



Lo que debe tener en cuenta al comparar la cobertura de las recetas médicas

Hay dos maneras de obtener la cobertura de Medicare de las recetas médicas. Puede inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados si tiene el Medicare Original; o puede inscribirse en un plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) que ofrezca la cobertura de las recetas médicas. Cualquiera sea la opción que escoja, debe tener en cuenta que la cobertura puede variar en el costo, los medicamentos que cubre, la conveniencia y la calidad. Algunos aspectos pueden ser para usted más importantes que otros, según su situación y los medicamentos que necesite.

Independientemente del tipo de plan de medicamentos que escoja, cada otoño el plan le enviará información sobre cualquier cambio. Usted debe entonces evaluar sus necesidades de medicamentos y comparar los distintos planes y hacer cambios a su cobertura durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare (del 15 de octubre al 7 de diciembre).

Costos

Cuando usted obtiene la cobertura de medicamentos de Medicare, debe pagar una parte del costo y Medicare paga la otra. Sus costos variarán según el plan de Medicare que elija y si recibe la Ayuda Adicional (vea la página 3). Usted debe fijarse en lo que paga por su plan actual para ver si el precio se ajusta a su situación económica.

Prima mensual

La mayoría de los planes cobran una prima mensual que varía en cada plan. Usted tiene que pagar esta prima además del monto de la prima de la Parte B (seguro médico). Si usted está inscrito en un plan Medicare Advantage o en un plan Medicare de Costo que incluya la cobertura de las recetas médicas, la prima mensual que paga por su plan puede incluir una suma correspondiente a la cobertura de sus medicamentos.

Nota: El costo de su cobertura de medicamentos podría ser más caro según cuáles sean sus ingresos. Para más información, visite www.medicare.gov/publications y revise la hoja de datos titulada “¿Cómo están cambiando las primas que pagan por la cobertura de Medicare para recetas médicas?”.

Considere la posibilidad de deducción automática de prima

Cuando se inscriba en un plan de medicamentos, piense en deducir automáticamente las primas de su cheque del Seguro Social. La deducción automática de su prima tiene muchos beneficios:

- No tendrá la preocupación de recordar cuando tiene que pagar sus primas.
- Las primas se pagarán a tiempo.
- Usted estará ayudando al medio ambiente al no recibir una factura de papel de su plan.



Costos (continuación)

Deducible anual

Es la cantidad que usted tiene que pagar antes de que su plan comience a pagar la parte correspondiente de sus medicamentos cubiertos. Algunos planes no cobran un deducible.

Copago/coseguro

Es la cantidad que usted debe pagar por cada receta después de haber pagado el deducible (si lo hubiera). Algunos planes tienen distintas categorías o “niveles” de coseguro o copagos, con distintos precios para los distintos medicamentos. El coseguro es un porcentaje que usted paga (por ejemplo el 25%) del precio del medicamento. Si hace un copago significa que paga una cantidad fija (por ejemplo \$10) por cada medicamento de una determinada categoría o nivel. Por ejemplo, tal vez tenga un copago menor por un medicamento genérico que por uno de marca, o pague un coseguro más bajo por algunos medicamentos de marca que por otros.

Interrupción en la cobertura

La mayoría de los planes Medicare tienen una interrupción en la cobertura (conocida en inglés como “donut hole”). Lo que significa que hay un período de tiempo durante el cual su plan no cubrirá los medicamentos. La interrupción comienza una vez que usted y el plan hayan pagado una cierta cantidad de dinero en los medicamentos cubiertos. Cuando comience la interrupción en su cobertura en el 2013, usted pagará el 47.5% por los medicamentos de marca cubiertos y el 79% del costo del plan para los genéricos hasta que llegue al final de la interrupción. No todos los beneficiarios llegarán a la interrupción en la cobertura.

Las cantidades siguientes se **tienen en cuenta** para salir de la interrupción en la cobertura:

- Su deducible anual, el coseguro y los copagos
- El descuento que le otorgan para los medicamentos de marca durante la interrupción en la cobertura
- Lo que usted paga durante la interrupción

Las cantidades siguientes **no** se tienen en cuenta para salir de la interrupción en la cobertura:

- La prima del plan
- Lo que usted gasta en los medicamentos que no están cubiertos
- Lo que es pagado por otros seguros

Hay algunos planes que ofrecen cobertura durante la interrupción, por ejemplo cubren los medicamentos genéricos. Sin embargo, estos planes pueden cobrarle una prima más cara. Pregúntele al plan si sus medicamentos estarán cubiertos durante la interrupción.

Además del descuento que le otorgan durante la interrupción en la cobertura, para los medicamentos de marca, se le otorgarán más descuentos cada año hasta que se elimine la interrupción en la cobertura en el año 2020.



Costos (continuación)

“Cobertura catastrófica”

Una vez que haya salido de la interrupción en su cobertura, recibirá automáticamente lo que se conoce como “cobertura catastrófica”. Esta cobertura le garantiza que por el resto del año, solo tendrá que pagar un copago o coseguro pequeño por los medicamentos cubiertos.

Multa por inscripción tardía

Si usted no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare cuando es elegible por primera vez y no tiene otra cobertura válida de medicamentos recetados, o si no recibe ayuda adicional, usted probablemente tendrá que pagar una penalidad o multa por inscripción tardía. La cobertura válida de medicamentos recetados es la cobertura (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de Medicare para medicamentos recetados. Si usted está sujeto a la penalidad, tendrá que pagar esta multa mensualmente durante el tiempo que tenga la cobertura de Medicare para medicamentos recetados. Para más información sobre la multa por inscripción tardía, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

¡Hay Ayuda Adicional disponible!

Si usted es una persona de ingresos y recursos limitados, podría recibir Ayuda Adicional para pagar por su cobertura de medicamentos. Las personas que la reciban podrán obtener sus medicinas pagando poco o nada de su bolsillo. Usted puede solicitar la Ayuda Adicional en cualquier momento. Solicitarla no le cuesta nada y no tiene obligaciones si lo hace, por lo tanto si cree que es elegible, pídale.

Visite www.socialsecurity.gov/i1020 para solicitar la Ayuda Adicional por Internet. O llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 para solicitarla por teléfono o pedir una solicitud impresa. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Cobertura

Evalúe sus necesidades de medicamentos y busque un plan que responda a ellas. Los planes cubren distintos medicamentos y algunos tienen normas especiales que usted tiene que cumplir antes de que el plan cubra el medicamento.

Formulario

El formulario es la lista de medicamentos que cubre el plan. Incluye también el precio que usted paga por cada medicamento. Si el plan usa una clasificación por “niveles”, el formulario lista los medicamentos de cada nivel. Los formularios incluyen los medicamentos genéricos y de marca. Por lo general, cada formulario debe incluir la mayoría de los medicamentos que necesitan los beneficiarios de Medicare. Sin embargo, cada plan tiene su propio formulario, lo que significa que usted debe averiguar si el plan cubre el medicamento que usted necesita.



Cobertura (continuación)

Normas de cobertura

Los planes Medicare de medicamentos recetados pueden requerir una “autorización previa”. Lo que significa que antes de que el plan cubra el medicamento, su médico debe comunicarse con el plan para obtener la aprobación. Tal vez deba proporcionarle al plan más información sobre el motivo por el cual usted necesita dicho medicamento por motivos médicos. A veces el plan puede requerir una “terapia en etapas/pasos” para ciertos medicamentos. Lo que significa que primero debe tomar un medicamento similar de menor costo, antes de que el plan cubra el medicamento que le han recetado. Los planes también pueden poner un límite para la cantidad del medicamento.

Conveniencia

Fíjese si la farmacia que le conviene está en la red del plan Medicare de medicamentos recetados que ha escogido. Algunos planes cobran copagos o un coseguro menor si compra en una farmacia de la red del plan. Además, algunos planes podrían ofrecer un programa de pedido por correo, que le permitirá que le manden sus medicamentos a su casa directamente. Usted tiene que escoger la manera más cómoda y más económica para obtener sus medicinas.

Importante: Aun si usted no cambia de plan, debe asegurarse de que su farmacia siga el año próximo en la red del plan. Porque los planes pueden cambiar las farmacias de su red cada año.

Calidad

Además del costo, cobertura y conveniencia, usted debe fijarse en las calificaciones de calidad que ha recibido el plan, antes de escoger un plan. Medicare usa la información proveniente de la encuesta de satisfacción de los beneficiarios, así como de los propios planes y de los proveedores, para otorgarles a los planes un puntaje por la calidad de sus servicios, que va de una a cinco estrellas. Un plan con una calificación de 5 estrellas se considera un plan excelente. Estas calificaciones aparecen en el Buscador de planes de Medicare en www.medicare.gov/find-a-plan.

Período Especial de Inscripción en un plan de 5 estrellas

Usted puede cambiarse a **un plan Medicare de 5 estrellas comenzando el 8 de diciembre de 2012 hasta el 30 de noviembre de 2013.**

- Usted solamente puede cambiarse a un plan de 5 estrellas si hubiera uno disponible en su zona.
- Usted solo puede usar este período especial para cambiarse a un plan de 5 estrellas una vez al año.

Si desea más información sobre las calificaciones de los planes, visite www.medicare.gov/find-a-plan, o visite www.medicare.gov/publications y revise la hoja de datos titulada "Escoja más calidad para obtener mejores servicios médicos".



Algunas situaciones comunes que debe considerar:

Si usted...	Tal vez le convenga...
...desea protección adicional para los altos costos de medicamentos.	...fijarse en los planes que ofrecen cobertura durante recetados la interrupción y averiguar si durante la interrupción cubrirá sus medicamentos. (Estos planes podrían cobrarle una prima más cara.)
...toma actualmente medicamentos recetados.	...revisar los planes que han incluido sus medicamentos en sus formularios y compare los costos.
...desea que sus gastos de medicamentos estén balanceados durante todo el año.	...buscar un plan que cobre un deducible bajo o no cobre un deducible..
...usa muchos medicamentos genéricos.	...buscar planes con categorías o niveles que le cobren un coseguro o copagos muy bajos o que no le cobren un coseguro o copago por los medicamentos genéricos.
...ahora mismo no gasta mucho en medicamentos pero quiere tener la cobertura para estar tranquilo y para evitar multas futuras.	...buscar planes que cobren una prima mensual que no sea muy cara. Si en el futuro, usted necesita medicinas, todos los planes tienen que seguir cubriendo la mayoría de los medicamentos que necesitan los beneficiarios de Medicare.
...le gustan los beneficios adicionales y los costos bajos que puede obtener si recibe los servicios de salud y de medicamentos de un plan, y está dispuesto a aceptar las restricciones del plan sobre los médicos, hospitales y proveedores que puede usar.	... buscar un plan Medicare Advantage que ofrezca la cobertura de las recetas médicas.



¿Qué debo hacer antes de tomar una decisión?

Cada año, usted puede inscribirse o cambiar de plan Medicare de medicamentos recetados. Los cambios pueden hacerse entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su cobertura comenzará el 1 de enero. Cuando esté tomando una decisión, revise la cobertura de salud y de medicamentos de su plan actual, porque los beneficios y precios pueden cambiar cada año. Fíjese en otros planes que se ofrezcan en su zona para ver si hay alguno que le convenga más. Si desea quedarse con su plan actual, y aún está disponible el año próximo, no tiene que hacer nada.

¿Dónde puedo obtener ayuda?

Para comparar los planes de medicamentos, tenga en cuenta el costo, cobertura, conveniencia y calidad. Luego utilice uno o más de los recursos siguientes para localizar al plan que responda mejor a sus necesidades.

- Consulte el manual “**Medicare y Usted**” que le envían por correo cada otoño. Allí encontrará información sobre la cobertura de los planes Medicare de medicamentos recetados y cuáles son los planes que se ofrecen en su zona.
- Visite www.medicare.gov/find-a-plan para ver cuáles son los planes disponibles en su zona. Para obtener información personalizada, usted necesitará:
 - Su tarjeta de Medicare donde se indica su número de Medicare y la fecha de vigencia de las Partes A o B.
 - Su fecha de nacimiento
 - Su apellido
 - Su código postal

Para obtener información sobre los planes o averiguar cuáles están disponibles, simplemente responda unas pocas preguntas. También puede poner la información sobre los medicamentos que toma, para obtener los costos detallados.

Nota: Esta herramienta le brinda información útil que le ayudará a evaluar los planes disponibles para los medicamentos que usted necesita. Los costos que aparecen son estimados y pueden variar de acuerdo con las cantidades específicas, la dosis, si adquiere el medicamento en la farmacia o los pide por correo y la farmacia que usa.

- Llame al **1-800-MEDICARE** (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Llame al **Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico** para obtener asesoría gratuita personalizada. Usted puede obtener el número de teléfono para el programa de su estado en la cara anterior de la última página del manual “Medicare y Usted”, llamando al 1-800-MEDICARE o visitando www.medicare.gov/contacts.

Importante: Si tiene cobertura de empleador o sindicato, llame a su administrador de beneficios antes de hacer cambios en su cobertura.

