

# Escogiendo un plan de medicinas recetadas de Medicare

## Datos básicos que necesita saber y preguntas que debería hacer

Esta guía le ayudará a saber más sobre el nuevo plan de medicinas recetadas de Medicare. La información en esta guía ha sido preparada por Consumers Union, editores sin fines de lucro de la *Guía Médica (Medical Guide)* y de *Medicinas al Mejor Precio (Best Buy Drugs)* de *Consumer Reports*.



### DATOS BÁSICOS SOBRE EL NUEVO PLAN DE MEDICINAS RECETADAS DE MEDICARE

#### ¿Qué es?

Cobertura de seguro de una porción de sus gastos de medicinas recetadas. La cobertura está siendo parcialmente subvencionada por el gobierno federal. Esto permite a las compañías aseguradoras privadas de todo el país venderle cobertura de seguro a costo reducido para sus gastos de medicinas recetadas. Éstas son llamadas Planes de Medicinas Recetadas.

#### ¿Quién califica?

Todos los beneficiarios de Medicare. Las personas que también están inscritas en Medicaid (el programa del gobierno para gente de bajos recursos) estarán automáticamente calificadas e inscritas en un plan de seguro para medicinas.

#### ¿Qué cubre exactamente?

El gobierno ha diseñado un plan estándar, pero aseguradoras privadas pueden ofrecer planes con coberturas más generosas. Ellas pueden cobrar primas más caras por dichas coberturas.

En 2006, por una prima mensual que variará según el plan, la cobertura estándar incluye un deducible de \$250; esa es la cantidad que se paga por adelantado antes de que *cualquier* cobertura comience. Entonces usted pagará 25 por ciento, o \$500, de los próximos \$2000 en gastos de medicinas. Después hay un hueco en la cobertura (el llamado “hueco del donut”) para gastos entre \$2,251 y \$5,100. En este hueco usted paga *por todas las medicinas recetadas usted mismo*. Entonces, cuando llegue a \$5,100 en gastos totales en un año y haya pagado \$3,600 de su propio bolsillo por medicinas recetadas, las aseguradoras pagarán cerca del 95 por ciento de todos los gastos restantes. Varios planes privados ya han anunciado que “llenarán” parte del espacio del hueco del donut.

#### ¿Cuánto costarán las primas?

Las primas por los planes estándar se considera que oscilarán entre \$2 y unos \$40 al mes. Las coberturas más generosas pueden costar de \$50 a \$80 ó más al mes.

#### ¿Cuándo comienza?

Usted puede inscribirse a partir del 15 de noviembre si usa actualmente Medicare o si cumplirá 65 años en enero o febrero de 2006. La cobertura empezará realmente el 1ro de enero de 2006. Tiene hasta mayo 15 de 2006 para inscribirse antes que se le imponga una multa por inscripción retrasada. La multa es una prima 1 por ciento más cara por cada mes que se retrase. La multa no aplica a personas que permanezcan en planes de salud existentes *aprobados* (por ejemplo, por medio de un plan de salud para jubilados) que ofrezcan cobertura de medicinas. Puede quedarse en esos planes y cambiarse rápidamente a uno de los nuevos planes después (sin multa) si lo desea o si las circunstancias lo ameritan. Tenga en cuenta que si tiene que pagar una multa, continuará pagando el precio más caro mientras esté inscrito en el Plan de Medicinas Recetadas.

#### ¿Cómo y dónde me inscribo si decido hacerlo?

Debe llenar un formulario de inscripción. Estos están disponibles a través de las aseguradoras y de los planes mismos de salud o de su oficina local del Seguro Social. También puede ir a [www.ssa.gov](http://www.ssa.gov) o a [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) para averiguar más sobre la inscripción. Su patrón también puede ayudar. También puede llamar a la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213. O puede llamar a Medicare al 1-877-486-2048 ó 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para hacer preguntas y para que le envíen el formulario de inscripción. Tenga en cuenta que si ya está inscrito en otra cobertura para cuidado de ancianos, no está automáticamente inscrito en el Plan de Medicinas Recetadas. Usted debe inscribirse en el Plan de Medicinas Recetadas aunque sea con su compañía aseguradora actual.

#### ¿A qué se refiere el término “Parte D”?

En Medicare, la Parte A se refiere a cobertura de hospital, la Parte B se refiere a cobertura por servicios del doctor y la Parte C se refiere a la cobertura e inscripción en HMOs de Medicare. La Parte D es la nueva cobertura de medicinas recetadas, y específicamente son los planes de seguro para medicinas solamente o los llamados planes “autónomos”.

## ¿DEBERÍA INSCRIBIRME? ¿QUÉ FACTORES DEBO CONSIDERAR?

Eso va a depender de sus circunstancias individuales. Nuestro consejo es un enfático “sí” si usted tiene bajos ingresos y pocos bienes o ahorros.

Específicamente, si sus ingresos en 2006 estarán por debajo de unos \$14,600 para una persona y unos \$19,600 para una pareja, (y tiene bienes de menos de \$1000 para una persona y \$20,000 para una pareja, sin contar su casa y carro y algunas otras excepciones), el gobierno está ofreciendo ayuda extra para disminuir o eliminar sus primas, copagos y deducibles. De hecho, usted podría pagar de su bolsillo una cantidad muy pequeña por la cobertura y por sus medicinas. Esto hace que el nuevo beneficio sea muy atractivo y le recomendamos que se inscriba lo más pronto posible. Puede averiguar sobre la elegibilidad de esta ayuda extra llamando al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778) o puede ir a la página <http://www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp/index.htm>.

### **Para todos los demás, la decisión de inscribirse o no dependerá principalmente de estos factores:**

- Sus ingresos, bienes y su situación financiera
- Su estado de salud
- Sus gastos y necesidades actuales de medicinas
- Si tiene cobertura de medicinas ahora de otra fuente (tal como plan de salud de jubilado o beneficios VA)
- Su tolerancia a riesgos (o sea, su nivel de comodidad de que podrá comprar medicinas si tarda o se priva de comprar este seguro)
- Una evaluación de si la cobertura cubre sus necesidades y si está dispuesto a pagar por ella considerando sus otros gastos de seguros y del diario vivir

### **Si no tiene cobertura para medicinas ahora**

Si no tiene cobertura de medicinas ahora pero no califica para asistencia por bajos recursos, debe empezar calculando sus gastos de medicina actuales. Si exc eden de unos \$630 por año, puede salir ganando si se inscribe porque sus gastos ya son mayores que las primas anuales (promedio de \$384) más el deducible anual (\$250). Y eso es bajo la cobertura “estándar”. Algunas aseguradoras estarán ofreciendo primas más baratas y quizás hasta deducibles más bajos.

Por ejemplo, si no tiene cobertura de medicinas ahora y sus gastos anticipados por medicinas son de \$1,200 en 2006, ahorraría alrededor de \$328 bajo el plan estándar (si su prima es de \$32 al mes).

Si no tiene cobertura para medicinas y sus gastos actuales de medicinas son menos de unos \$600 por año, su decisión puede ser basada principalmente en su habilidad o voluntad para pagar la prima y su sentido de riesgo sobre sus posibles necesidades y gastos de medicinas en el futuro. Usted puede estar dispuesto a correr el riesgo. De hecho, las estadísticas muestran que millones de beneficiarios de Medicare tienen gastos más bajos que este nivel y por años. Eso es especialmente cierto para personas entre 65 y 70 años. Pero considere lo siguiente antes de hacer su decisión:

- Si llega a necesitar una o más medicinas recetadas, el gasto puede aumentar muy rápidamente excediendo fácilmente los \$600 por año. Algunas medicinas de uso corriente cuestan \$100, \$150 ó \$200 al mes. Y para muchas enfermedades comunes (cardiopatía, diabetes, presión arterial alta), tomar varias medicinas se ha convertido en la norma.
- Su prima será al menos 1 por ciento más alta por cada mes que tarde en inscribirse después que califique. Así que, si retrasa su inscripción por tres años, su prima será al menos 36 por ciento mayor. Entonces, en vez de una prima de, digamos, \$32 al mes, será de \$43.50 (\$138 extra al año). Por otro lado, puede decidir que puede esperar ya que no le tocará pagar las primas en absoluto por los primeros tres años. Al contrario, si usted viviera por 20 años después que finalmente comprara la cobertura, su gasto de prima adicional aumentaría. (La prima puede aumentar con el tiempo, así que realmente no podemos hacer un cálculo.)

### **Si tiene cobertura para medicinas ahora**

Si tiene actualmente seguro para medicinas recetadas por medio de otra fuente, un empleador actual o anterior, los militares o el VA, querrá determinar cuál cobertura es mejor: la que tiene ahora o esta nueva. Su actual aseguradora está obligada a mandarle una carta diciéndole si su cobertura se considera con más o menos valor que la nueva cobertura estándar de Medicare. Si la carta dice que su cobertura actual tiene *más* valor que lo que Medicare ofrece (llamada cobertura atribuible), puede querer quedarse con la que tiene. Puede cambiarse después sin ningún recargo. Si la carta dice que su cobertura tiene menos valor, debe rotundamente considerar cambiarse a uno de los planes nuevos teniendo en cuenta otros factores.

Su decisión también puede ser basada en una evaluación y comparación de los planes más generosos que ofrecerán las aseguradoras, no sólo el plan estándar. Varios de estos pueden de hecho tener una cobertura más completa que la que tiene ahora. Decidir si cambiar o no dependerá en parte en cuál sería la diferencia en las primas.

Asegúrese de verificar con su patrocinador actual del plan (patrón, sindicato, etc.) para estar seguro de que *no perderá* otros beneficios de salud si se une a un nuevo plan de medicinas de Medicare.

## Si tiene Medigap ahora

Finalmente, si ahora tiene una póliza Medigap que cubre medicinas, querrá considerar sus opciones. A las aseguradoras ya no se les permitirá vender pólizas Medigap que incluyan cobertura de medicinas. Pero se le permitirá conservar una póliza Medigap existente con cobertura de medicinas. Su aseguradora de Medigap está obligada a evaluar su cobertura actual de medicinas y compararla a la nueva cobertura de Medicare. Si recibe una carta que dice que tiene *menos* valor que lo que se ofrece bajo el nuevo beneficio, debe quitar la porción de medicinas de su póliza de

Medigap. La mayoría de los expertos piensan que la inmensa mayoría (si no es que todos) los asegurados de Medigap con cobertura de medicinas estarán mucho mejor con la nueva cobertura, ya que es subvencionada por el gobierno y las pólizas de Medigap no lo son. Puede conservar los otros beneficios en su póliza de Medigap y su prima debe ser reducida. Puede tomar esta oportunidad para asegurarse que tiene la mejor póliza de Medigap según el precio y sus necesidades.

## ¿DEBO INSCRIBIRME EN UN PLAN DE MEDICINAS AUTÓNOMO O EN UN HMO O PPO DE MEDICARE?

Si ya está en un HMO de Medicare que estará ofreciendo un beneficio de medicina, debe usar el beneficio de ese plan o salir del HMO. Usted aprenderá sobre los ofrecimientos de su HMO en las próximas semanas.

Si actualmente no está en un HMO de Medicare, tiene una opción. Puede quedarse con el Medicare tradicional e inscribirse en un plan de medicina autónomo o puede escoger entre una variedad de HMOs y PPOs (Organizaciones Proveedoras Preferidas), ahora también llamadas planes "Medicare Advantage". Casi todas las ciudades y áreas densamente pobladas tendrán estos planes. Las áreas rurales quizás no. Todas ellas incluirán cobertura de medicinas y la integrarán con su cobertura de otros servicios médicos, tales como cuidado en un hospital y visitas de un doctor. Por ejemplo, pagará una prima.

Su elección depende totalmente de su nivel de confort a unirse a este tipo de plan, si hay uno disponible en su área. Considere los pros y contras. Como bien es sabido ahora, estos planes limitan su selección de hospitales y doctores, y tendrá que pagar extra (a veces mucho más) para ver a un doctor que no está en la red del plan. En contraste, bajo Medicare tradicional puede ver al doctor que desee. Sin embargo, en el lado positivo, algunos planes de cuidado administrado de Medicare están esforzándose mucho

más estos días para coordinar mejor su cuidado, especialmente para las personas con enfermedades crónicas. Esta coordinación es muy deficiente cuando ve a varios doctores por su cuenta.

Los nuevos planes Medicare Advantage buscarán aumentar la inscripción de beneficiarios de Medicare usando el beneficio de medicinas como incentivo. Pueden hacer mucha publicidad. Aconsejamos precaución y consideración cuidadosa. Muchos de estos planes de cuidado administrado podrán ofrecer paquetes de beneficios muy atractivos, y primas y copagos más bajos, en parte por los generosos subsidios del gobierno federal. Pero futuros recortes del presupuesto de Medicare podría causar que estos planes reduzcan sus beneficios, como pasó a finales de los años noventa. No debe inscribirse en ese plan sólo por el beneficio de medicinas, sino que debe considerar sus otras características y comparar cuidadosamente los otros planes en su área. Especialmente debe evaluar si su doctor o doctores están en la red del plan, y cuáles hospitales están también. Los mismos planes y la oficina de su doctor deben poder darle esta información. Si no pueden, sea precavido.

## ¿CÓMO EVALÚO SI UN PLAN CUBRIRÁ LAS MEDICINAS QUE TOMO?

Todas las aseguradoras que ofrecen la nueva cobertura de medicinas, ya sea un plan Medicare Advantage o uno autónomo, tendrá una lista de medicinas cubiertas y preferidas, llamada un formulario. Puede usar el buscador de planes en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) para ver si las medicinas recetadas que toma están cubiertas por algún plan individual. También puede contactar a los planes para ver si su medicina(s) está en la lista y qué nivel de copago es requerido para ellas.

Por ejemplo, usted puede estar tomando una medicina para rebajar el colesterol que no está en la lista de medicinas preferidas de un plan. Así que, puede que tenga que pagar más de su bolsillo por esa medicina o cambiar a la medicina preferida después de consultar con su doctor.

Si toma varias medicinas por una enfermedad crónica, la tarea de comparar los nuevos planes de medicinas basados en sus formularios podría ser complicada. Pero puesto que el gobierno está

esencialmente requiriendo que muchas medicinas sean cubiertas, muchos formularios y listas de medicinas preferidas serán prácticamente las mismas. Pero pueden diferir, y ellas cambian con el tiempo.

Bajo la ley que estableció el nuevo beneficio de medicinas, todos los planes deben tener un proceso de apelación que le permita a usted y a su doctor pedir que una medicina que no esté en el formulario o que no sea preferida sea cubierta o que tenga un menor copago. No hay una buena forma de predecir qué tan receptivo será un plan en agregar una medicina cuando su doctor o usted lo pida.

Vea la página web gratuita de Consumer Reports [www.CRBESTBUYDRUGS.org](http://www.CRBESTBUYDRUGS.org) para más información sobre elección de medicinas de bajo costo, seguras y efectivas que pueden ahorrarle dinero.

## ¿MIS MEDICINAS RECETADAS SERÁN “ADMINISTRADAS” EN OTRAS FORMAS? ¿ES ESTO ALGO BUENO?

Además de establecer copagos basado en el estado de una medicina en un formulario, las aseguradoras podrán usar una serie de métodos para controlar el uso y costo de medicinas. Estos incluyen poner límites a la duración de algunas medicinas, obligándole a usar primero la medicina más barata en una categoría,

y obligando a su doctor a obtener permiso para recetar ciertas medicinas. Algunas de estas ideas tienen sentido: por ejemplo, sustituir una medicina genérica barata por una de una marca cara que no provee ningún beneficio extra, puede ahorrarle dinero a todos, incluyendo a usted.

## ¿PARTICIPARÁN MIS FARMACIAS LOCALES?

Prácticamente todas las farmacias, incluyendo las independientes y de cadenas, estarán participando, pero no necesariamente con todos los planes. Las aseguradoras estarán contratando selectivamente con diferentes farmacias en su área. Esto quiere decir que también debe considerar cuáles farmacias participarán en los planes en los que está interesado. Asegúrese de elegir un plan que le permita usar la farmacia que prefiera.

Esta contratación selectiva le ahorrarán dinero a las aseguradoras pero puede que le ahorren también a usted debido a descuentos negociados en medicinas. Por ejemplo, si usted está en la cobertura “hueco de donut” (después de unos \$2,250 en gastos)

donde tiene que pagar todos sus gastos de medicinas, aún así podrá comprar medicinas a precios de descuento. (Estos descuentos pueden variar entre algo menor hasta muy significativos). Unos cuantos pacientes con gastos muy altos de medicinas recetadas y ciertas enfermedades serán inscritos en programas de Administración de Terapia de Medicamentos para ayudar a asegurarse de que sus medicinas están funcionando. Si puede que califique para esto, elija una farmacia que quiera que le dé estos servicios clínicos.

Podrá ir a farmacias que “no participan” en el plan, pero los copagos por medicinas serán mayores en ellas.

## PARA EVITAR TELEMERCADERO, INSCRÍBASE EN LA LISTA DE NO LLAMAR DEL GOBIERNO

La elección de un plan de medicinas es muy importante y muy complicada como para elegirla por teléfono. Puede evitar estas llamadas inscribiéndose en la Lista de No Llamar yendo a [www.DoNotCall.gov](http://www.DoNotCall.gov) o llamando gratis al 1-888-382-1222 (TTY 1-866-290-4236), desde el teléfono que desea registrar. Considere también registrar un número de teléfono celular porque es posible que en el futuro los telemarcaderos puedan obtener estos números, sin embargo todavía es contra la ley hacer esto a números de teléfono celular. La registración es gratis.

### Alerta de estafa:

- Recuerde de no darle a ningún telemarketer (o a cualquiera que toque su puerta) ninguna información financiera, su número de Medicare o de Seguro Social, o un cheque o dinero en efectivo.

## ¿EN QUIÉN PUEDO CONFIAR PARA QUE ME AYUDE A ELEGIR LAS OPCIONES DE PLANES DE MEDICINA?

Un lugar donde empezar es con el Programa de Asistencia de Seguro Médico de su estado (SHIP en inglés). Voluntarios locales entrenados pueden ayudarle a determinar cuál programa le causará menos gastos. Puede encontrar el programa SHIP de su estado llamando a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o en este sitio web:

[www.medicare.gov/contacts/static/allStateContacts.asp](http://www.medicare.gov/contacts/static/allStateContacts.asp)

La edición de 2006 de *Medicare y Usted*, una publicación del gobierno, ha sido apenas enviada por correo y contiene información sobre el nuevo beneficio. Tenga en cuenta que hay un

error en este libro. Si califica para cobertura de medicinas recetadas sin ningún costo, el folleto le ofrece una lista de planes. El libro dice erróneamente que todos esos planes son gratis, pero en realidad sólo 40% de esos planes son verdaderamente gratis. Además, la página web de Medicare del gobierno, [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov), y otra página, [www.carxe.org](http://www.carxe.org), pronto tendrán herramientas en línea que le permitirán comparar planes de medicinas y estimar el costo que tenga que desembolsar bajo cada uno.