Revisado en septiembre de 2015

Aspectos que debe considerar al comparar la cobertura de medicamentos de Medicare

Existen 2 formas de obtener cobertura de medicamentos recetados. Puede afiliarse a un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare y mantener su cobertura de salud con Medicare Original. Algunos Planes Medicare Advantage (como HMO o PPO) ofrecen cobertura de medicamentos de Medicare. Si se inscribe en un plan Medicare Advantage que incluye la cobertura de medicamentos recetados, usted obtiene sus beneficios de Medicare a través de una compañía de seguros privada. Según lo que elija, la cobertura de medicamentos recetados variará dependiendo del costo, cobertura, conveniencia y calidad. Algunos de estos aspectos podrían ser más importantes que otros para usted en función de su situación y necesidades de medicamentos recetados.

Independientemente del tipo de plan de medicamentos de Medicare al que se afilie, recibirá información sobre cambios de planes cada otoño. Debería evaluar sus necesidades de medicamentos recetados y comparar planes de medicamentos de Medicare durante el período de Inscripción Abierta de Medicare. Puede hacer cambios en su cobertura del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Costo

Al obtener la cobertura para medicamentos recetados de Medicare, usted paga parte de los costos y Medicare otra parte de los mismos. Los costos que le corresponden variarán dependiendo del plan de medicamentos que elija y de si tiene o Ayuda Adicional (vea página 3). Debería revisar el costo actual de sus medicamentos recetados para seleccionar el plan de medicamentos de Medicare que mejor se ajuste a su situación económica.

Prima mensual

Por la mayoría de los planes de medicamentos se debe pagar una prima mensual que varía dependiendo del plan. Esta cantidad es adicional a su prima de la Parte B de Medicare. Si tiene un Plan Medicare Advantage o un Plan de Costos de Medicare que incluye cobertura para medicamentos recetados de Medicare, la prima mensual que paga por su plan puede incluir una cantidad para la cobertura de medicamentos recetados.

Nota: el costo de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare podría ser más elevado dependiendo de sus ingresos. Visite Medicare.gov para obtener mayor información sobre la prima mensual de los planes de medicamentos.

Costo (continuación)

Considere la deducción automática de la prima

Al afiliarse a un plan de medicamentos, considere la posibilidad de que se deduzcan las primas automáticamente de su pago del Seguro Social. La deducción automática de la prima tiene muchos beneficios:

- Elimina la preocupación de tener que recordar las fechas de pago de las primas.
- Las primas se pagarán a tiempo.
- Estará colaborando con el medioambiente al evitar que se genere un recibo en papel para su plan.

Deducible anual

Es la cantidad que debe pagar antes de que su plan de medicamentos comience a aportar su cuota de las medicinas recetadas. Algunos planes de medicamentos no tienen deducible.

Copago/Coseguro

Es la cantidad que debe pagar por cada una de sus recetas médicas después de haber pagado el deducible (en caso de que su plan lo tuviera). Algunos planes de medicamentos de Medicare tienen distintos niveles de coseguro o copago con distintos costos para diferentes tipos de medicamentos. El coseguro significa que usted debe pagar un porcentaje, por ejemplo, el 25%, del costo del medicamento. Con el copago, usted paga una cantidad fija (por ejemplo, 10 dólares) por todos los medicamentos de un nivel. Por ejemplo, podría tener que hacer un copago menor para medicamentos genéricos en comparación con medicamentos originales o tener un coseguro menor para algunos medicamentos originales y no para otros.

Período sin cobertura

La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen un período sin cobertura (conocido en inglés como “donut hole” o “hueco de la rosquilla”). Esto significa que existe un límite temporal con relación a lo que cubrirá su plan de medicamentos. El período sin cobertura comienza cuando usted y su plan de medicamentos han alcanzado cierta suma para medicamentos cubiertos. En 2016, al entrar en el período sin cobertura, deberá pagar 45% del costo para medicamentos originales cubiertos del plan y 58% del costo para medicamentos genéricos cubiertos del plan hasta que finalice el período sin cobertura. No todos entrarán en el período sin cobertura.

Todas estas cantidades **cuentan** para salir del período sin cobertura:

- Su deducible anual, coseguro y copagos
- El descuento que obtiene en medicamentos originales en el período sin cobertura
- Lo que paga en el período sin cobertura

Costo (continuación)

Período sin cobertura (continuación)

Las siguientes cantidades **no cuentan** para salir del período sin cobertura:

- La prima de su plan de medicamentos
- Lo que paga por medicamentos que no están cubiertos
- Lo que paga otro seguro

Algunos planes ofrecen cobertura adicional durante el período sin cobertura, por ejemplo, para medicamentos genéricos, pero podrían cobrar una prima mensual más elevada. Verifique primero con el plan si sus medicamentos estarían cubiertos durante este período.

Además del descuento en medicamentos originales recetados y cubiertos, aumentará la cobertura de medicamentos durante el período sin cobertura año tras año hasta que finalice en 2020.

Cobertura catastrófica

Una vez que salga del período sin cobertura, tendrá automáticamente "cobertura catastrófica". Esto significa que sólo pagará una pequeña cantidad de coseguro o copago por medicamentos cubiertos durante el resto del año.

Penalidad por inscripción tardía

Si no se afilia a un plan de medicamentos de Medicare la primera vez que tiene opción de hacerlo, y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos recetados u obtiene ayuda adicional, probablemente tendrá que pagar una penalidad por inscripción tardía. Una cobertura acreditable para medicamentos recetados es una cobertura (por ejemplo, de un patrono o sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar para medicamentos recetados de Medicare. Si debe pagar la penalidad, podría tener que hacerlo todos los meses mientras tuviese la cobertura de medicamentos de Medicare. Para información adicional sobre la penalidad por inscripción tardía, visite Medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberían llamar al 1-877-486-2048.

Costo (continuación)

Período sin cobertura (continuación)

¡Existe ayuda adicional disponible!

Si tiene ingresos y recursos limitados, podría obtener ayuda adicional para pagar el costo de la cobertura de medicamentos recetados. Quienes tienen derecho a esta ayuda pueden obtener sus medicamentos pagando muy poco o nada de su bolsillo. Puede solicitar Ayuda Adicional en cualquier momento. Solicitar la ayuda no supone ningún costo, así que debería solicitarla aunque no esté seguro de si cumple con los requisitos para recibirla. Para solicitar ayuda adicional en línea visite socialsecurity.gov/i1020. También puede comunicarse con el Seguro Social por el 1-800-772-1213 para solicitarla por teléfono o pedir un formulario de solicitud impreso. Los usuarios de TTY deberían llamar al 1-800-325-0778.

Cobertura

Evalúe sus necesidades de medicamentos recetados y busque un plan que cubra estas necesidades. Los planes pueden variar en lo que respecta a los medicamentos que cubren y algunos podrían tener reglas especiales que debería cumplir antes de que un medicamento esté cubierto.

Lista de medicamentos cubiertos (formulario)

Se refiere a la lista de medicamentos que cubre el plan de medicamentos de Medicare. En la lista se especifica cuánto debe pagar por cada medicamento. Si el plan tiene niveles, también se indica qué medicamentos están en cada nivel. En general, las listas de los planes de medicamentos de Medicare incluyen la mayoría de los tipos de medicamentos que la gente con Medicare utiliza. Sin embargo, cada plan de medicamentos tiene su propia lista de medicamentos cubiertos, así que debería revisarla para asegurarse de que sus medicamentos están cubiertos.

Normas de cobertura

Los planes de medicamentos de Medicare pueden requerir “autorización previa”, lo que significa que para que un plan cubra ciertos medicamentos, su doctor debe comunicarse antes con el plan para la aprobación. Es posible que el doctor tenga que proporcionar información adicional sobre por qué es necesario el medicamento desde el punto de vista médico para usted antes de procesar la receta. Los planes también pueden requerir “terapia en etapas” para ciertos medicamentos, es decir, deberá probar uno o varios medicamentos similares de menor costo antes de que el plan cubra el medicamento recetado. Los planes también pueden establecer “límites de cantidad”, es decir, límites con respecto a la medicación que puede recibir.

Conveniencia

Revise todos los planes de medicamentos de Medicare que esté considerando para asegurarse de que su farmacia actual está en la red del plan o que hay farmacias que le resultan convenientes. Algunos planes de medicamentos de Medicare cobran copagos o coseguros más bajos en unas farmacias de su red que en otras. Por otra parte, algunos planes ofrecen programas de envío de pedidos por correo. Así, los medicamentos se le enviarán directamente a su casa. Debería evaluar la forma más rentable y conveniente para obtener sus medicamentos.

Importante: aunque no vaya a cambiar de plan, verifique que su farmacia esté en la red de su plan para el próximo año, pues los planes pueden cambiar sus redes de farmacias cada año.

Calidad

Además del costo, cobertura y conveniencia de los planes, debería revisar los índices de calidad antes de decidir cuál es el que mejor se ajusta a sus necesidades. Medicare utiliza información de encuestas de satisfacción, planes y prestadores de servicios de salud para calificar el desempeño general de los planes mediante un sistema de estrellas. La calificación de los planes va de una a cinco estrellas. Una calificación de 5 estrellas se considera excelente. Estas calificaciones se encuentran en el Buscador de Planes de Medicare en Medicare.gov/find-a-plan.

Período de inscripción especial 5 estrellas

Puede cambiarse a un Plan Medicare Advantage o a un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare que tenga 5 estrellas como calificación general una vez entre el 8 de diciembre y el 30 de noviembre. Las calificaciones generales de los planes están disponibles en Medicare.gov/find-a-plan. Medicare actualiza las calificaciones cada otoño para el siguiente año. Las calificaciones pueden cambiar todos los años.

- Sólo puede cambiarse a un Plan de medicamentos recetados de Medicare con 5 estrellas si hay uno disponible en su área.
- Sólo puede utilizar este período de inscripción especial una vez en el intervalo especificado anteriormente. Visite Medicare.gov/find-a-plan para buscar y comparar planes.

Calidad (continuación)

Algunas situaciones comunes que debería tener en cuenta:

Si usted…	Quizás debería…
… actualmente toma medicamentos recetados específicos	… evaluar planes que incluyesen esos medicamentos en la lista de medicamentos cubiertos y luego comparar costos.
… quisiera tener protección adicional para medicamentos recetados de alto costo	… evaluar planes que ofrecieran cobertura durante el período sin cobertura y luego verificar si sus medicamentos estarían cubiertos durante ese período. Los planes podrían cobrar una prima mensual más elevada.
… quisiera que sus gastos de medicamentos estuviesen equilibrados durante todo el año	… evaluar planes sin deducibles o con deducibles bajos o con cobertura adicional en el período sin cobertura.
… necesitara muchas recetas de medicamentos genéricos	… evaluar planes con niveles que cobren copagos bajos o nada por las recetas de medicamentos genéricos.
… no tiene grandes gastos por medicamentos ahora, pero quiere estar cubierto por su tranquilidad y evitar penalidades a futuro	… evaluar planes con primas mensuales bajas para cobertura de medicamentos. Si los necesita en el futuro, todos los planes deberán seguir cubriendo la mayoría de los medicamentos utilizados por personas que tienen Medicare.
… quiere los beneficios adicionales y bajos costos disponibles al obtener su cobertura de salud y de medicamentos recetados de un plan y está dispuesto a aceptar las restricciones del plan en cuanto a los médicos, hospitales y otros prestadores de servicios de salud a los que puede acudir	… evaluar planes del tipo Plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados.

¿Qué debería hacer antes de tomar una decisión?

Todos los años puede afiliarse a un Plan de medicamentos de Medicare o cambiarse de plan durante el período de Inscripción Abierta de Medicare. Puede hacer cambios entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Si cambia de plan en ese período, la cobertura del nuevo plan se hará efectiva el 1 de enero. Como se trata de una decisión sobre su cobertura de salud y de medicamentos recetados, no olvide revisar sus planes vigentes de salud y medicamentos. Los beneficios y costos de los planes de salud y medicamentos pueden cambiar todos los años. Revise otros planes en su área para ver si alguno se ajusta mejor a sus necesidades. Si quiere mantener el plan que tiene –y se ofrece el año que viene– no tiene que hacer nada. Se mantendrá su inscripción.

¿Dónde puedo obtener ayuda?

Para comparar planes de medicamentos de Medicare y evaluar qué necesita en términos de costo, cobertura, conveniencia y calidad, visite Medicare.gov/find-a-plan para ver qué planes están disponibles en su área.

Para obtener información personalizada necesitará:

- Su tarjeta de Medicare con su número y fecha de inicio de Medicare [Parte A de Medicare (seguro hospitalario) o Parte B de Medicare (seguro médico)])
- Fecha de nacimiento
- Apellido
- Código postal

Para obtener información general sobre un plan de medicamentos de Medicare o buscar los planes disponibles en su área, sólo debe responder unas cuantas preguntas simples. También puede introducir información sobre sus medicamentos recetados actuales para obtener información detallada del costo.

Nota: Esta herramienta proporciona información útil para ayudarlo a evaluar planes de medicamentos de Medicare con base en sus necesidades actuales de medicamentos recetados. Los costos de los medicamentos que se muestran son estimados y pueden variar dependiendo de la cantidad específica, presentación y/o dosis, de si los compra en la farmacia o se los envían por correo y de la farmacia que utiliza.

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberían llamar al 1-877-486-2048.
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP) para asesoría personalizada gratuita. Visite Medicare.gov/contacts o llame al
- 1-800-MEDICARE para solicitar el número telefónico de su estado.

Importante: Si tiene cobertura por un patrono o sindicato, comuníquese con su administrador de beneficios antes de hacer cambios en su cobertura.

CMS Product No. 11163-S