

メディケアについて アドバンテージプラン



公式政府小冊子でご案内：

- ・ メディケア・アドバンテージプランとオリジナル・メディケアとの違い
- ・ メディケア・アドバンテージプランの仕組み
- ・ メディケア・アドバンテージプランに加入する方法



「メディケア・アドバンテージプランについて」は法的文書ではありません。正式なメディケアプログラムの法的な説明は、関連する法律、規制、規定に含まれています。

この小冊子の情報は、この小冊子が印刷された時点でのメディケアプログラムについて説明しています。発行後に変更が生じる場合があります。最新情報は [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) をご覧いただくか、1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) までお電話にてお問い合わせください。TTYユーザー用番号：1-877-486-2048。

内容



はじめに 4
オリジナル・メディケアとメディケア・アドバンテージの違いは何ですか? 5
メディケア・アドバンテージプランとは何ですか? 9
メディケアアドバンテージプランはどのような仕組みですか? 9
費用はいくらですか?	10
費用はいくらですか? (継続)	12
メディケアアドバンテージプランの対象者は?	12
メディケアアドバンテージプランに加入するにはどうすればよいですか?	14
メディケアアドバンテージプランを並べて比較する.	24
メディケア・サプリメント保険 (メディギャップ) ポリシーを持っている場合はどうなりますか?	25
詳しい情報はどこで入手できますか?	26

はじめに



最初にメディケアに登録される場合、その年のある特定の時期にメディケアの補償の範囲を選択いただくことが可能です。

メディケアを取得いただくには次の2つの主要な方法があります。

- ・ **オリジナル・メディケア**には、メディケアパートA（病院保険）およびパートB（医療保険）が含まれます。医薬品の補償が必要な場合は、個別のメディケア医薬品プランにご加入いただけます（パートD）。
- ・ **メディケアアドバンテージ（「パートC」とも呼ばれます）**は、オリジナルメディケアに代わる「オールインワン」です。これらの「バンドル」プランには、パートA、パートB、および通常パートDが含まれます。また、ほとんどのプランでは、視覚、聴覚、歯科など、オリジナル・メディケアでは補償されない追加の補償が受けられます。

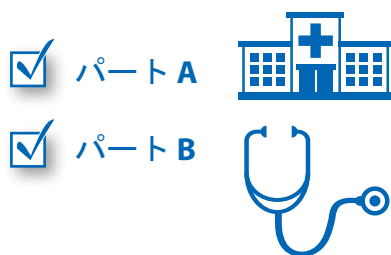
メディケアの健康プランの決定は、保険料の支払い額、提供されるサービス、利用できる医師、およびケアの質に影響します。

で、さまざまなプランを比較されることで、利用可能なすべてのオプションをご理解いただくのに役立ちます。

オリジナル・メディケアとメディケア・アドバンテージの違いは何ですか？

オリジナル・メディケア

- ・オリジナル・メディケアには、メディケアパートA（病院保険）およびパートB（医療保険）が含まれます。
- ・医薬品の補償が必要な場合は、個別のメディケア医薬品プランにご加入いただけます（パートD）。
- ・オリジナル・メディケアでの自己負担額（20%の共同保険など）の支払いの支援をお受けいただくために、補足の補償をご購入いただくことも可能です。
- ・米国内のどこでも、メディケアと提携している医師または病院をご使用いただけます。



以下も追加可能です。



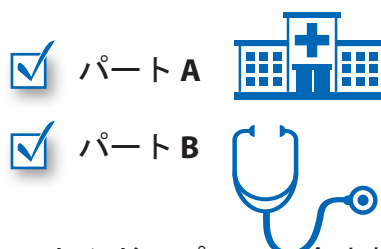
さらに以下も追加可能です。



これには、メディケア補足保険（Medigap）が含まれます。または、元雇用主や組合、メディケイドからの補償をご利用いただくことも可能です。

メディケア・アドバンテージ（パートCとも呼ばれます）

- ・メディケア・アドバンテージは、オリジナル・メディケアに代わる「オールインワン」です。これらの「バンドルされた」プランには、パートA、パートB、そして通常はパートDが含まれます。
- ・プランは、オリジナル・メディケアよりも自己負担額が低い場合があります。
- ・多くの場合、プランのネットワークに参加している医師を使用する必要があります。
- ・ほとんどのプランでは、視覚、聴覚、歯科など、オリジナル・メディケアでは補償されていない追加の補償をお受けいただけます。



ほとんどのプランに含まれるもの：



一部のプランはさらに以下も含みます：



オリジナル・メディケア vs メディケア・アドバンテージ

医師と病院の選択

Original Medicare	Medicare の利点
米国内のどこにいても、メディケアを受け入れている医師または病院で診察をお受けいただくことができます	多くの場合、プランのネットワークとサービスエリアにいる医師やその他のプロバイダーを最低の費用で使用する必要があります。一部のプランでは、プランのネットワークおよびサービスエリア外のプロバイダーからのサービスがカバーされません。
多くの場合、専門家の診察を受けるための紹介は必要ありません。	専門家の診察を受けるために紹介が必要な場合があります。

費用

Original Medicare	Medicare の利点
パートBの対象サービスの場合、通常免責額に達した後で メディケア承認額の20%を支払います 。これは、共同保険と呼ばれます。	自己負担額はさまざまです 。特定のサービスでは、プランの自己負担額が低くなる場合があります。
パートBの保険料（月払い）を支払います 。メディケア医薬品プランを購入することを選択した場合（パートD）、その保険料は別途支払われます。	毎月のパートBプレミアムに加えて、プランのプレミアムを支払うことができます。（ほとんどのプランには、医薬品補償が含まれています（パートD）。）プランには保険料が0ドルの場合や、パートB保険料の全部または一部の支払いに役立つ場合があります。
メディケアサプリメント保険（メディギャップ）のような補足的な補償がない限り、自己負担額に 年間制限 はありません。	プランには、パートAおよびパートBの対象サービスに対する自己負担額の 年間制限 があります。プランの制限に達すると、残りの月はパートAおよびパートBの対象サービスの年間料金は無料になります。
メディギャップをご利用いただき、残りの自己負担費用（20%の共同保険など）を支払いの支援を受けることができます。または、元雇用主や組合、メディケイドからの補償をご利用いただくこともできます。	メディギャップは購入することができず、必要ありません。

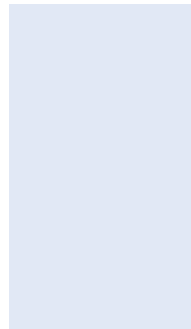
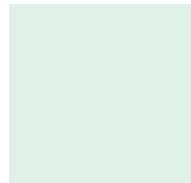
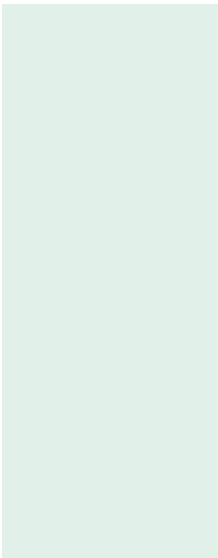
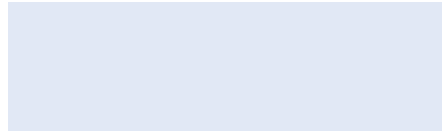
オリジナル・メディケア vs メディケア・アドバンテージ (継続)

保障

Original Medicare	Medicare の利点
<p>オリジナル・メディケアは、病院、医師のオフィス、およびその他の医療施設で、ほとんどの医学的に必要なサービスと備品をカバーしています。オリジナル・メディケアは眼科検査、ほとんどの歯科治療、定期検査などの一部の保険給付金の対象とはなりません。</p>	<p>プランは、オリジナル・メディケアがカバーする医学的に必要なすべてのサービスをカバーする必要があります。ほとんどのプランでは、眼科、耳鼻科、歯科などのオリジナル・メディケアカバーしていない追加の保険給付金が支払われます。プランは、これらの保険給付金の多くをカバーできるようになりました。</p>
<p>個別のメディケア医薬品プラン（パートD）にご加入いただき、医薬品の補償を受けることが可能です。</p>	<p>医薬品の対象範囲（パートD）はほとんどのプランに含まれています。ほとんどの種類のメディケア・アドバンテージプランでは、個別のメディケア医薬品プランにご加入いただく必要はありません。</p>
<p>ほとんどの場合、オリジナル・メディケアの補償を受けるために、事前にサービスやサプライを承認する必要はありません。</p>	<p>場合によっては、プランの補償対象となるサービスまたはサプライが事前に承認されている必要があります。</p>

旅行

Original Medicare	Medicare の利点
<p>通常、オリジナル・メディケアは米国外でのケアをカバーしていません。米国外でのケアをカバーするメディケア・サプリメント保険（メディギャップ）を購入できる場合があります。</p>	<p>プランは通常、米国外でのケアをカバーしていません。</p>



メディケアアドバンテージプラン 概要

メディケア・アドバンテージプランとは何ですか？

メディケア・アドバンテージプランは、メディケアAおよびBの補償を受けるもう1つの方法です。「パートC」と呼ばれることもあるメディケアアドバンテージ・プランは、メディケアが承認した民間企業によって提供され、この企業はメディケアが設定する規則に従う必要があります。ほとんどのメディケア・アドバンテージプランには、医薬品の補償が含まれています（パートD）。メディケア・アドバンテージプランにはさまざまな種類があります（15ページ参照）。これらの各種類のメディケア・アドバンテージプランには、メディケアの対象となるパートAおよびパートBのサービスとプランの補足の補償を受ける方法に関する特別な規則があります。

メディケア・アドバンテージプランに加入された場合でも、メディケアは引き続きご利用いただけますが、パートAおよびパートBの補償のほとんどは、メディケア・アドバンテージプランに含まれています。

メディケアの対象となるサービスをお受けいただくには、メディケア・アドバンテージプランのカードをご使用いただく必要があります。赤、白、青のメディケアカードは、オリジナル・メディケアにお戻しになられる場合に必要になるため、安全な場所に保管してください。

メディケアアドバンテージプランはどのような仕組みですか？

メディケア・アドバンテージプランに加入されると、メディケアからお客様のメディケア・アドバンテージプランを提供している会社に毎月一定額の補償が支払われます。メディケア・アドバンテージプランを提供している会社は、メディケアが設定する規則に従う必要があります。ただし、各メディケア・アドバンテージプランは、さまざまな自己負担額を請求し、サービスを受ける方法についてさまざまなルールを設定できます（専門家の診察を受けるために紹介が必要かどうか、医師、施設、または非緊急または非緊急ケアのためのプランのネットワークに所属するサプライヤーに行く必要があるかどうかなど）。これらの規則は毎年変更される可能性があります。プランでは、次の入学年度の開始前に変更について通知する必要があります。

メディケアアドバンテージプランに加入すると、オリジナルメディケアの場合と同じ権利と保護がすべて得られます。

メディケアアドバンテージプランはどのような仕組みですか？

メディケアアドバンテージプランは、パートAおよびパートBのほぼすべてのサービスを対象としています。ただし、メディケアアドバンテージプランを利用している場合、オリジナルメディケアは、ホスピスケアの費用、新しいメディケアの特典、臨床研究研究の費用の一部をカバーするものとします。あらゆる種類のメディケアアドバンテージプランでは、緊急時の治療が常に受けられます。

メディケア・アドバンテージプランはどのような仕組みですか？ (継続)

ほとんどのメディケア・アドバンテージプランは、一部の視力、聴覚、歯科、フィットネスプログラム（ジムのメンバーシップや割引など）など、オリジナル・メディケアが対象としていないものを補償しています。プランには、パートAおよびパートBの医療サービスに対する自己負担額の年間制限があります。自己負担額の年間制限に達すると、パートAおよびパートBが補償するサービスは無料になります。

メディケア医薬品の補償（パートD）

ほとんどのメディケア・アドバンテージプランには、メディケア医薬品の補償が含まれています（パートD）。メディケア医薬品の補償を含まない特定の種類のプラン（医療貯蓄口座プランや一部の私費制プランなど）では、個別のメディケア医薬品プランにご加入いただけます。

ただし、処方薬が補償の対象とはならない健康維持機構または優先プロバイダー組織のプランに加入される場合は、個別のメディケア医薬品プランに加入することはできません。詳細については、15～24ページを参照してください。

注意：処方薬の補償を提供していないプランに加入されており、メディケア処方薬プランに加入されていない場合、メディケア処方薬プランに加入されるプランに加入されることを後から決められた際、遅延登録ペナルティをお支払いいただく必要がある場合があります。パートDの遅延登録ペナルティの詳細については、[Medicare.gov / drug](https://www.medicare.gov/drug)にアクセスしてください。

費用はいくらですか？

毎年、プランは保険料、控除可能額、サービスに対して請求する金額を設定します。プラン（メディケアよりも）によって、対象となるサービスに対して支払う金額を決定します。プランの支払いは、年に1回1月1日にのみ変更できます。

パートBの保険料を支払う必要があります。2020年の標準的なパートBの保険料額は144.60ドル（収入によって異なる）です。社会保障給付を受給している一部の人は、より少ない賃金（平均130ドル）を支払います。

メディケアアドバンテージプランで自己負担額を計算する場合、保険料、免責額、自己負担金、および共済に加えて、次のことも考慮する必要があります。

- ・ 必要なヘルスケアサービスの種類とその頻度。
- ・ 割り当てを受け入れる医師またはサプライヤーに行くかどうか。割り当てとは、医師、プロバイダー、またはサプライヤーが、対象サービスの全額支払いとしてメディケア承認額を受け入れることに同意する（または法律で義務付けられる）ことを意味します。
- ・ プランが（オリジナル・メディケア補償に加えて）追加の補償を提供するかどうか、およびそれらを受け取るために追加料金を支払う必要があるかどうか。
- ・ メディケイドを保有しているか、メディケア費用を支払うためにメディケア貯蓄プログラムを通してお住まいの州から支援を得るかどうか。

費用はいくらですか？（継続）

控除、共同保険、および一部負担の違いは何ですか？

控除-オリジナル・メディケア、医薬品プラン、またはその他の保険の支払いを開始する前に、ヘルスケアまたは処方箋に対して支払う必要がある金額。

共同保険-控除額を支払った後、サービスの費用の一部として支払う必要がある金額。共同保険は通常、割合です（20%など）。

一部負担-医師の診察、病院への外来、処方薬など、医療サービスまたは医療費の一部として支払う必要がある金額。一部負担は通常、割合ではなく額になります。たとえば、医師の診察または処方薬に対して10ドルまたは20ドルを支払う可能性があります。

各プランの詳しい費用

メディケアアドバンテージプランに加入する場合、毎年プランから得られるこれらの通知を確認してください。

- ・ **変更の年次通知**：1月から有効になる保障、費用、サービスエリアなどの変更が含まれます。プランに関する書類を、9月30日までに送ります。
- ・ **補償範囲の証拠書類**：プランの対象、支払額などの詳細を提供します。10月15日までにプランから通知（または印刷されたコピー）が送信され、補償範囲の証拠書類に電子的にアクセスする方法または印刷されたコピーを要求する方法に関する情報が含まれます。

組織の決定

事前にプランから決定を取得して、サービス、医薬品、供給が補償されるかどうかを確認できます。また、いくら支払う必要があるかを調べることもできます。これは「**組織決定**」と呼ばれます。場合によっては、サービス、医薬品、または供給を補償するプランのの事前承認としてこれを行う必要があります。

お客様、または代理人や医師は組織の決定を要求できます。代理人とは、お客様ご自身が助けを得るために任命できる人のことをいいます。認定代理人には、自分のために行動してくれる家族、友人、主張者、弁護士、またはその他の人物を任命することができます。お客様の健康上のニーズに基づいて、お客様、お客様の代表者、ご利用の医師はお客様の組織の決定要求について迅速な決定を求めることができます。お客様のプランが適用範囲を否定する場合、プランは書面でお客様に告げなければならず、お客様は控訴する権利を有します。

費用はいくらですか？（継続）

プランプロバイダーがサービスまたはネットワーク外のプロバイダーを紹介しても、事前に組織の決定を得られない場合、これは「プランディレクテッドケア」と呼ばれます。ほとんどの場合、プランの通常の費用分担より多く支払う必要はありません。この保護の詳細については、プランを確認してください。

メディケアアドバンテージプランの対象者は？

以下の場合のみ、メディケア・アドバンテージプランにご加入いただくことができます。

- ・ パートAとパートB両方に加入している。
- ・ プランのサービスエリアに住んでいる。

既存の疾患がある場合はどうなりますか？

既存の疾患がある場合でも、メディケア・アドバンテージプランにご加入いただくことができます。

末期腎疾患（ESRD）のある場合はどうなりますか？

ESRDの患者様である場合は、2021年1月1日からの補償範囲として、オープン登録（2020年10月15日から12月7日）中にメディケア・アドバンテージプランにご登録いただけます。多くのメディケアアドバンテージプランでは、プランのネットワークに加入している、サービスエリアの

医療提供者を使用する必要があります。登録される前に、プロバイダーと検討しているプランをご確認になり、現在お考えになられているプロバイダー（透析施設や腎臓の医師など）、または将来お考えになられているプロバイダー（移植スペシャリストなど）を確認されることをお勧めします。すでにメディケアアドバンテージプランに加入されている場合は、プロバイダーにお問い合わせになり、2021年もプロバイダーがプランのネットワークに加盟していることを確認してください。プランの資料を読むかあなたのプランの詳細についてご連絡ください。

他の補償がある場合はどうなりますか？

メディケアアドバンテージプランにご加入になれる前に、雇用主、労働組合、またはその他の福利管理者に規則について相談してください。また、メディケア・アドバンテージプランに加入されることによって、ご自身、配偶者、扶養家族の雇用主または組合の補償が失われる場合があります。場合によっては、メディケアアドバンテージプランに加入されても、メディケア・アドバンテージプランとともに雇用主または組合の補償を引き続きご使用いただけます。また、お客様の雇用主または組合から、彼らが後援するメディケアアドバンテージ退職者健康保険が提供される場合もあります。

注意： 特定の状況（移動した場合など）では、他の機会にプランに加入、切り替え、またはキャンセルできる場合があります。

いつメディケアアドバンテージプランに加入、切り替え、またはキャンセルできますか？

下記登録期間にのみ、メディケアアドバンテージプランに加入、切り替え、またはキャンセルできます。

- ・ 初期登録期間-メディケアの資格を初めて取得される場合、初期登録期間中にご登録いただけます。多くの場合、この登録期間は65歳になる月の3ヶ月前に始まり、65歳になる月を含み、65歳になる月の3ヶ月後に終了する7ヶ月の期間です。65歳未満で障害がおありのお客様は、社会保障から障害手当または鉄道退職委員会から特定の障害手当を24か月間受けられた後、自動的にパートAとパートBを取得されます。
初期登録期間の初めの3か月間に登録されると、ほとんどの場合、補償は誕生日の月の初日に始まります。ただし、誕生日が月の初日の場合、補償は前月の初日に始まります。
65歳になった月または最初の登録期間の最後の3か月の間に登録されると、補償の開始日が遅れます。
- ・ 一般加入期間- この期間中（毎年1月1日から3月31日まで）にパートAの補償があり、パートBを初めて取得される場合、メディケア・アドバンテージプランに加入することもできます。保障7月1日まで開始されない場合があります。
- ・ オープン登録期間- 10月15日から12月7日まで-メディケアをお持ちの方はどなたでも、メディケア・アドバンテージプランに加入、切り替え、またはキャンセルすることができます。補償は1月1日から始まります（プランが12月7日までにリクエストを受け取った場合に限り）。

12月7日以降に補償を変更できますか？

毎年1月1日から3月31日まで、メディケア・アドバンテージ・オープン登録期間中に次の変更を行うことができます。

- ・ メディケア・アドバンテージプラン（医薬品の適用の有無にかかわらず）に加入されている場合、別のメディケア・アドバンテージプラン（薬の適用の有無にかかわらず）に切り替えることができます。
- ・ メディケアアドバンテージプランをキャンセルして、オリジナルメディケアに戻ることができます。メディケア医薬品プランにご加入いただくことも可能です。
- ・ この期間中、以下のことは行っていただけません。
 - ・ オリジナル・メディケアからメディケア・アドバンテージプランへの切り替え。
 - ・ オリジナル・メディケアを使用している場合、メディケア処方薬プランへの加入。
 - ・ オリジナル・メディケアを使用している場合、メディケア処方薬プランから別のプランへの切り替え。

いつメディケアアドバンテージプランに加入、切り替え、またはキャンセルできますか？（継続）

この期間中に変更できるのは1つだけです。変更は、プランがリクエストを受け取った翌月の最初に有効になります。オリジナルメディケアに戻って処方箋プランに加入する場合、登録を解除するためにメディケアアドバンテージプランに連絡する必要はありません。処方箋プランに加入すると、登録解除が自動的に行われます。

注意：最初の登録期間中にメディケアアドバンテージプランに登録した場合、メディケアに加入してから最初の3か月以内に別のメディケアアドバンテージプランに変更するか（医薬品の補償適用の有無にかかわらず）、オリジナルメディケアに戻すことができます（医薬品プランの有無にかかわらず）

メディケアアドバンテージプランに加入するにはどうすればよいですか？

すべてのメディケアアドバンテージプランが同じように機能するわけではありません。加入する前に、[Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) にアクセスして、お住まいの地域のメディケアの健康プランを見つけて比較できます。プランのルールと費用を理解したら、次のいずれかの方法で加入してください。

- ・ [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) にアクセスいただくことで、郵便番号による検索が可能です。ログインして個別の情報を確認できます。特定のプランについてご質問がおありの場合は、「プランの詳細」を選択してプランの連絡先情報を取得してください。
- ・ プランのウェブサイトへアクセスして、オンラインでご加入いただけるかどうかを確認してください。
- ・ 紙の登録フォームに記入してください。プランに連絡して登録フォームを入手し、記入し、送り返してください。すべてのプランでこのオプションが提供されます。
- ・ 加入をご希望のプランにお電話にてお問い合わせください。[Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) にアクセスして、プランの連絡先情報を入手してください。
- ・ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) までご連絡ください。TTYユーザー用番号：1-877-486-2048。

メディケアアドバンテージプランに加入する場合、メディケアカードから次の情報を提供する必要があります。

- ・ メディケア番号
- ・ パートAおよび/またはパートBの補償が開始された日付。

メディケアアドバンテージプランに登録すると、ほとんどの場合、メディケアアドバンテージプランのカードを使用して、メディケア対象サービスを利用する必要があります。一部のサービスでは、赤、白、青のメディケアカードの提示を求められる場合があります。

注意事項：2021年からは、ESRDを持つ人々は、これらの制限なしにメディケアアドバンテージプランに加入できるようになります。

メディケアアドバンテージ プランの種類

メディケア・アドバンテージプランには以下のさまざまな種類があります。

- ・ヘルス・メンテナンス・オーガナイゼーション（HMO）プラン：15～16ページをご覧ください。
- ・優先プロバイダー・オーガナイゼーション（PPO）プラン：17ページをご覧ください。
- ・民間出来高払（Private Fee-for-Service：PFFS）プラン：18～19ページをご覧ください。
- ・特別支援プラン（SNP）：20～21ページをご覧ください。
- ・メディカルセービングアカウント（MSA）プラン：22～23ページをご覧ください。

お住まいの地域によっては、これらの種類のすべてまたは一部のプランしかご利用いただけない、またはまったくご利用いただけない場合があります。さらに、民間企業がそれらを提供することを選択した場合、同じタイプ内のお客様の地域で利用可能な複数のプランがある可能性があります。利用可能なメディケアアドバンテージプランをご確認いただくには、[Medicare.gov/plan-compare](https://www.Medicare.gov/plan-compare) にアクセスしてください。

ヘルス・メンテナンス・オーガナイゼーション（HMO）プラン

ヘルス・メンテナンス・オーガナイゼーション（HMO）プランは、メディケア・アドバンテージプランの一種であり、通常、緊急または緊急のケア状況を除き、プランのネットワーク内の医師、専門家、または病院のヘルスケア補償が給付されます。ネットワークは、サービスを提供するプランと契約する医師、病院、および医療施設のグループです。また、ほとんどのHMOでは、お客様のケアが調整されるように、プライマリケアの医師から専門家のケアを紹介する必要があります。

医師、他の医療提供者、または病院から医療を受けることはできますか？

いいえ。通常、医師、他の医療提供者、またはプランのネットワーク内の病院からケアとサービスを受ける必要があります（プランのネットワークで提供されているか、プランのネットワークの外部で提供されているかに関係なく補償される救急医療、区域外の緊急医療、または区域外の一時的な透析を除く）。ただし、HMOポイント・オブ・サービス（HMOPOS）プランと呼ばれる一部のHMOプランでは、ネットワーク外の補償が提供されます。

メディケアアドバンテージプランの種類（続き）

ヘルスマンテナンスオーガナイゼーション（HMO）プラン（続き）
プランのネットワーク外で医療を受ける場合は、全額を支払う可能性もあります。必要に応じて特定のサービスの事前承認を得るなど、プランのルールに従うことが重要です。ほとんどの場合、プライマリケア医を選択する必要があります。毎年のマンモグラムのスクリーニングのような特定のサービスは、紹介を必要としません。医師または他の医療提供者がプランのネットワークを離れると、プランから通知されます。プランのネットワークで別の医師を選択できます。

HMOポイント・オブ・サービス（HMOPOS）プランは、より高い自己負担額または共同保険に対してネットワーク外のサービスを受けられることができるHMOプランです。必要に応じて特定のサービスの事前承認を得るなど、プランのルールに従うことが重要です。

これらのプランでは処方薬は補償されますか？

ほとんどの場合、補償されます。メディケア医薬品補償が必要な場合は、医薬品補償を含むPPOプランにご加入いただく必要があります。医薬品補償を含まないHMOに加入される場合、別個のメディケア医薬品プラン（パートD）を取得することはできません。

メディケア・アドバンテージプランの種類（続き）

優先プロバイダー・オーガナイゼーション（PPO）プラン

優先プロバイダー・オーガナイゼーション（PPO）プランは、医師、専門家、病院、およびその他の医療プロバイダーのネットワークを備えたメディケア・アドバンテージプランですが、補償サービスに、ネットワーク外のプロバイダーを使用することもできます。なおそれらは通常より高い費用となります。また、プランの（ネットワーク外）リストにない医師、専門家、または病院で医療を受けることもできますが、費用がかかります。決められたプロバイダーは「優先」（名前のとおり）されているため、それらの場所で医療を受けられる際は費用を節約することができます。

医師、他の医療提供者、または病院から医療を受けることはできますか？

はい。PPOプランは、医師、専門家、病院、およびその他の医療プロバイダーのネットワークを備えています。補償サービスに、ネットワーク外のプロバイダーを使用することもできます。なおそれらは通常より高い費用となります。救急および緊急医療は常に補償されます。

ネットワーク外のプロバイダーからサービスを受けることを選択された場合は、サービスが医学的に必要であり、プランがそれらを補償していることを確認するために、PPOプランからの補償の事前決定を求めることができます。

これらのプランでは処方薬は補償されますか？

ほとんどの場合、補償されます。メディケア医薬品補償をご希望の場合は、医薬品補償を含むPPOプランにご加入いただく必要があります。医薬品を補償していないPPOに加入された場合、別個のメディケア医薬品プランを取得することはできません。

メディケアアドバンテージプランの種類（続き）

プライベートサービス料金（PFFS）プラン

プライベートサービス料金（PFFS）プランは、民間の健康保険会社が提供する別の種類のメディケアアドバンテージプランです。PFFSプランは、オリジナルメディケアまたはメディケアサプリメント（メディギャップ）とは異なります。

医師、他の医療提供者、または病院から医療を受けることはできますか？

プランの支払い条件を受け入れ、お客様の治療に同意するメディケア承認の医師、他の医療提供者、または病院で医療を受けることができます。ネットワークを持つPFFSプランに加入すると、プランメンバーを常に扱うことに同意したネットワークプロバイダーを見ることができます。医療提供者がプランの条件に同意した場合、ネットワーク外の医師、病院、またはその他の医療提供者を選択することもできますが、自己負担額がより高くなる可能性があります。

サービスを受ける前に、支払い情報についてプランに連絡し、プランの支払い条件に同意できるかどうかを医師または病院に尋ねてください。救急医療が必要な場合は、プロバイダーがプランの支払い条件を受け入れるかどうかによってカバーされます。

プロバイダーがプランの支払い条件に同意する場合

プロバイダーは、プランの支払い条件を遵守し、提供するサービスのプランに請求する必要があります。ただし、医療提供者は、診察のたびにプランを受け入れ、治療に同意するかどうかを決定できます。

メディケアアドバンテージプランの種類（続き）

プライベートサービス料金（PFFS）プラン（続き）

プロバイダーがプランの支払い条件に同意しない場合

プロバイダーは、緊急時を除いてサービスを提供すべきではありません。PFFSプランを受け入れる別のプロバイダーを見つける必要があります。

ただし、プロバイダーがお客様を治療することを選択した場合、プロバイダーはプランで許可された費用分担に対してのみ請求できます。プロバイダーはお客様の補償範囲内のサービスのプランに対して課金する必要があります。サービスの時点で受けるサービスの種類に対してプランで許可されている自己負担金または共同保険のみを支払う必要があります。プランでプロバイダーが「請求のバランスをとる」ことを許可している場合（プロバイダーの請求額と許可額の差額を請求する場合）、追加の金額（最大15%増）を支払う必要があります。

これらのプランでは処方薬は補償されますか？

場合によって補償されます。メディケアの処方薬補償をご希望で、プランで提供されている場合は、そのプランからメディケア医薬品補償を取得する必要があります。

PFFSプランが医薬品補償を提供しない場合は、別のメディケアにご加入いただけます。

メディケアアドバンテージプランの種類（続き）

特別支援プラン（SNP）

特別支援プラン（SNP）は、特定の病気、特定の医療ニーズ、または限られた収入を持つ人々に利益とサービスを提供します。SNPは、提供するグループの特定のニーズに最適に合うように、給付金、プロバイダーの選択、および補償される医薬品（製剤処方）のリストを調整します。

SNPはHMOまたはPPOプランタイプのいずれかであり、すべてのメディケア・アドバンテージプランの補償範囲となるメディケアパートAおよびパートBの給付金が補償されます。ただし、SNPは、サービスを提供する特別なグループに合わせた追加サービスもカバーする場合があります。たとえば、がんや慢性心不全などの重度または慢性の状態にあり、入院が必要な場合、SNPは病院での追加日数をカバーする場合があります。

プランのサービスエリアに住んでおり、次の要件のいずれかを満たす場合、SNPの資格を得ることができます。

- 次のうち1つ以上の状態（慢性疾患SNP または C-SNPとも呼ばれる）のような慢性疾患がある場合：

- ・ 慢性アルコール依存症およびその他の依存症
- ・ 自己免疫障害
- ・ がん（前がん状態を除く）
- ・ 心血管障害
- ・ 慢性心不全
- ・ 認知症
- ・ 糖尿病
- ・ 末期肝疾患
- ・ 透析が必要な末期腎疾患（ESRD）（あらゆるモードの透析）
- ・ 重度の血液疾患
- ・ HIV /エイズ
- ・ 慢性肺障害
- ・ 慢性および身体障害者の精神的健康状態
- ・ 神経障害
- ・ 脳卒中

メディケアアドバンテージプランの種類（続き）

特別支援プラン（SNP）（続き）

- 施設に住んでいる（養護施設など）、または自宅で介護が必要（Institutional SNP または I-SNPとも呼ばれる）。
- メディケアとメディケイドの両方の資格がある（Dual Eligible SNP または D-SNP とも呼ばれる）。

各SNPは、これらのグループの1つ、またはこれらのグループの1つのサブセットのメンバーにメンバーシップを制限します。プランが提供する特別な条件を引き続き満たしている場合にのみ、SNPに登録したままにすることができます。

医師、他の医療提供者、または病院から医療を受けることはできますか？

通常、プランのネットワーク内の医師、他の医療提供者、または病院からケアとサービスを取得する必要があります（緊急医療、区域外の緊急医療、または区域外透析を除く）。ただし、特別支援プランがPPOの場合は、認可を受けているプロバイダーまたは病院からサービスを受けることができますが、通常、ネットワークプロバイダーからのサービスに支払うよりも高い費用がかかります。

ほとんどの場合、SNPではプライマリケアの医師が必要になる場合があります。または、プランで、ヘルスケアを支援するケアコーディネーターが必要になる場合があります。ケアコーディネーターは、人々が適切なケアと情報を確実に得られるようサポートする人です。たとえば、糖尿病患者のSNPは、ケアコーディネーターを使用して、メンバーが血糖値を監視し、食事を追跡できるようにします。

SNPには通常、メンバーに影響を与える疾患または状態の専門家がいます。一般的に、次の場合を除き、プランのネットワーク内の医師または病院からケアとサービスを受ける必要があります。

- ・ 急病やけがの治療など、すぐに医療が必要な緊急または救急治療が必要な場合
- ・ 末期腎疾患（ESRD）があり、領域外透析が必要な場合

これらのプランでは処方薬は補償されますか？

すべてのSNPは、メディケア医薬品補償を提供する必要があります。

メディケアアドバンテージプランの種類（続き）

医療貯蓄口座プラン

医療貯蓄口座（MSA）プランは、高額控除可能な保険プランと、医療費の支払いに使用できる医療貯蓄口座を組み合わせたものです。

1. **免責額の高い健康プラン**：MSAプランの最初の部分は、特別控除可能なメディケアアドバンテージプランです。プランは、年間の高額控除額を満たした場合にのみ費用のカバーを開始しますが、これはプランによって異なります。
2. **医療貯蓄口座（MSA）**：MSAプランの2番目の部分は、特別な種類の普通預金口座です。MSAプランでは、アカウントにお金が入金されます。

希望するMSAプランを決定したら、登録情報についてプランに連絡して加入する必要があります。登録されると、プランで選択した銀行にアカウントを設定する方法が通知されます。プランが登録を処理する前に、このアカウントを設定する必要があります。プランから連絡が始まる時期を知らせる手紙を受け取った後：

1. メディケアは、お客様のヘルスケアのために毎年プランに金額を提供します。
2. このプランは、お客様に代わってお金をアカウントに入金します。自分のお金を預けることはできません。
3. アカウントのお金を使用して、メディケアの対象外の医療費などの医療費を支払うことができます。メディケアの対象となるパートAおよびパートBサービスにアカウントマネーを使用する場合、プランの控除対象としてカウントされます。
4. 預金口座のすべてのお金を使用し、追加の医療費がある場合は、プランの控除対象額に達するまで、メディケアで補償されたサービスを自己負担でお支払いいただく必要があります。
5. 控除額が満たされる前にサービスに対して自己負担で支払いを行われている間、医師やその他の医療提供者は、メディケアが承認した金額を超えて請求することはできません。
6. 免責額に達した後、プランはメディケア対象サービスをカバーします。
7. 年末にアカウントに残されたお金はアカウントに残り、将来の医療費に使用される可能性があります。翌年、同じMSAプランにとどまる場合、残りの金額に新しいデポジットが追加されます。

メディケアアドバンテージプランの種類（続き）

MSAプランと税金

アカウントから資金を使用する場合は、IRSフォーム8853に、税金を申告するときにアカウントのお金をどのように使用したかに関する情報を含める必要があります。

毎年、口座からのすべての引き出しを含む1099-SAフォームを銀行から入手する必要があります。少なくともこの金額の認定医療費があることを証明する必要があります。または、税金と追加の罰金を支払う必要がある場合があります。

認定医療費としてカウントされるサービスと製品のリストおよびその他の税務情報については、irs.gov/forms-pubs/about-publication-969 をご覧ください。 > o税務フォーム8853の詳細情報を入手するために提出する年のIRS出版物#969の無料コピーを入手してください。

MSAプランの選択が財務状況に与える影響についてのカウンセリングとアドバイスについては、パーソナルファイナンシャルアドバイザー（お持ちの場合）にお問い合わせください。

医師、他の医療提供者、または病院から医療を受けることはできますか？

MSAプランには通常、医療提供者のネットワークがありません。ただし、メディケアパートAおよびパートBのサービスは、米国または米国領内のメディケア適格プロバイダーから受けることができます。

これらのプランでは処方薬は補償されますか？

いいえ。MSAに加入されており、医薬品補償が必要な場合、別個のメディケア医薬品プランを取得することはできません。

ただし、MSAプランに加入し、既にお薬適用範囲のあるメディギャップポリシーを持っている場合（2006年1月1日より前に販売された一部のポリシーにはお薬適用範囲がありました）、この適用範囲を使用して一部のお薬の支払いを続けることができます。

メディケアアドバンテージプランを並べて比較する

以下のチャートは、メディケアアドバンテージプランの各タイプに関する基本情報を示しています。

	HMO	PPO	PFFS	SNP	MSA
保険料 月々の保険料が必要ですか？	はい パートBプレミアムに加えてプレミアムを請求する場合があります	はい パートBプレミアムに加えてプレミアムを請求する場合があります	はい パートBプレミアムに加えてプレミアムを請求する場合があります	はい パートBプレミアムに加えてプレミアムを請求する場合があります	いいえ 毎月のプレミアムを支払う必要はありませんが、毎月のパートBのプレミアムは引き続き支払う必要があります。
お薬 このプランは、メディケアの処方薬補償を提供しますか？	通常 医薬品の補償を提供していないHMOに加入されている場合、別個のメディケア医薬品プランを取得することはできません。	通常 医薬品補償を提供していないPPOプランに加入されている場合、別個のメディケア医薬品プランを取得することはできません。	通常 医薬品補償を提供していないPFFSプランに加入されている場合、メディケア処方薬プランを取得できません。	はい すべてのSNPは、メディケア医薬品の補償範囲を提供する必要があります。	いいえ メディケア医薬品プランにご加入いただく必要があります。医薬品補償のあるメディギャップポリシーを既にお持ちの場合は、この補償を使用し続けることができます。
プロバイダー メディケアを受け入れている医師または病院で対象サービスを受けられますか？	場合による 一般的に、プランのネットワーク内の医師、他の医療提供者、または病院でケアとサービスを受ける必要があります（緊急医療または区域外透析を除く）。 HMOPOSでは、ネットワーク外の一部のサービスをより高い自己負担額または共同保険で受けることができます。	はい 各プランには、医師、病院、その他の医療提供者のネットワークがあります。プランのプロバイダーネットワーク外サービスを受けることができますが、自己負担額が高くなる可能性があります。	はい プランの支払い条件を受け入れ、お客様の治療に同意するメディケア承認の医師、他の医療提供者、または病院に行くことができます。プランにネットワークがある場合は、任意のネットワークプロバイダーを使用できます（プランの条件に同意するネットワーク外プロバイダーにアクセスする場合、追加料金を支払うことができます）。	場合による 一般的に、SNPのネットワーク内の医師または病院からケアとサービスを取得する必要があります（緊急治療、または区域外での透析が必要な場合を除く）。ただし、SNPがPPOの場合は、ネットワーク外でメディケアが補償するサービスを受けることができます。	はい MSAプランには通常、プロバイダーのネットワークがありません。オリジナル・メディケアが補償するサービスについては、メディケアが承認したプロバイダーから受けることをお勧めします。
紹介 専門医の診察を受けるために医師からの紹介が必要ですか？	はい	いいえ	おそらく プランは異なる場合があります。	おそらく	いいえ

メディケア・サプリメント保険（メディギャップ）ポリシーを持っている場合はどうなりますか？

メディギャップをお持ちで、メディケア・アドバンテージプランに加入されている場合、メディギャップを削除することをお勧めします。メディケア・アドバンテージプランでは、メディケア・アドバンテージプランが提供しない他の保護を受けることができるため、メディケア・アドバンテージプランの自己負担額、控除額、および保険料を支払うためにメディギャップを使用することはできません。

メディギャップポリシーをキャンセルされることをご希望の場合は、保険会社にご連絡ください。メディギャップポリシーをキャンセルすると、同じ、または場合によってはメディギャップポリシーを取り戻すことができない場合があります。メディケアアドバンテージプランを既にお持ちの場合、オリジナルメディケアに切り替えない限り、メディギャップポリシーを販売することは違法です。メディケア・アドバンテージプランをキャンセルされるご予定がなく、誰かがメディギャップポリシーを販売しようとした場合は、州の保険部門に報告してください。

初めてメディケア・アドバンテージプランに加入され、プランに満足されない場合は、連邦法に基づいて、メディケアアドバンテージプランに加入されてから12か月以内にオリジナル・メディケアに戻られることにより、メディギャップポリシーとメディケア・医薬品プランを購入する特別な権利があります。

- ・ 加入される前にメディギャップをお持ちの場合、会社がまだ販売していれば、同じポリシーを取り戻すことができる場合もあります。販売されていない場合は、別のポリシーを購入できます。
- ・ 初めてメディケアの資格を得た際にメディケア・アドバンテージプランに加入された場合（そしてプランに満足されていない場合）、加入されてから1年以内にどのメディギャップポリシーからでも選択できます。

新たにメディケアの対象となる人々に販売されたメディギャッププランは、パートBの控除額を補償することは許可されていません。このため、プランCおよびFは、2020年1月1日以降に新たにメディケアの対象となる人にはご利用いただけません。2020年1月1日より前にメディケアの資格をお持ちであったが、まだ登録されていない場合は、パートBの控除の対象となるこれらのプランのいずれかを購入できる可能性があります。2020年1月1日より前にプランCまたはF（またはプランFの高額控除対象バージョン）をすでにお持ちであるか、補償されていた場合は、プランを維持できます。

詳しい情報はどこで入手できますか？

・メディケアプラン・ファインダー

健康と医薬品プランを比較して、ご自身に合った補償を見つけてください。また、お住まいの地域のプランに対する正確な費用を得るために、医薬品をを入力することができます。Medicare.gov/plan-compareにアクセスして、プランを比較してご自分のニーズに合ったプランをご購入ください。

・1-800-MEDICARE

メディケアコールセンターは、請求、請求、医療記録、費用などに関する具体的な質問をお手伝いします。1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)までご連絡ください。TTYユーザー用番号：1-877-486-2048。

・SHIP（州の健康保険支援プログラム）

SHIPは、お客様に無料でメディケアを持つ人々に地元の健康保険カウンセリングを与えるために連邦政府からお金を得る州のプログラムです。SHIPは保険会社や健康保険とは関係ありません。SHIPのボランティアは、これらのメディケアの質問や懸念についてお客様を助けることができます：

- お客様のメディケア権利
- 請求の問題
- 医療または治療に関する苦情
- 選択肢のプラン
- メディケアと他の保険との連携
- 医療費の支払いに関するヘルプを見つける

お住まいの州のSHIPの電話番号については、shiptacenter.orgにアクセスいただくか、d 1-800-MEDICAREまでお電話にてお問い合わせください。

・メディケアアドバンテージプラン

費用と補償範囲の詳細については、興味のあるプランにお問い合わせください。

CMSのアクセス可能な通信

障がい者の方々が当社のサービス、活動、プログラム、およびその他の特典を活用する機会が平等に与えられるように、当社はアクセス可能な形式で情報を発信しています。メディケア&メディギャップサービスセンター（CMS）は、点字、大活字、データ/音声ファイル、中継サービス、TTY通信などのアクセス可能な形式の情報を含む、無料の補助エイドサービスを提供します。アクセス可能な形式の情報をCMSにリクエストする場合、それを提供するために必要な追加の時間によって不利になることはありません。つまり、リクエストの処理に遅れが生じた場合は、アクションを実行するための余分な時間が確保されます。

下記の方法で、メディケアまたはマーケットプレイスの情報を請求してください。

1. 電話：

メディケア宛： 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227）

TTY： 1-877-486-2048

2. メールアドレス：altformatrequest@cms.hhs.gov.

3. FAX： 1-844-530-3676

4. 宛先：

メディケア&メディケイドサービスセンター

Offices of Hearings and Inquiries (OHI)

7500 Security Boulevard, Mail Stop S1-13-25

Baltimore, MD 21244-1850

Attn: カスタマーアクセシビリティリソーススタッフ

リクエストには、名前、電話番号、必要な情報の種類（わかっている場合）、および資料の送付先住所が必要です。詳細について、こちらからご連絡させていただく場合もございます。

注意：メディケア・アドバンテージプランまたはメディケア医薬品プランに登録されている場合は、プランにご連絡の上、アクセス可能な形式で情報をリクエストしてください。メディケイドについては、州または地元のメディケイド事務所にお問い合わせください。

差別禁止通知

センターフォーメディケア&メディケイドサービス（CMS）は、人種、肌の色、出身国、障害、性別、入場、加入、または年齢に基づいて、いかなる人物に対しても、その利益を排除、拒否、または差別、CMSによって直接実行、あるいは請負業者またはCMSがプログラムおよび活動を実行するために手配するその他のエンティティを通じて実行されるかにかかわらず、そのプログラムおよび活動のいずれかの下でのサービスおよび利益の受け取りを致しません。

使用できる形式で情報を取得することに懸念がある場合は、この通知に記載されているどの方法でもCMSに連絡できます。

CMSプログラムまたは活動で差別を受けたと思われる場合は、メディケアアドバンテージプラン、メディケア医薬品プランからアクセス可能な形式で情報を取得する際に問題が発生するなど、苦情を申し立てることもできます。州または地方のメディケイドオフィス、またはMarketplace認定健康プラン。米国公民権局の保健社会福祉省に苦情を申し立てるには、3つの方法があります。

1. **オンライン** at
hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html.
2. **電話**: Call 1-800-368-1019. TTY users can call 1-800-537-7697.
3. **郵便**: Send information about your complaint to:
Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
200 インディペンデンスア
Rベニュー、SW
HHHビル509階
ワシントンD.C. 20201



U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

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

公用
私用で使用した場合、300ドルの罰金

CMS Product No. 12026–Japanese
November 2020

Understanding Medicare Advantage Plans

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

