



CALIFORNIA HEALTH ADVOCATES

## Medicare Parte D: Información General

El Acto del 2003 para el Mejoramiento y Modernización del plan de Medicinas de Medicare (también conocido como MMA) creó acceso voluntario a cobertura de medicinas por medio de Medicare. Este acto también es conocido como “Medicare Parte D.”

Esta cobertura de medicinas recetadas está disponible a cualquier persona que tenga Medicare, sin importar el ingreso, estado de salud, o como obtenía sus medicinas recetadas antes del programa. Compañías privadas ofrecen la cobertura. Usted escoge la compañía y paga una prima mensual. Si tiene ingresos limitados, puede calificar para “ayuda extra” para cubrir sus medicinas a costo bajo y en algunos casos a ningún costo. Vea el folleto de información titulado “Extra Help for Part D Cost” localizado en la página [cahealthadvocates.org](http://cahealthadvocates.org).

El costo de su prima mensual no puede ser incrementado por su estado de salud ni el número de medicinas que toma. En el 2009 en el estado de California, las primas varían entre \$18.30 y \$129.30 al mes por un plan de medicinas recetadas básico. Aparte de la prima mensual, es posible que también hay que pagar un deducible, y una porción del costo de sus medicinas.

Medicare ha proporcionado un modelo estándar para el beneficio que fue diseñado para todos los planes. (Vea la tabla abajo). Las compañías tienen que ofrecer un plan que sea o igual o mejor que el modelo estándar de Medicare. Sin embargo, todos los planes son diferentes. Algunas compañías ofrecen más cobertura y más medicinas por una prima más alta. En California, hay 51 planes de medicinas recetadas con cobertura para las medicinas solamente (PDP) que están disponibles en todo el estado durante el año 2009.

### Cobertura Estándar de la Parte D en el 2009

| Cobertura  | Plan de la Parte D Paga  | Beneficiario Paga      |
|--|--------------------------|------------------------|
| <b>Deducible Anual (\$295)</b>   | \$0                      | \$295                  |
| <b>Cobertura bajo la etapa Inicial (\$2,405)</b>   | 75% de \$2,405 (\$1,804) | 25% de \$2,405 (\$601) |
| <b>Ninguna Cobertura (Hueco) (\$3,454)</b><br>Una vez que sus costos de medicinas suman a \$2,700 (\$295 + \$2,405), Ud. estará en el ‘hueco.’<br><i>Deberá pagar \$3,216 en costos de medicinas recetadas antes de que la siguiente etapa comience.</i> | \$0                      | 100% (\$3,454)         |
| <b>Cobertura Catastrófica</b><br>Comienza cuando haya pagado la cantidad asignada de su bolsillo, lo cual es el <i>total anual en costos de medicinas de \$4,350 en el 2008.</i> (\$295 deducible + \$601 cobertura inicial + \$3,454 hueco)*            | 95% del resto del costo  | Hasta 5% del costo     |

\*Solamente las medicinas que están en el formulario de su plan cuentan hacia el total asignado de \$4,350 para poder llegar a la etapa de la cobertura catastrófica.

Dependiendo de donde vive, también tiene la opción de escoger un plan de salud o plan Medicare Advantage (MA-PD’s), con cobertura de

medicinas. La disponibilidad de los planes de salud o MA-PD varían por condado. Ciertos condados tienen muchas opciones y otros tienen

pocas. Si se inscribe en un plan de salud o MA-PD, debe recibir todos sus servicios médicos por medio del plan. Vea el folleto de información, "Medicare Advantage Plans: An Overview" en la página [cahealthadvocates.org](http://cahealthadvocates.org).

Los planes de medicinas recetadas de Medicare ofrecen cobertura de medicinas de marca y genéricas. Los planes tienen un formulario, una lista de medicinas que son cubiertas por el plan. La lista siempre tiene que ofrecer los requisitos mínimos de Medicare, pero el plan no tiene que incluir todas las medicinas recetadas.

En algunos casos, con la aprobación de Medicare, los planes pueden cambiar su formulario durante el año. Dos casos en que esto puede suceder son: si la versión genérica de una medicina de marca que está cubierta por el plan se hace disponible; o si nueva información proporcionada por el FDA, o una investigación clínica demuestra que la medicina no es segura. Sin embargo, por lo general, los planes no pueden discontinuar o reducir la cobertura de una medicina que está tomando. Si se hace un cambio en el formulario y le afectará, el plan debe informarle sobre el cambio por lo menos 60 días antes de que tome efecto.

Si su doctor piensa que Ud. necesita tomar una medicina recetada que no está en el formulario o siente que un cambio en el formulario le afectaría negativamente, Ud. o su doctor pueden aplicar para una "excepción" con el plan. Si el plan le niega la excepción, Ud. puede apelar la decisión. Para información sobre el proceso de apelación de la Parte D, vea el folleto de información "When My Part D Prescription is Denied" en la página [cahealthadvocates.org](http://cahealthadvocates.org).

Los planes de medicina deben contratarse con las farmacias en el área, pero no todas las farmacias se contratarán con todos los planes. Consulte con el plan para asegurarse que las farmacias con las que se contrata el plan le sean convenientes. Muchos de los planes también le permitirán que reciba sus medicinas por medio del correo, usualmente a un precio más bajo.

Si no se ha inscrito en un plan, y no tiene cobertura creditable para sus medicinas, (esto significa cobertura que es por lo menos igual a la cobertura del plan estándar de Medicare) su siguiente oportunidad para inscribirse en un plan de medicinas (PDP) será durante el período de

inscripciones anuales. Este período comienza el 15 de noviembre de cada año y termina el 31 de diciembre. La cobertura comienza el 1º de enero del año siguiente.

Nota: dependiendo en su situación, podría tener otras oportunidades limitadas para inscribirse en un plan de medicinas Parte D. Llame a su oficina local del Programa de Asistencia y Consejería de Asuntos de Seguros de la Salud (HICAP) para más información.

Si no se ha inscrito en un plan de medicinas y no tiene cobertura creditable para sus medicinas, usted incurrirá a una multa del uno por ciento de la prima promedio (cerca de \$30.36 en el 2009) por cada mes que era elegible y no se inscribió. Esta multa se le agregará a la prima mensual de su plan. (El promedio de la prima cambia cada año.)

Para personas que son nuevas a Medicare, el período inicial para inscribirse en la Parte D dura 7 meses; usted tendrá los tres meses antes de ser elegible, el mes en que se hace elegible, y los tres meses después de que es elegible para inscribirse a un plan.

Para encontrar y comparar planes, su mejor recurso local es HICAP, quienes ofrecen información imparcial y gratis. Puede llamar al número gratuito estatal 1-800-434-0222 para localizar la oficina más cercana a Ud. También puede ir a la página de Internet de Medicare [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) o llamar al 1-800-Medicare y hablar con un representante. Es importante tener su lista de medicinas, su número de Medicare y el nombre de su farmacia preferida disponible cuando llame o vaya a la página de Internet.