bolso por serviços, antes de atingir a franquia, os médicos e outros provedores não poderão cobrar mais do que o valor aprovado pelo Medicare.
6. Após atingir a franquia, seu plano cobrirá seus serviços cobertos pelo Medicare.
7. O dinheiro que sobrar na conta no final do ano fica na conta, e pode ser usado para pagar custos de saúde em anos futuros. Se você continuar no mesmo plano MSA no ano seguinte, o novo depósito será adicionado a qualquer quantia já na conta.

Tipos de Planos Medicare Advantage (continuação)

Planos MSA e impostos

Se você usar fundos da sua conta, precisará incluir o formulário 8853 do IRS (Receita Federal dos EUA) com as informações sobre como usou o dinheiro da conta quando fizer sua declaração de imposto de renda.

Todos os anos, você deve receber um formulário 1099-SA do seu banco que inclui todos os saques da sua conta. Você terá que demonstrar que teve despesas médicas qualificadas de pelo menos esse valor, ou pode ter que pagar impostos e multas adicionais.

Para uma lista dos serviços e produtos que contam como despesas médicas qualificadas, acesse irs.gov/forms-pubs/about-publication-969 para obter uma cópia gratuita da publicação 969 do IRS do ano da sua declaração para obter mais informações sobre o formulário 8853.

Entre em contato com seu consultor financeiro pessoal (se tiver) para receber assessoria e orientações sobre como a escolha de um plano MSA poderia afetar sua situação financeira.

Posso receber cuidados de saúde de qualquer médico, provedor de cuidados de saúde ou hospital?

Os planos MSA geralmente não têm uma rede credenciada de provedores de cuidados de saúde. Porém, você pode obter os serviços da Parte A e da Parte B do Medicare de qualquer provedor elegível para o Medicare nos EUA ou nos territórios dos EUA.

Esses planos cobrem medicamentos de prescrição?

Não. Se você aderir a um plano MSA do Medicare e precisar da cobertura de medicamentos, precisará aderir a um plano de medicamentos separado do Medicare.

Porém, se você aderir a um plano MSA e já tiver uma apólice Medigap com cobertura de medicamentos (algumas apólices vendidas antes de 1º de janeiro de 2006 tinham cobertura de medicamentos), pode continuar a usar essa cobertura para pagar por alguns dos seus medicamentos.

Compare os Planos Medicare Advantage lado a lado

A tabela abaixo mostra informações básicas sobre cada tipo de Plano Medicare Advantage.

	HMO	PPO	PFFS	SNP	MSA
Prêmio Preciso pagar um prêmio mensal?	Sim Pode cobrar um prêmio adicional ao prêmio da Parte B.	Sim Pode cobrar um prêmio adicional ao prêmio da Parte B.	Sim Pode cobrar um prêmio adicional ao prêmio da Parte B.	Sim Pode cobrar um prêmio adicional ao prêmio da Parte B.	Não Você não precisa pagar um prêmio mensal, mas continuará a pagar o prêmio mensal da Parte B.
Medicamentos O plano oferece a cobertura de medicamentos de prescrição do Medicare?	Frequentemente Se você aderir a uma HMO que não ofereça a cobertura de medicamentos, não poderá obter um plano de medicamentos separado do Medicare.	Frequentemente Se você aderir a um plano PPO que não ofereça a cobertura de medicamentos, não poderá obter um plano de medicamentos separado do Medicare.	Frequentemente Se você aderir a um plano PFFS que não ofereça a cobertura de medicamentos, poderá obter um plano de medicamentos separado do Medicare.	Sim Todos os SNP devem incluir cobertura de medicamentos de prescrição do Medicare.	Não Você precisará aderir a um plano de medicamentos do Medicare. Se você já tiver uma apólice Medigap com cobertura de medicamentos, pode continuar a usar essa cobertura.
Provedores Posso usar qualquer médico ou hospital que aceite Medicare para serviços cobertos?	Às vezes De modo geral, você precisa receber cuidados e serviços de médicos, provedores de cuidados de saúde ou hospitais que pertençam à rede do plano (exceto atendimento de emergência ou diálise fora de área). No HMOPOS você pode conseguir receber alguns serviços fora da rede mediante um copagamento ou cosseguro mais alto.	Sim Cada plano tem uma rede de médicos, hospitais e outros provedores que você pode usar. Você também pode se consultar fora da rede de provedores do plano, mas seus custos podem ser mais elevados.	Sim Você pode se consultar com qualquer médico, outro provedor de cuidados de saúde ou hospital aprovado pelo Medicare que aceite os termos de pagamento do plano e concorde em atender você. Se o plano tiver uma rede credenciada, você pode usar qualquer provedor da rede (se você for atendido por um provedor fora da rede que aceite os termos do plano, você pode ter que pagar mais).	Às vezes De modo geral, você terá que receber seus cuidados e serviços de médicos ou hospitais que pertençam à rede do SNP (exceto atendimento de emergência ou se precisar de diálise fora de área). Porém, se o seu SNP for uma PPO, você pode receber serviços cobertos pelo Medicare fora da rede credenciada.	Sim Os planos MSA geralmente não têm provedores em rede credenciada. Você pode utilizar qualquer provedor aprovado pelo Medicare para receber serviços cobertos pelos Medicare Original.
Guia de encaminhamento Preciso de uma guia de encaminhamento do meu médico para me consultar com um especialista?	Sim	Não	Talvez Os planos podem variar.	Talvez	Não

E se eu tiver uma apólice do Seguro Complementar do Medicare (Medigap)?

Se você tiver Medigap e aderir a um Plano Medicare Advantage, pode ser melhor cancelar o Medigap. Você não pode usar o Medigap para pagar os copagamentos, franquias e prêmios do seu Plano Medicare Advantage, porque os Planos Medicare Advantage oferecem outras proteções que o Medigap não oferece.

Se quiser cancelar sua apólice Medigap, entre em contato com a empresa de seguros. **Se você cancelar sua apólice Medigap, é possível que não consiga obter a mesma, ou em alguns casos nenhuma, apólice Medigap de volta.** Se você já tiver um Plano Medicare Advantage, é ilegal que alguém lhe venda a apólice Medigap, a menos que você esteja voltando para o Medicare Original. Se você não estiver planejando sair do Plano Medicare Advantage, e alguém tentar vender uma apólice Medigap para você, denuncie para o Departamento de Seguros do seu estado.

Se você aderir a Plano Medicare Advantage pela primeira vez e decidir que não gosta do plano, terá o direito especial, nos termos da legislação federal, de comprar uma apólice Medigap e um plano de medicamentos do Medicare se voltar para o Medicare Original até 12 meses depois de aderir ao Plano Medicare Advantage.

- Se você tinha o Medigap antes de aderir, é possível que possa obter a mesma apólice se a empresa ainda a vender. Se ela não estiver disponível, você pode comprar outra apólice.
- Se você aderiu a um Plano Medicare Advantage quando se tornou elegível para o Medicare pela primeira vez (e não gostou do plano), poderá escolher qualquer apólice Medigap dentro do primeiro ano de adesão.

Os planos Medigap vendidos para pessoas recém-elegíveis para o Medicare não poderão cobrir a franquia da Parte B. Por isso, os Planos C e F não estão disponíveis para pessoas que se tornaram elegíveis para o Medicare a partir de 1º de janeiro de 2020, inclusive. Se você já tem ou tinha cobertura dos Planos C ou F (ou do Plano F com franquia alta) antes de 1º de janeiro de 2020, poderá manter seu plano. Se era elegível para o Medicare antes de 1º de janeiro de 2020, mas ainda não estiver inscrito(a), é possível que possa comprar um desses planos que cobrem a franquia da Parte B.

Onde posso obter mais informações?

- **Localizador de planos do Medicare**

Compare planos de saúde e de medicamentos para encontrar uma cobertura que funcione para você. Você também pode inserir os seus medicamentos para obter custos mais precisos dos planos da sua região. Visite [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) para comprar e comparar planos que atendam suas necessidades.

- **1-800-MEDICARE**

A central de atendimento do Medicare pode ajudar você com relação a perguntas específicas sobre cobranças, pedidos de pagamento, prontuários e despesas, entre outros. Ligue para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuários de TTY podem ligar para 1-877-486-2048.

- **Programas Estaduais de Assistência de Seguro de Saúde (SHIPs)**

Os Programas Estaduais de Assistência de Seguro de Saúde (State Health Insurance Assistance Programs, SHIPs) são programas estaduais que recebem dinheiro do governo federal para oferecer aconselhamento sobre seguro de saúde para pessoas com Medicare de forma gratuita. Os SHIPs não estão ligados a nenhuma empresa de seguro nem plano de saúde. Os voluntários do SHIP podem ajudar com as seguintes perguntas ou problemas relacionados ao Medicare:

- Seus direitos no Medicare
- Problemas de cobrança
- Queixas sobre sua assistência médica ou tratamento
- Opções de planos
- Como o Medicare funciona com outro seguro
- Como encontrar ajuda para pagar por custos de saúde

Você pode encontrar o número do telefone do SHIP do seu estado acessando [shiptacenter.org](https://www.shiptacenter.org) ou ligando para 1-800-MEDICARE.

- **Planos Medicare Advantage**

Entre em contato com os planos do seu interesse para informações detalhadas sobre custos e cobertura.

Comunicações acessíveis do CMS

Oferecemos comunicações em formatos acessíveis para garantir que pessoas com deficiências não sejam discriminadas quanto à participação em nossos serviços, atividades, programas e outros benefícios. Os Centros de Serviços Medicare e Medicaid (CMS) oferecem auxílios e serviços complementares gratuitos, incluindo informações em formatos acessíveis como Braille, caracteres grandes, arquivos de dados/áudio, serviço de intermediação surdo-ouvinte (relay) e comunicações em TTY (telefone com teclado teletipo). Se você pedir informações em um formato acessível do CMS, não terá nenhuma desvantagem devido ao tempo adicional necessário para fornecer esse formato. Isso significa que você terá tempo extra para tomar uma ação se houver um atraso no preenchimento da sua solicitação.

Para solicitar informações sobre o Medicare ou o Marketplace em formato acessível, você pode:

1. Ligar para nós:

Para o Medicare: 1-800-MEDICARE
(1-800-633-4227) TTY: 1-877-486-2048

2. Enviar um e-mail: para altformatrequest@cms.hhs.gov.

3. Enviar um fax: 1-844-530-3676

4. Enviar uma carta:

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

Seu pedido deve incluir seu nome, telefone, o tipo de informação de que você precisa (se souber) e endereço para correspondência para onde as publicações ou documentos devem ser enviados. Podemos entrar em contato com você para obter informações adicionais.

Observação: Se você estiver inscrito(a) em um Plano Medicare Advantage ou plano de medicamentos do Medicare, entre em contato com o plano para solicitar essas informações em formato acessível. Para o Medicaid, entre em contato com o escritório do Medicaid estadual ou local.

Aviso de não discriminação

O Centros de Serviços Medicare e Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) não exclui, nega a concessão de benefícios nem discrimina de nenhuma outra forma com base na raça, cor, nacionalidade, deficiência, sexo ou idade de ninguém na admissão, participação ou recebimento de serviços e benefícios de qualquer um dos seus programas e atividades, seja implementados diretamente pelo CMS ou por meio de terceiros ou qualquer outra entidade que tenha acordo com o CMS para implementar seus programas e atividades.

Você pode entrar em contato com o CMS por algumas das maneiras incluídas neste aviso se tiver alguma preocupação sobre a obtenção de informações em um formato que possa utilizar.

Você também pode fazer uma denúncia se achar que sofreu discriminação em um programa ou atividade do CMS, o que inclui problemas em obter informações em formato acessível de qualquer Plano Medicare Advantage, Plano de Medicamentos de Prescrição do Medicare, escritório estadual ou local do Medicaid ou Planos de Saúde Qualificados para o Marketplace. Há três formas de fazer uma denúncia no Office for Civil Rights (Gabinete de Direitos Civis) do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA:

1. **On-line**, na página
hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html.
2. **Pelo telefone:** Ligue para 1-800-368-1019. Usuários de TTY podem ligar para 1-800-537-7697.
3. **Por escrito:** Envie as informações sobre a sua denúncia para: 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

Atividade oficial
Multa por uso particular, US\$ 300

CMS Product No. 12026–Portuguese
November 2020

Understanding Medicare Advantage Plans

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

