

MEDICARE; ENFOQUE EN EPILEPSIA

INVIERNO 2006 VOLUMEN 1 / EJEMPLAR 1

Tenga presente que para este momento usted debe haber recibido su manual de Medicare en el correo. Quizá usted ya haya comenzado a usar el plan de búsqueda de prescripción o receta de medicamentos de su seguro médico en www.medicare.gov/Spanish/Overview.asp, o haya llamado a un operador entrenado al 1-800-medicare (1-800-633-4227), o haya visitado su oficina local del Programa Estatal de Asistencia para Seguro de Salud (SHIP – State Health Insurance Assistance Program). Si usted recibe cobertura de medicamentos a través de Medicaid en su estado o ayuda con sus medicamentos, usted debe haber recibido una carta informándole en cuál plan de medicamentos será automáticamente enrolado (inscrito) si usted no se inscribe en otro plan que usted escoja antes de Diciembre 31, 2005.

Esta es una descripción de las fechas claves:

Noviembre del 2005: Carta enviada a quienes tienen Medicare y Medicaid (elegibles dobles) informando en qué plan serán inscritos automáticamente a partir de Enero 1, 2006, si no han escogido otro plan antes de Diciembre 31, 2005.

Noviembre 15, 2005: La inscripción comenzó.

Diciembre 31, 2005: Ultimo día para las personas que reciben Medicare y Medicaid para cambiar de plan antes de que la inscripción automática se efectúe. Después de esta fecha, las personas pueden cambiar de plan una vez al mes.

Enero 1, 2006: La cobertura de recetas de medicamentos de Medicare comienza para quienes estén inscritos.

Mayo 15, 2006: Ultimo día para que los beneficiarios de Medicare se enrolen o inscriban en el nuevo programa de recetas médicas sin riesgo de pagar penalidad por enrolarse o inscribirse tarde o pasada la fecha límite.

" Medicare; Enfoque en epilepsia" es un recurso para ayudarle a mantenerse actualizado en cómo la nueva cobertura de Medicare para recetas médicas afectará el tratamiento para la epilepsia. Para más información sobre la Fundación para la Epilepsia, visite www.fundacionparalaepilepsia.org o llame al 1-866-748-8008.

Medicare está cambiando

Usted probablemente está oyendo mucho sobre la nueva cobertura de Medicare para recetas médicas. La inscripción comenzó el pasado 15 de noviembre. Ahora es el momento para cada quien con Medicare de evaluar sus opciones y de tomar decisiones cuidadosas y bien informadas.

Comenzando en Enero 1 del 2006, Medicare ofrecerá una nueva cobertura para recetas médicas para cada quien que tenga Medicare y escoja inscribirse. Si usted es elegible por Medicare y vive con epilepsia, entonces sus medicamentos son esenciales para su salud y usted necesita saber acerca la nueva cobertura. Incluso si usted tiene ya cobertura de recetas médicas a través de un sindicato o de un empleador/patrón, usted debe evaluarla y comparar con el plan de Medicare. Si usted recibe actualmente ayuda para sus medicamentos a través del programa Medicaid de su estado, usted será automáticamente inscrito en un plan de recetas médicas de Medicare, pero debe evaluarlo para asegurarse de que es el mejor plan para usted. Muchos de los programas de medicamentos estatales también cambiarán sus beneficiarios a un plan de Medicare.

Para ayudar a las personas con epilepsia a tomar decisiones informadas sobre la nueva cobertura de recetas médicas, la Fundación para la Epilepsia, con la ayuda de Ortho-McNeil-McNeil Neurologics, Inc., ha desarrollado este boletín de noticias para responder a preguntas básicas sobre la nueva cobertura de Medicare para recetas médicas. En Medicare; Enfoque en epilepsia, discutimos cómo encontrar información e inscribirse en el programa, así como las consideraciones especiales para personas con epilepsia. Esta primavera, le traeremos una segunda edición que le ayudará a direccionar cualquier inconveniente en su transición o preguntas que puedan presentarse.

Medicare Hoy

¿Qué es Medicare?

Es un programa de seguro médico para:

- Personas con 65 años o mayores
- Algunas personas menores de 65 con discapacidad
- Personas con una condición renal terminal

¿Qué cubre ahora Medicare?

Medicare tiene hoy dos partes:

- Medicare Parte A le ayuda a pagar por atención en hospitales como ser hospitalizado, y acceso crítico a hospitales, instalaciones con enfermeros expertos, cuidado en hospitales para pacientes terminales, y algunos servicios de cuidado en el hogar.
- Medicare Parte B es opcional. Ayuda a pagar por servicios de doctores, cuidado del paciente no internado, y algunos otros servicios médicos no cubiertos por Medicare Parte A, incluyendo medicamentos administrados en las oficinas de los médicos, tales como ciertas inyecciones. Algunas personas reciben cobertura de la parte B sobre una base "honorario-por-servicio". Otros eligen planes de cuidado superiores, conocidos como "Medicare Superior". Para saber más sobre esta opción, llame 1-800-medicare (1-800-633-4227).

La Nueva Cobertura de Medicare para Recetas Médicas: Frecuentes preguntas y sus respuestas

La nueva cobertura de Medicare para recetas médicas es llamada "Plan de Medicare para Recetas Médicas" o "Medicare Parte D", y estará disponible para todas las personas que tengan Medicare. Aunque usted tenga medicare porque usted es mayor de 65 años o tiene una discapacidad – usted es elegible para la cobertura de Parte D.

¿Quién me cubrirá?

La nueva cobertura de Medicare para recetas médicas será proporcionada por planes privados. De algunas maneras es similar a una póliza de seguro típica. Usted selecciona el plan que se ajusta sus necesidades, paga una prima por ese plan y es elegible para gozar de los beneficios que el plan ofrece. Para individuos de bajo ingreso que califiquen, hay asistencia adicional disponible para ayudar a cubrir el costo de las primas. Quienes usan "honorario-por-servicio" Medicare, continuarán recibiendo su otra cobertura Medicare de la misma manera. Si usted está inscrito en un plan de cuidado superior, usted recibirá toda su cobertura, incluyendo recetas médicas, por parte de su proveedor de cuidado superior.

¿Puedo elegir cualquier plan, en cualquier lugar?

Algunos planes de medicamentos servirán todo el país, pero la mayoría servirán regiones particulares. Medicare ha establecido 34 regiones alrededor del país. Por lo menos dos planes serán ofrecidos en cada región, así que cada quien con Medicare podrá escoger. Si usted está inscrito en un plan regional y cambia de domicilio usted quizá deberá cambiar su plan de prescripción de medicamentos. De lo contrario, la mayoría de participantes tendrán permitido cambiar planes únicamente durante un periodo especial cada año. Información adicional sobre los diferentes planes está disponible en www.medicare.gov.

¿Cuánto costará mi cobertura?

(Vea la tabla de abajo)

Cuando usted se inscribe a un plan Parte D, usted pagará una prima mensual. Las primas variarán de un plan a otro, pero el costo promedio por plan estará alrededor de \$32 por mes. Usted también deberá pagar los primeros \$ 250 por año en costos de medicamentos. Este monto de \$ 250 es llamado deducible.

Después de que usted haya pagado su deducible, su plan cubrirá 75 por ciento de sus costos de medicamentos, hasta que alcance los \$2.250 en un período señalado de 12 meses. Usted será responsable de los costos de sus medicamentos que sean mayores de \$2.250, hasta que usted haya pagado \$3.600 de su propio bolsillo en un año. Medicare cubrirá 95 por ciento de sus costos después de que usted haya pagado \$3.600 de su bolsillo en un período de doce meses.

| Su costo por un período de 12 meses bajo el Plan Parte "D", incluyendo primas mensuales | | | | |
|--|-------------------------------|-----------------------------------|--|---|
| Su costo | \$ 0 - \$ 250 en medicamentos | \$ 250 - \$ 2,250 en medicamentos | \$ 2,251 total costos de medicamentos hasta \$ 3,600 en gastos pagados de su propio bolsillo | Más de \$ 3,600 en gastos pagados de su propio bolsillo |
| Usted paga | Todo el costo | 25% | Todo el costo | 5% |
| Su plan paga | \$ 0 | 75% | \$ 0 | 95% |

¿Qué pasa si no puedo pagar?

Si usted tiene un bajo ingreso, es probable que usted califique para ayuda financiera adicional para sus medicamentos. Visite www.socialsecurity.gov o www.medicare.gov o llame 1-800-medicare (1-800-633-4227) para saber si usted es elegible para esta ayuda especial. Si usted piensa que usted puede ser elegible, es importante aplicar. Recuerde: en caso de duda, completar el formulario le asegura.

¿Por qué tantas personas están hablando de la nueva cobertura de Medicare para recetas médicas?

Este es el cambio más importante del programa Medicare en la historia, con muchas opciones para que las personas revisen y discutan. Para la mayoría de los beneficiarios, hay plazos y penalidades por inscripción de último momento. Cada uno debe tomar el tiempo necesario para tomar decisiones cuidadosas y bien informadas.

Auto Enrolamiento/Inscripción

Elegibles Dobles

Son conocidos como "elegibles dobles" los individuos que califican tanto para Medicare como para Medicaid y actualmente reciben cobertura de recetas médicas por Medicaid. En Enero 1, cuando el nuevo Plan de Medicare para Recetas Médicas comience, la cobertura de medicamentos de estos individuos pasará de Medicaid a Medicare.

Medicare no quiere que ningún beneficiario "elegible doble" experimente interrupciones en cobertura como resultado de este cambio. Por esta razón, todos los "elegibles dobles" que no escojan un plan de medicamentos específico y se enrolen antes del 31 de Diciembre del 2005, serán automáticamente inscritos en planes escogidos para ellos por Medicare. Esto es conocido como auto-enrolamiento. Cualquier beneficiario "elegible doble" que es auto-enrolado y no está satisfecho, tiene derecho a cambiar a otro plan.

Todos los "elegibles dobles" deben haber recibido a la fecha una carta que les informa en cuál plan serán auto-enrolados en Enero 1 del 2006 si ellos no seleccionan el suyo antes. Después de esto, estarán habilitados para cambiar planes una vez al mes, aunque puede darse un período de espera de algunas pocas semanas antes de que los cambios sean efectivos. Los "elegibles dobles" no necesitarán esperar por el período anual de apertura de enrolamiento para cambiar de plan, como otros beneficiarios.

Opciones

Escoger el mejor plan para usted incluye revisar cuidadosamente la información acerca de disponibilidad y costo de los medicamentos que usted necesita. La mayoría de las personas con epilepsia necesitan tomar sus medicamentos como se han prescrito y regularmente. Por esto, es especialmente importante evitar muchos cambios en el plan de recetas médicas. No todos los planes cubrirán cada medicamento disponible o cubrirán todos los medicamentos dentro de una clase terapéutica (Ej., drogas antiepilépticas) de la misma forma. En consecuencia, cambiar de plan podría significar cambiar de medicamentos o de la disponibilidad de sus medicamentos. Para evitar problemas, es importante que usted escoja el mejor plan para sus necesidades desde el principio, en vez de gastar tiempo en un plan de medicamentos incorrecto.

Ciertas clases de medicamentos, tales como benzodiazepinas y barbitúricos (que incluyan el medicamento Fenobarbital) podrán no ser cubiertos por ningún plan de Medicare para recetas médicas, pero podrían ser cubiertas por su programa estatal Medicaid. Si un estado cubre estos medicamentos para otros beneficiarios de Medicaid, ellos deberían cubrir los mismos para quienes son elegibles dobles. Consulte con su oficina estatal de Medicaid para saber si su medicamento está cubierto. Si su programa estatal Medicaid no cubre su medicamento hable con su médico acerca de otras opciones de tratamiento y contacte la Sociedad para Ayuda de Prescripciones (Partnership for Prescription Assistance) la cual le podrá ayudar a recibir acceso al medicamento que usted necesita – www.pparx.org o llame al 1-888-477-2669.

Elegibles Dobles Parciales

Existe otro grupo de beneficiarios de Medicare que también será auto-enrolado o auto-inscrito. Este grupo es llamado "Elegibles Dobles Parciales". Estas personas son de bajos ingresos con Medicare y están en una de las siguientes categorías:

- Califican como beneficiarios de Medicare
- Beneficiario de bajos ingresos en Medicare
- Individuos que califican
- Beneficiarios que reciben Ingreso de Seguridad Suplementaria o con Plan de Ahorros Medicare

Los individuos en estas categorías serán auto-enrolados en Junio 1 del 2006 si ellos mismos no se enrolan antes, y recibirán ayuda financiera que pagará por los beneficios de las recetas de medicamentos.

Inscríbase – Escoja un Plan y Enrólese

El primer periodo de inscripción comenzó en Noviembre el 15 del 2005 y va hasta Mayo 15 del 2006. Incluso si usted tiene ya cobertura de medicamentos, usted debe considerar enrolarse ahora en el Programa de Medicare para Recetas Médicas. Si usted escoge inscribirse después de Mayo 15, usted probablemente tenga que pagar más. A menos que usted ya tenga cobertura de medicamentos con el mismo valor que el nuevo programa Medicare, sus primas aumentarán un 1% cada mes en el cual usted fue elegible pero no se enroló. Su actual plan de recetas médicas podrá decirle si su cobertura es equivalente a la de Medicare.

La decisión final de escoger un plan y enrolarse es suya. Para ayudarle a tomar esta decisión hay varios recursos disponibles. Usted puede ir al Internet, utilizar el teléfono, o conseguir ayuda personalizada.

Los recursos disponibles son:

- Línea telefónica gratuita Medicare 24 horas, 1-800-medicare (1-800-633-4227).
- El manual "Medicare y Usted", enviado el pasado octubre a los hogares donde vive alguna persona con Medicare.
- La página en el internet de Medicare, www.medicare.gov, la que incluye el buscador del Plan de de Medicare para Recetas Médicas, el cual proporciona información personalizada sobre su estado y opciones.
- El Programa Estatal de Asistencia para Seguro de Salud (SHIP – State Health Insurance Assistance Program) tiene oficinas en cada estado con voluntarios para ayudar en el proceso de aplicación. Busque la oficina cerca a usted en www.medicare.gov o llamando al 1-800-medicare (1-800-633-4227).
- Medicare, la Administración del Seguro Social, y muchas organizaciones comunitarias están patrocinando eventos educativos en cada estado. Busque detalles en sus fuentes de información locales.

- Asegúrese también de llamar o visitar las páginas en internet de todos los planes en los cuales usted está interesado para obtener información de cada opción. Todos los Planes de Medicare para Recetas Médicas están listados en www.medicare.gov o llame al 1-800-medicare (1-800-633-4227).

Estos recursos pueden ofrecerle ayuda personalizada si usted viene preparado con la siguiente importante información:

- Su información personal como nombre, fecha de nacimiento y dirección.
- Su número de Medicare y fecha de enrolamiento en Medicare Parte A o Parte B.
- Los nombres y dosis de todos los medicamentos que usted toma.
- Los nombres y direcciones de las farmacias que usted prefiere.
- Información sobre su cobertura actual de medicamentos, si usted tiene alguna.

¿Cuál es el mejor plan para una persona con epilepsia?

Si usted está viviendo con epilepsia, usted probablemente está tomando una o más medicamentos anticonvulsivos o antiepilépticos. Porque los medicamentos antiepilépticos son importantes en el tratamiento, Medicare ha dicho que cada plan de medicamentos debe cubrir "todos o substancialmente todos" estos medicamentos. Tanto los productos de marca como genéricos estarán disponibles en los planes.

Esta es una buena noticia, pero hay varias razones por las que sigue siendo muy importante que usted escoja su plan cuidadosamente

- Medicare sólo exige a los planes cubrir "substancialmente todas" los medicamentos antiepilépticos, así que algunos planes pueden no cubrir los medicamentos antiepilépticos específicos que usted necesita.
- Usted puede tomar una combinación de medicamentos para la epilepsia y otras condiciones. Incluso si un plan cubre su medicamento antiepiléptico, puede no cubrir los otros medicamentos.
- Aunque los planes deben cubrir medicamentos de marca y genéricos, pueden cobrar considerablemente más por medicamentos de marca, limitar la dosis o restringir el número de recargas de la prescripción. Si su médico le prescribe un medicamento de marca y es difícil para usted pagar por este averigüe con su doctor si la versión genérica puede ser recomendable para usted. Si su doctor se opone a prescribir el medicamento genérico, usted puede apelar a su decisión o cambiar de plan.
- Nuevos medicamentos para la epilepsia aparecen frecuentemente en el mercado. Su plan no cubrirá estos medicamentos necesariamente enseguida. Si su doctor le sugiere tratar un nuevo medicamento, averigüe primero para ver si su plan lo cubre. Si la respuesta es negativa, usted y su doctor pueden decidir apelar la decisión.
- Su cobertura no es la única cosa que variará de plan a plan. Su costo variará también. Antes de que usted seleccione un plan, infórmese de lo que le cargarán para cada medicamento que usted está tomando.
- Aunque usted necesitará considerar costo, la Fundación para la Epilepsia y otros defensores sugieren que usted no se guíe por el costo solamente cuando escoge un plan. Su salud es muy importante y sus medicamentos son importantes para su salud. Escoja el plan que es mejor para usted.

Términos para aprender

Apelación – Si su requerimiento por servicio médico es negado o si se le niega el pago de un servicio que usted recibió; usted puede apelar para que se reconsidere nuevamente.

Seguro Adicional - la cantidad que usted paga después del deducible por Medicare Parte A, Parte B y por Plan de Medicare para Recetas Médicas (parte D).

Co-pago - la cantidad acordada que usted paga en cada servicio médico, como visita al doctor.

Deducible - la cantidad que usted debe pagar por cuidado médico antes de que Medicare comience a pagar.

Honorario por servicio - un plan de la cobertura de cuidado de salud en el cual el beneficiario tiene flexibilidad máxima para tomar decisiones de cuidado de salud, pero debe pagar y someter reembolsos para todos los servicios.

Formulario - una lista ciertos medicamentos y sus apropiadas dosificaciones. En algunos planes de Medicare, los doctores deben prescribir o utilizar solamente los medicamentos listados en el formulario del plan específico.

Cuidado de hospitalización - cuidado médico que usted recibe cuando le admiten en un hospital.

Cuidado a largo plazo - una variedad de servicios que ayudan a las personas con sus problemas de salud y actividades de vida diaria durante un período de tiempo.

Cuidado de Manejo - cobertura de la salud en la cual los beneficiarios generalmente deben recibir cuidado y servicios por proveedores e instalaciones dentro de su red.

Costos de su bolsillo - los costos del salud que usted debe pagar porque no son cubiertos por Medicare u otro seguro.

Cuidado del paciente no internado - asistencia médica que no incluye pasar la noche en el hospital.

Prima - el pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros, o a un plan de cuidado médico por cobertura médica.

Programa Estatal de Asistencia para Seguro de Salud - un programa que ofrece gratuitamente seguro de salud local, y consejería a personas con Medicare.

Verdaderos gastos de su bolsillo – son los costos de medicamentos pagados por una persona enrolada en Medicare, o por otra persona en representación del beneficiario, una organización caritativa, o un programa calificado estatamente para asistencia en recetas.