

¿Qué es Amerigroup Medicare?

- Amerigroup es una compañía de seguros de salud que administra planes de **Medicare Advantage** (Parte C) y algunos planes suplementarios (“Medigap”) bajo la marca **Wellpoint** en ciertos estados.
- En 2023-2024, Amerigroup comenzó a renombrarse como Wellpoint en algunos estados, pero “no habrá impacto en la cobertura, el acceso a proveedores o el nivel de apoyo” para los miembros existentes.
- Los planes que ofrece incluyen principalmente **Medicare Advantage (Parte C)**, y en algunos estados también **Medigap / suplementos de Medicare**.

Tipos de planes que ofrece Amerigroup Medicare

Aquí los distintos tipos de cobertura bajo Amerigroup / Wellpoint:

Tipo de plan	Descripción general	Características clave
Medicare Advantage (Parte C)	Planes que reemplazan la cobertura original (Partes A y B) y ofrecen servicios adicionales.	Debes estar inscrito en Medicare Part A y B para calificar. Incluyen beneficios adicionales como medicamentos recetados (Parte D), visión, dental, audición, etc.
Planes HMO / PPO / SNP	Subtipos de Medicare Advantage que determinan la forma en que puedes usar proveedores.	- HMO (Health Maintenance Organization) : Debes usar proveedores dentro de la red. - PPO (Preferred Provider Organization) : algo de flexibilidad fuera de la red. - SNP (Special Needs Plan) : para personas con enfermedades crónicas específicas o que califican para Medicaid (“dual eligible”).
Medigap / Suplementos de Medicare	Planes que “llenan los huecos” de los costos que quedan con Original Medicare (copagos, deducibles, etc.).	Amerigroup / Wellpoint ofrece estos planes en algunos estados (por ejemplo, Arizona y Texas). Pero a partir de enero de 2025, ya no venderán nuevos planes Medigap en algunos lugares.

Beneficios que pueden incluir los planes de Amerigroup

Dependiendo del plan específico y del estado, los miembros de Amerigroup / Wellpoint Medicare pueden recibir beneficios adicionales que normalmente **Original Medicare no cubre**, tales como:

- Cobertura de medicamentos recetados (Parte D) integrada dentro del plan.
- Servicios de **visión, dental y audición** (dependiendo del plan).
- Beneficios para medicamentos de venta libre (OTC = over-the-counter) mediante una asignación para productos de bienestar.
- Transporte no emergente para citas médicas en algunos casos.
- Programas de bienestar / fitness (por ejemplo, SilverSneakers u otros programas de ejercicios).
- Cobertura de urgencias médicas y emergencias incluso fuera del área de cobertura normal.

Costos y estructura de pagos

- Los planes pueden tener **prima mensual (premium)** para la parte C del plan (además de que seguirás pagando la prima de Medicare Parte B). Por ejemplo, algunos planes Amerigroup tienen prima \$0 para la parte C en ciertos mercados.
- Los copagos, coseguros y deducibles varían según el plan específico. Un dato de ejemplo: el plan **Amerivantage Choice (PPO)** tiene un tope máximo de desembolso (MOOP) de \$6,700 para salir de bolsillo en 2023.
- En planes Dual-Eligible (SNP) para quienes califican para Medicare y Medicaid, algunos planes pueden tener **prima \$0** o costos reducidos.
- En cuanto a los medicamentos, pueden existir deducibles, copagos y exclusiones; además, una vez alcanzada cierta cantidad de gasto (el “hueco de cobertura” o “donut hole”), los costos pueden aumentar para el asegurado. (También algunos planes pueden ofrecer cobertura adicional en el hueco).

Limitaciones, consideraciones y restricciones

- La **disponibilidad del plan** depende del **estado, condado y código postal** del miembro. No todos los planes de Amerigroup están disponibles en todas las zonas geográficas.
- Para los planes HMO, tienes que usar proveedores dentro de la red; si visitas un médico fuera de la red, puede que esos costos no estén cubiertos (excepto emergencias).

- Los planes Medigap tienen reglas específicas: en algunos estados Amerigroup ya no venderá nuevos planes a partir de enero de 2025. Quienes ya tienen el plan pueden conservarlo.
- No todos los servicios extras (como dental, visión, audición) están cubiertos en todos los planes, o pueden tener límites o requisitos específicos.
- El costo de prima y copagos puede cambiar cada año.
- Aunque los planes tratan de ofrecer “beneficios adicionales”, puede que algunos proveedores no acepten esos planes o que la red de médicos sea limitada en ciertas áreas.