



Información que los Socios Pueden Usar sobre:

Cómo el Período sin Cobertura Trabaja con un Plan Medicare de Recetas Médicas

Revisada en noviembre 2009

Los planes de Medicare para recetas médicas pueden tener un límite temporal sobre cuanto cubrirán para medicamentos, o para un “período sin cobertura.” La persona puede ser responsable por el 100% de los costos de sus medicinas durante el período sin cobertura, antes de que comience la cobertura catastrófica de Medicare. Esta reseña explica cómo el período sin cobertura funciona para las personas que tienen un Plan de Medicare para recetas médicas.

¿Qué necesitan saber las personas sobre el período sin cobertura?

Una falta de cobertura significa que después de que las personas con Medicare y sus planes han gastado cierta cantidad de dinero por medicinas cubiertas (no más de \$2,830 en el 2010), las personas con Medicare tienen que pagar todos los costos para medicamentos de-su-bolsillo mientras estén en el “período sin cobertura”. Lo máximo que tendrán que pagar las personas de-su-bolsillo cuando se encuentren en éste período será \$3,610 en el 2010. Esta cantidad no incluye la prima mensual de sus planes que se deben continuar pagando aunque estén en el período sin cobertura. Una vez que hayan alcanzado el límite de gastos-de-su-bolsillo de sus planes (no más de \$4,550 en el 2010), las personas tendrán “cobertura catastrófica.” Lo que significa que sólo pagarán el coseguro (como el 5% del costo del medicamento) o un copago (como \$2.50 o \$6.30 por cada receta) por el resto del año. Estas cantidades monetarias aplican al nivel estándar de la cobertura de Medicare. Los costos actuales pueden variar ya que cada plan de Medicare para medicamentos se estructura diferentemente.

Nota: Las personas con ingresos y recursos limitados, y que califican para la ayuda adicional, no serán afectadas por la falta de cobertura. Continuarán pagando la misma cantidad del copago de cada receta que comprenden.



¿Qué sucede después del período sin cobertura?

Las personas tendrán cobertura catastrófica. Esto significa que en el 2010, después de que la persona con Medicare haya pagado de su bolsillo \$4,550 en costos para medicamentos (no incluye las primas mensuales), el o ella paga el 5% de los costos de recetas médicas, o un pequeño copago por el resto del año. El plan cubre el resto de sus costos de medicinas recetadas hasta el final del año. No hay límite monetario para esta cobertura en cualquier período de un año.

¿Cómo puede una persona con Medicare retrasar o evitar el alcanzar el período sin cobertura?

Para retrasar o evitar el alcanzar la falta de cobertura, las personas con Medicare deben preguntarle a su doctor si un medicamento genérico, una medicina sin receta médica (OTC por su sigla en inglés), o una medicina de marca menos costosa trabajaría del mismo modo como la que toma ahora. El usar las medicinas genéricas también puede reducir los copagos de una persona. Los informes recientes demuestran que usando medicamentos genéricos de bajo-coste y medicinas similares, podría ahorrarle bastante a ciertas personas con Medicare para permanecer fuera del período sin cobertura.

Algunas personas con Medicare pueden ser elegibles para la ayuda si su estado tiene un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP por su sigla en inglés), y cumplen con los requisitos de elegibilidad. Se puede encontrar más información sobre los SPAPs visitando www.medicare.gov. Bajo las "Herramientas de Búsqueda," puede obtener los números de teléfono de su SPAP (disponible sólo en inglés). O, puede llamar GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

Nota: No todos los tipos de cobertura contarán hacia la cobertura de-su-bolsillo. Vea la página 4.

¿Quién revisa los gastos hechos del bolsillo de una persona durante el período sin cobertura?

El plan revisa y calcula los costos hechos del bolsillo de la persona automáticamente durante el período sin cobertura. La persona con Medicare **debe siempre utilizar su tarjeta del plan de Medicare para recetas médicas**, aún durante el período sin cobertura. Esto se asegurará de que la persona reciba los descuentos del plan cuando compra sus medicinas. Los beneficiarios recibirán su Explicación de Beneficios Medicare (EOB por su sigla en inglés) de su plan por correo cada mes que utilicen los servicios de su plan. El EOB demostrará cuánto han gastado durante el año, qué tan cerca están a alcanzar el período sin cobertura del plan, y qué tan cerca están a la cobertura catastrófica después del período sin cobertura.

Nota: Solamente las medicinas-cubiertas por Medicare en el formulario de su plan contarán hacia costos de-su-bolsillo (a menos que el plan haya concedido una excepción para una medicina que generalmente no está cubierta).



¿Cómo funciona el período sin cobertura?

El período sin cobertura funciona diferente para cada uno porque cada plan de Medicare para recetas médicas se estructura diferentemente. Cuando una persona con Medicare se inscribe en un plan de medicamentos, el plan le envía la información sobre cómo los costos trabajan durante el período de cobertura. Las personas deben leer esta información cuidadosamente, y llamar a su plan si tienen preguntas.

Recuerde, cada persona tiene una oportunidad de cambiar o de inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas una vez al año. Los beneficiarios pueden considerar el cambiar a un plan que no tenga un período sin cobertura durante su período de inscripción abierto a partir del 15 de noviembre al 31 de diciembre de cada año.

Si una persona se inscribe en un plan durante este tiempo, la cobertura comenzará el 1 de enero del año siguiente. Cada estado tiene por lo menos un plan con cierto tipo de cobertura durante el “período sin cobertura”.

El ejemplo a continuación muestra los costos anuales de los medicamentos cubiertos por un plan que cumple con los estándares mínimos de Medicare para el 2010:

El Sr. Torres se inscribe en un plan de recetas médicas ABC. Su cobertura comienza el 1 de enero de 2010. El Sr. Torres paga durante el año de su prima mensual, aun durante el período sin cobertura. No recibe la ayuda adicional y usa la tarjeta de su plan de medicamentos de Medicare.

1. Deducible Anual	2. Copago/ Coseguro	3. Período sin Cobertura	4. Cobertura Catastrófica
El Sr. Torres paga los primeros \$310 del costo de medicamentos.	El Sr. Torres paga un copago o coseguro y su plan paga su parte de cada medicamento, hasta que el total de sus recetas (incluido el deducible) alcance \$2,830.	El Sr. Torres paga todo hasta que haya gastado \$4,550 de su bolsillo (\$3,610 mientras está en el período sin cobertura sin incluir la prima del plan). Aun cuando él está pagando todo, igualmente recibirá un descuento por pertenecer a un plan de recetas médicas de Medicare.	Una vez el Sr. Torres ha gastado \$4,550 de su bolsillo, su período sin cobertura termina. Ahora paga un coseguro pequeño (como el 5%) o un copago pequeño (\$2.50 o \$6.30) por cada receta médica hasta el final del año.



¿Qué sucede si otro plan paga las medicinas de una persona durante el período sin cobertura?

Los planes Medicare de recetas médicas trabajarán con otros aseguradores para cerciorarse de que la persona con Medicare reciba la cobertura correcta. No todos los tipos de cobertura adicional contarán hacia los costos del bolsillo de una persona.

Costos QUE Cuentan

- Costos que son pagados por miembros de la familia
- Costos que son pagados por Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica calificados
- Costos que son pagados por algunas caridades que no son afiliadas con empleadores o sindicatos

Costos QUE NO Cuentan

- Costos que son pagados por otra compañía de seguros tales como
- Cobertura por un empleador
 - Cobertura por un sindicato
 - Compensación a trabajadores por accidentes en el trabajo
 - Programas del gobierno (como beneficios al veterano y militar retirado)

¿Pueden las personas utilizar una tarjeta de descuento u otros descuentos de la farmacia para obtener sus recetas médicas? ¿Contarán esos gastos hacia los costos de-su-bolsillo?

Generalmente sí, cuando se usa una farmacia en la red. En algunos casos, una farmacia de la red puede aceptar una tarjeta de descuento u ofrecer otro descuento del precio al detal, así que la persona puede pagar menos por una receta que el precio negociado por su plan. La persona debe decirle a su farmacéutico que está en el período sin cobertura de su plan. Si la persona obtiene un descuento en efectivo y paga una cantidad más baja que el precio de su plan, necesitará enviar el recibo a su plan de Medicare para recetas médicas. Esto se asegura que el plan cuente la cantidad que se pagó hacia los costos del bolsillo del beneficiario.

Ejemplo: La señora Torres está en el período sin cobertura. Ella tiene que pagar el costo total de su receta médica. Generalmente, el plan cobra \$100 (su precio negociado) por el medicamento que ella necesita. La señora Torres aprendió que usando la tarjeta de descuento, ella puede obtener ese medicamento por \$95. Si la señora Torres usa su tarjeta del plan de Medicare de recetas médicas, ella tendrá que pagar \$100. Si no usa su tarjeta del plan de Medicare pero usa la tarjeta de descuento de la farmacia, pagará \$95. La señora Torres se aprovecha del precio bajo, utiliza la tarjeta de descuento de su farmacia, y envía su recibo a su plan para recetas médicas. El plan cuenta los \$95 hacia los costos totales del bolsillo y gastos totales bajo el plan de la señora Torres.

Nota: Si las medicinas se compran en farmacias fuera-de-la-red, generalmente esa cantidad no contará hacia los costos del bolsillo de la persona. Las medicinas compradas usando el descuento que brinda el Programa de Asistencia al Paciente (PAP por su sigla en inglés) se contarán hacia los gastos totales sólo si el PAP es una caridad independiente.



Para más información sobre la cobertura de Medicare para recetas médicas

- Visite www.medicare.gov y seleccione “Búsqueda de Planes Medicare para Recetas Médicas” para recibir información personalizada acerca de los planes para medicamentos.
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.
- Llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP por su sigla en inglés). Ellos ofrecen asesoramiento gratis y personalizado para las personas con Medicare. Para el número de teléfono visite www.medicare.gov y seleccione “Contactos Útiles”.