Medicare Parte D

Nel 2020, più di 62 milioni di persone erano iscritte a Medicare, un programma federale di assicurazione sanitaria al servizio delle persone di età superiore ai 65 anni e di tutte le età che vivono con una disabilità. Medicare Parte D, è un programma indipendente per farmaci soggetti a prescrizione medica, una delle numerose coperture integrative disponibili per i beneficiari di Medicare.

D: Che cos'è Medicare Parte D?

Medicare Parte D è un integrazione facoltativa per i farmaci soggetti a prescrizione medica che offre ai beneficiari una scelta tra i piani di copertura approvati dal governo gestiti da compagnie assicurative private. A differenza di Medicare Advantage, che aggiunge la copertura dei farmaci soggetti a prescrizione medica a un piano di ricovero e di assicurazione medica che sostituisce il piano Medicare originale, Medicare Parte D è un piano "autonomo" che copre solo le prescrizioni.

D: Quali sono i costi previsti per Medicare Parte D?

Tutti i piani Medicare Parte D includono i seguenti costi: co-assicurazione (una percentuale del costo del farmaco) o partecipazione al pagamento (un importo fisso in dollari) durante il periodo di copertura iniziale; un premio mensile; e una franchigia annuale. I Centri Medicare e Medicaid Services stimano che il premio medio per i beneficiari nel 2022 sarà di 33$ al mese, con una franchigia annuale massima di 480$. (Per le persone idonee ad un "aiuto extra", non è prevista nessuna franchigia.)

I beneficiari il cui reddito è superiore a 87.000$ (o 174.000$, se stipulata insieme al coniuge) pagheranno un importo extra assieme al premio del piano. Ad esempio, un individuo che aveva guadagnato da 88.000$ a 111.000$ nel 2019, ha pagato 12,30$ extra al mese nel 2020.

Mentre la franchigia e il premio del piano non possono essere modificati nel corso dell'anno, tutti i costi della Parte D possono cambiare di anno in anno. Ogni autunno, i beneficiari riceveranno un "Avviso annuale di modifica" con il dettaglio dei costi del piano per l'anno successivo.

D: Quali sono i costi previsti per i farmaci coperti da Medicare Parte D?

L'elenco dei farmaci coperti dal piano è chiamato formulario. Ogni piano avrà un formulario diverso, ma tutti i piani devono coprire una selezione completa di farmaci comunemente usati dai beneficiari, compresi quelli che curano il cancro. La struttura stessa del piano determinerà anche i costi. Molti piani strutturano i loro formulari in livelli, con variazioni di prezzo da livello a livello.

Un farmaco elencato in un livello superiore probabilmente costerà più di uno che si trova in un livello inferiore. Anche la farmacia che eroga la prescrizione può avere un impatto sui costi. Utilizzando le farmacie indicate nel piano, rispetto a quelle fuori dalla rete, si possono ridurre i costi.

D: Quali sono le quattro fasi di copertura di Medicare Parte D e in che modo influiranno sui miei costi?

Tutti i piani della Parte D hanno quattro periodi di copertura potenziali, ogni anno. I prezzi che i beneficiari pagano per i farmaci soggetti a prescrizione possono variare nel corso dell'anno a seconda della fase di copertura in cui si trova il piano.

- Franchigia annuale: i beneficiari di un piano con una franchigia inizieranno pagando le prescrizioni fino al raggiungimento del limite di franchigia specificato.

- Copertura iniziale: in questo periodo, il piano coprirà una parte del costo di tutte le prescrizioni mentre le persone pagheranno una quota di co-assicurazione o di partecipazione. La durata di questa fase dipenderà dai costi dei singoli farmaci e dalla struttura del piano specifico. Per la maggior parte dei piani del 2022, quando l'importo combinato che gli individui e il piano hanno pagato per i farmaci coperti raggiunge 4.430$, la fase di copertura iniziale termina.
- Gap di copertura: il gap di copertura, chiamato anche "buco della ciambella", inizia quando un piano raggiunge il limite di spesa. A questo punto, le persone sono responsabili del pagamento del 25% dei costi delle prescrizioni sia di marca sia generici fino a quando non raggiungono un determinato importo di spese di tasca propria (7.050$ nel 2022). I costi applicati per uscire dal gap di copertura includono la franchigia, l'importo pagato in co-assicurazione o co-partecipazione durante il periodo di copertura iniziale, il 95% del costo dei farmaci di marca coperti acquistati durante il gap di copertura e il totale speso sia per farmaci di marca sia per farmaci generici durante il gap di copertura. Inoltre, i pagamenti effettuati dalla famiglia o dai programmi statali di assistenza farmaceutica (SPAP - State Pharmaceutical Assistance Programs), dai programmi di assistenza ai farmaci contro l'AIDS e dal servizio sanitario indiano per conto dei beneficiari sono conteggiati nel totale delle spese di tasca propria.
- Fase catastrofica: durante questa fase, che segue il gap di copertura, i beneficiari pagheranno una co-assicurazione del 5% o un ticket di $ 3,95$ per i farmaci generici e di 9,85$ per i farmaci di marca. Questo periodo dura fino alla fine dell'anno del piano.

D: I farmaci sono coperti dai piani Medicare Advantage? In tal caso, quali sono le differenze di copertura dei piani Medicare Advantage rispetto al piano Medicare originale con la Parte D?

il piano Medicare originale include l'ospedalizzazione (Parte A); l'assistenza medica (Parte B); e l'opzione di aggiungere la copertura dei farmaci soggetti a prescrizione medica (Parte D). Medicare Advantage (Parte C) generalmente comprende tutti questi servizi in piani combinati che a volte includono anche le cure odontoiatriche, oculistiche e dell'udito che non si trovano nel piano Medicare originale. Di solito c'è una differenza di costi tra le due opzioni; alcuni piani Medicare

Advantage possono avere dei costi vivi inferiori rispetto al piano Medicare originale. Anche la possibilità di scegliere i fornitori varia a seconda dei piani. I beneficiari del piano Medicare originale possono visitare qualsiasi medico o ospedale che accetti Medicare, mentre i beneficiari di Medicare Advantage generalmente devono rimanere all'interno della rete del piano.

D: Qual è il nuovo programma di test offerto agli utilizzatori di insulina per la Parte D?

Le persone che vivono con una lesione del midollo spinale possono aver bisogno di una terapia insulinica per curare il diabete. I Centri Medicare & Medicaid Services hanno introdotto il Modello Parte D di risparmio per gli anziani, per verificare la possibilità di offrire l'insulina a un costo mensile più accessibile e prevedibile. I piani che partecipano a questo modello offriranno una co-partecipazione per un massimo di 35$ ciascuno per un mese di fornitura di insulina nelle fasi della franchigia, della copertura iniziale e del gap di copertura. I beneficiari possono confrontare i piani e individuare chi può partecipare al Modello Parte D di risparmio per gli anziani, utilizzando il Medicare Plan Finder (strumento di ricerca dei piani Medicare) su Medicare.gov o chiamando il numero 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Gli utenti TTY possono usare il numero 1-877-486-2048.

D: Come funziona Medicare Parte D con altre assicurazioni?

In alcuni casi, le persone potrebbero avere Medicare Parte D insieme all'assicurazione di un piano sanitario del gruppo pensionistico o mediante la copertura di un familiare da parte dell'attuale datore di lavoro. In tal caso, sarà necessario determinare chi è il finanziatore principale. A seconda del coordinamento delle regole sui benefici, Medicare fungerà da finanziatore principale o secondario. Ad esempio, se un pensionato di età inferiore ai 65 anni con una disabilità ha Medicare Parte D e la copertura di un familiare che attualmente lavora per un'azienda con più di 100 dipendenti, Medicare sarà il contribuente secondario; nello stesso scenario, se l'azienda ha meno di 100 dipendenti, Medicare sarà il finanziatore principale.

Per le persone con Medicaid e Medicare, i costi delle prescrizioni sono generalmente coperti da Medicare. Per quelli con copertura completa da parte di Medicaid che vivono in strutture infermieristiche professionali, non ci sono costi per i farmaci coperti soggetti a prescrizione; per coloro con copertura completa che vivono in una struttura di residenza assistita o di residenza per adulti, sarà richiesto un piccolo ticket per ogni farmaco coperto.

D: È necessario acquistare Medicare Parte D se si dispone di una copertura assicurativa sanitaria del datore di lavoro?

No. Medicare Parte D è un piano volontario di copertura dei farmaci soggetti a prescrizione medica. Tuttavia, le persone che devono iscriversi a Medicare Parte D al di fuori del periodo di iscrizione annuale sono tenute a pagare una penale per il ritardo pari all'1% dell'importo del premio medio nazionale, per ogni mese in cui non hanno avuto una copertura della prestazione standard Parte D.

D: Qual è il periodo di sottoscrizione annuale per Medicare Parte D?

Ogni anno, le persone possono iscriversi o modificare gli attuali piani Medicare, inclusa la Parte D, nel periodo di sottoscrizione dal 15 ottobre al 7 dicembre. La copertura inizierà quindi il 1° gennaio dell'anno successivo. Le persone che compiono 65 anni possono iscriversi a Medicare in quello che viene chiamato un periodo di sottoscrizione iniziale che inizia 3 mesi prima del loro compleanno e si estende fino a tre mesi dopo il mese di nascita. Le persone con disabilità possono iscriversi dopo aver ricevuto la pensione di invalidità della previdenza sociale (SSDI) per 24 mesi; non c'è periodo di attesa per le persone con sclerosi laterale amiotrofica, che hanno diritto alla sottoscrizione automatica a Medicare nel mese del primo pagamento della SSDI.

Il piano per la Parte D può essere modificato senza penali al di fuori del periodo di sottoscrizione annuale se eventi della vita, come il trasferimento da un'area di copertura o l'ingresso o l'uscita da una struttura di riabilitazione o infermieristica professionale, rendono necessaria tale modifica.

D: Che cosa succede se non posso permettermi un piano Parte D o ho bisogno di aiuto con i costi per qualche punto della copertura?

Un sussidio per i beneficiari a basso reddito della Parte D chiamato *Extra Help* (Aiuto extra) è disponibile tramite l'Ente amministrativo della previdenza sociale (Social Security Administration). Nel 2022, per essere idonei il reddito annuo deve essere inferiore a 19.320$ per un individuo o 26.130$ per una coppia sposata che convive. Con *Extra Help*, i costi non superano l'importo di 3,95$ per ogni farmaco generico coperto e di 9,85$ per ogni farmaco di marca coperto. Gli individui idonei per *Extra Help* parziale non pagheranno più del 15% dei costi per i farmaci con ricetta coperti dal piano, fino a quando non raggiungeranno il limite delle spese fatte di tasca propria.

Alcuni stati offrono programmi di assistenza farmaceutica (SPAP) progettati per aiutare i beneficiari a gestire i costi della Parte D come premi, franchigie e co-pagamenti. Sebbene i requisiti di reddito e le specifiche del programma varino a seconda dello stato, molti forniscono assistenza durante la fase del gap di copertura. Un elenco dei programmi in corso è disponibile presso i Centri Medicare & Servizi Medicaid all'indirizzo https://www.medicare.gov/plan-compare/#/pharmaceutical-assistance-program/states/?lang=en&year=2022.

A volte, anche le case farmaceutiche offrono dei programmi per assistere i beneficiari iscritti alla Parte D; un elenco dei programmi in corso è disponibile presso i Centri Medicare & Servizi Medicaid all'indirizzo https://www.medicare.gov/plan-compare/#/pharmaceutical-assistance-program/states/?lang=en&year=2022.
L'assistenza per la domanda per *Extra Help* per i programmi SPAP, o ulteriore assistenza nell'affrontare i costi di Medicare, può essere trovata presso il Consiglio nazionale sui centri di registrazione delle prestazioni per la vecchiaia (National Council on Aging Benefits Enrollment Centers). Un elenco dei siti attuali è disponibile all'indirizzo https://www.ncoa.org/article/meet-our-benefits-enrollment-centers.

D: Con chi posso parlare per altri consigli sulla valutazione e la scelta di un piano?

La selezione dei piani Medicare Parte D può sembrare soverchiante, ma un'attenta selezione è fondamentale per soddisfare le proprie esigenze relative alla salute.

Medicare offre un breve questionario all'indirizzo https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/how-to-get-prescription-drug-coverage/6-tips-for-choosing-medicare-drug-coverage per aiutare le persone a identificare le priorità mentre restringono la ricerca. I beneficiari possono anche chiamare il numero 1-800-MEDICARE o visitare la chat dal vivo di Medicare.gov all'indirizzo: https://chat.mymedicare.gov/chatclient/chatrequest.aspx.

I programmi statali di assistenza sanitaria, finanziati dall'Administration of Community Living (Ente amministrativo per l'inclusione nella vita sociale), offrono assistenza individuale per la revisione delle opzioni del piano sanitario o dei farmaci soggetti a prescrizione medica. Chiamare il numero 1-877-839-2675 o visitare shiphelp.org per contattare l'ufficio locale.

I gruppi di supporto che lavorano per aumentare l'accesso all'assistenza sanitaria a prezzi accessibili per gli anziani e le persone con disabilità possono anche essere delle risorse eccellenti per comprendere meglio il piano Medicare Parte D. Il Centro per i diritti di Medicare (Medicare Rights Center) offre un sito interattivo completo (https://www.medicareinteractive.org/contact-us) che spiega tutte le opzioni di copertura di Medicare. I consulenti sono inoltre disponibili per rispondere alle domande dal lunedì al venerdì su una linea di assistenza gratuita (1-800-333-4114). Il Centro di supporto di Medicare (Center for Medicare Advocacy) offre un webinar (https://medicareadvocacy.org/webinars/) e rassegne dettagliate su una vasta gamma di soggetti, tra cui Medicare Parte D.

Fonti: Centri Medicare & Servizi Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services), Fondazione Kaiser Family, Consiglio nazionale sull'invecchiamento (National Council on Aging), Ente amministrativo della previdenza sociale (Social Security Administration), Centro per i diritti di Medicare (Medicare Rights Center), Centro di supporto di Medicare (Center for Medicare Advocacy).

Ha bisogno di parlare con qualcuno?
I nostri consulenti specializzati (Information Specialist) sono a disposizione per rispondere alle sue domande.
Chiami il numero verde 1-800-539-7309 dal lunedì al venerdì, dalle 9:00 alle 20:00 EST (Ora Standard Orientale USA) o invii una domanda online all'indirizzo https://www.ChristopherReeve.org/Ask.

Le informazioni contenute in questo documento sono state presentate ai fini di educarla e di informarla sulle paralisi e sui loro effetti. Nulla di quanto contenuto in questo documento dovrebbe essere interpretato per, né è inteso a, essere usato ai fini di una diagnosi o trattamento medico. Non dovrebbe essere usato in sostituzione del consiglio del suo medico o di un altro operatore sanitario qualificato. Se dovesse avere qualsiasi domanda concernente la salute, chiami o si rechi prontamente dal suo medico o da un altro operatore sanitario qualificato. Consulti sempre il suo medico o un altro operatore sanitario qualificato prima di iniziare un nuovo trattamento, dieta o programma di fitness. Non dovrebbe mai ignorare i consigli medici o ritardare la ricerca di tali pareri a causa di qualcosa che ha letto in questo documento.

Questa pubblicazione è supportata dall'Amministrazione per la Vita Comunitaria (ACL), Dipartimento della Salute e dei Servizi Umani degli Stati Uniti (HHS) come parte di una sovvenzione finanziaria per un totale di $ 8.700.000 finanziata al 100% da ACL/HHS. I contenuti sono quelli dell'autore(i) e non rappresentano necessariamente le opinioni ufficiali, né un'approvazione, da parte di ACL/HHS o del governo degli Stati Uniti.