



« Medicare Part D »

En 2020, plus de 62 millions de personnes étaient inscrites à Medicare, l'assurance-maladie américaine au bénéfice des plus de soixante-cinq ans et des personnes handicapées de tous âges. Le « Medicare Part D », un programme distinct pour le remboursement des médicaments délivrés sur ordonnance est l'un des nombreux compléments proposés aux bénéficiaires de Medicare.

Q : Qu'est-ce que le « Medicare Part D » ?

« Medicare Part D » est un volet complémentaire facultatif couvrant les médicaments délivrés sur ordonnance, qui propose à ses bénéficiaires diverses options de remboursement agréées par l'État et administrées par des compagnies d'assurance privées [l'équivalent des mutuelles en Europe francophone, ndlt]. À la différence de Medicare Advantage, qui ajoute le remboursement des médicaments délivrés sur ordonnance à celui des hospitalisations et à une assurance médicale qui se substitue au Medicare d'origine, le « Medicare Part D » est un régime à part qui ne rembourse que les médicaments délivrés sur ordonnance.

Q : Quel est le coût du Medicare Part D lui-même ? À quoi faut-il s'attendre ?

Pour toutes les options de remboursement de Medicare Part D, les bénéficiaires devront payer : le tiers-payant (un pourcentage du prix du médicament) ou le ticket-modérateur (un montant fixe) pendant la période initiale de couverture ; une prime mensuelle ; et une franchise annuelle. Les CMS (Centers for Medicare and Medicaid Services, centres pour Medicare et les services de Medicare) ont estimé que la prime annuelle des bénéficiaires en 2022 serait de 33 USD par mois, avec une franchise annuelle maximale de 480 USD. (Les personnes ayant droit à l'« Extra Help » [aide exceptionnelle] sont exonérées de la franchise.)

Les bénéficiaires dont les revenus sont supérieurs à 87 000 USD (ou 174 000 USD, s'il s'agit d'une déclaration au nom des deux époux) auront un supplément à payer en plus de leur cotisation. Par exemple, une personne ayant touché des revenus entre 88 000 et 111 000 USD en 2019 paiera 12,30 USD supplémentaires par mois en 2020.

Le montant de la franchise et de la prime ne peuvent pas être modifiés au cours de l'année de la police ; en revanche, tous les montants de la « Part D » peuvent changer d'une année sur l'autre. Chaque automne, les bénéficiaires reçoivent un « Annual Notice of Change » (avis annuel de changements) détaillant le prix des garanties pour l'année à venir.

Q : Quelle est la part que je dois m'attendre à payer pour les médicaments

remboursés avec le Medicare Part D ?

La liste des médicaments pris en charge par la couverture a pour nom le « formulary » (tableau des médicaments remboursés). Il est différent pour chaque régime de couverture mais tous les régimes sont tenus de prendre en charge tout un ensemble de médicaments utilisés couramment par les bénéficiaires, dont les anticancéreux. De la structure du régime dépend son coût. De nombreux régimes divisent leurs tableaux des médicaments remboursés en niveaux, dont le tarif varie d'un niveau à l'autre. Un médicament figurant à un niveau de remboursement plus élevé risque de coûter plus cher qu'un médicament répertorié dans un niveau plus faible. Le coût peut aussi dépendre de la pharmacie qui délivre les médicaments de l'ordonnance. On peut réduire les coûts en achetant les médicaments dans les pharmacies agréées du réseau, de préférence aux autres.

Q : Quelles sont les quatre phases de prise en charge du Medicare Part D, et quelle incidence auront-elles sur mes dépenses ?

Pour chaque régime de couverture du « Part D », il y a en principe quatre périodes de couverture chaque année. Les prix payés par les bénéficiaires pour les médicaments sur ordonnance peuvent être variables tout au long de l'année selon la phase de couverture dans laquelle se trouve leur régime.

- Franchise annuelle (« Annual Deductible ») : Les bénéficiaires assujettis à une franchise commencent par régler le prix des médicaments sur ordonnance jusqu'à ce que le plafond de leur franchise soit atteint.
- Prise en charge initiale (« Initial Coverage ») : Pendant ce temps, une portion du coût de l'ensemble des médicaments sur ordonnance est pris en charge, les particuliers acquittant le tiers-payant ou le ticket modérateur. La durée de cette phase dépend du coût de chaque médicament et de la structure du régime en question. Pour la plupart des régimes en 2022, quand la somme des montants acquittés par le particulier et des remboursements de médicaments pris en charge atteint 4 430 USD, la phase de prise en charge initiale se termine.
- Interruption de prise en charge (« Coverage Gap ») : L'interruption de prise en charge, (dont l'autre nom en américain est « donut hole », trou du donut) commence lorsque le plafond de dépenses de médicaments prévu par le régime est atteint. À partir de là, les particuliers doivent acquitter 25 % du coût des médicaments de marque (ou « princeps ») et des génériques vendus sur ordonnance, jusqu'à ce qu'ils atteignent le plafond des dépenses engagées à titre personnel (7 050 USD en 2022). Les coûts qui peuvent servir à s'exonérer de l'interruption de prise en charge sont la franchise, la part de ticket modérateur ou de tiers-payant pendant la période de prise en charge initiale, 95 % du coût des médicaments princeps remboursables achetés pendant la période d'interruption de prise en charge et la dépense totale engagée pour les princeps et les génériques pendant la cessation de prise en charge. De plus, les remboursements effectués dans le cadre des programmes d'aide à la famille ou les programmes d'aide aux dépenses pharmaceutiques de l'État (State Pharmaceutical Assistance Programs, ou « SPAP »), les programmes

d'aide à l'achat de médicaments pour le sida (« AIDS Drug Assistance Programs ») et l'« Indian Health Service » (service de soins pour la population amérindienne) pour le compte des bénéficiaires sont aussi comptés comme des dépenses engagées à titre personnel.

- La phase « catastrophique » (« catastrophic phase ») : Au cours de cette phase, qui suit l'interruption de prise en charge, les bénéficiaires paient soit 5 % du ticket modérateur soit 3,95 USD de tiers-payant pour les génériques et 9,85 USD pour les médicaments princeps. Cette période se termine à la fin de l'année d'exercice du régime.

Q : Les médicaments sont-ils pris en charge par les régimes Medicare Advantage ? Si oui, quelle différence de prise en charge y a-t-il entre Medicare Advantage et le Medicare de base avec le « Part D » ?

Le Medicare de base comprend l'hospitalisation (« Part A ») et les consultations médicales (« Part B ») et offre la possibilité d'ajouter le remboursement des médicaments sur ordonnance (« Part D »). Medicare Advantage (« Part C ») comprend généralement tous ces services proposés en offres groupées, qui englobent parfois également les soins dentaires, ophtalmologiques et auditifs, alors que ces deux dernières ne faisaient pas partie du Medicare de base. Il y a généralement une différence de coût entre les deux options : pour certaines offres de Medicare Advantage, le plafond des dépenses engagées à titre personnel est plus bas que celui du Medicare de base. La possibilité de choisir les prestataires médicaux est elle aussi différente selon les offres. Les bénéficiaires du Medicare de base peuvent consulter n'importe quel médecin ou hôpital acceptant Medicare, tandis que les bénéficiaires de Medicare Advantage doivent généralement se limiter aux prestataires du réseau.

Q : Quel est le nouveau programme de tests offert aux utilisateurs d'insuline dans le cadre de la partie D ?

Il arrive que les personnes atteintes de lésion de la moelle épinière finissent par avoir besoin d'une insulinothérapie pour traiter leur diabète. Le Center for Medicare & Medicaid Services a instauré le « Part D Senior Savings Model » (modèle d'épargne pour les seniors) comme moyen de tester la possibilité de leur offrir de l'insuline à un coût mensuel moins onéreux et plus prévisible. Les régimes qui participent à ce modèle offrent la prise en charge d'une quote-part de 35 dollars pour la fourniture d'insuline lors des phases de couverture avec franchise, de couverture de base et d'interruption de prise en charge. Les bénéficiaires peuvent comparer les régimes et trouver des prestataires qui participent au Senior Savings Model Plan au moyen de l'utilitaire de recherche de Medicare sur Medicare.gov ou en appelant le 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Les utilisateurs de la messagerie TTY peuvent appeler le 1-877-486-2048.

Q : Comment le Medicare Part D travaille-t-il avec les autres mutuelles ?

Dans certains cas, il arrive que l'on soit bénéficiaire du Medicare Part D en plus d'une couverture santé obtenue dans le cadre de la retraite ou par l'intermédiaire de l'employeur d'un membre de la famille assuré. Si c'est le cas, il sera nécessaire de déterminer qui intervient comme payeur de premier rang. Selon la coordination des règles relatives aux prestations sociales, Medicare jouera

le rôle de payeur soit de premier soit de second rang. Par exemple si un retraité de moins de 65 ans handicapé est bénéficiaire du Medicare Part D et d'une couverture par l'intermédiaire d'un membre de sa famille qui travaille dans une société de plus de 100 salariés, Medicare sera le payeur de second rang ; dans le même cas de figure, si la société a moins de 100 salariés, Medicare sera le payeur de premier rang.

Pour les personnes bénéficiant à la fois de Medicaid et de Medicare, le coût des médicaments sur ordonnance est généralement pris en charge par Medicare. Les personnes qui sont totalement assurées par Medicaid et qui vivent dans des établissements de soins infirmiers qualifiés n'ont rien à payer pour les médicaments sur ordonnance pris en charge ; pour celles qui bénéficient d'une prise en charge intégrale et qui vivent en foyer de vie ou en foyer pour handicapés, il y restera une petite quote-part à payer pour chaque médicament pris en charge.

Q : Faut-il souscrire à Medicare Part D si on bénéficie d'une mutuelle cotisée via son employeur ?

Non. Medicare Part D est une assurance destinée au remboursement des médicaments sur ordonnance souscrite sur la base du volontariat. Toutefois, les particuliers qui ont besoin de s'inscrire à Medicare Part D en dehors de la période d'inscription annuelle auront à verser une pénalité de retard égale à 1 % du montant de la prime moyenne annuelle pour chaque mois où ils n'ont pas bénéficié de la garantie au niveau de la prestation de base du Part D.

Q : Quelle est la période annuelle d'inscription à Medicare Part D ?

Chaque année, les personnes peuvent s'inscrire à Medicare ou changer de régime, y compris le Part D, lors d'une période d'inscription ouverte entre le 15 octobre et le 7 décembre. La garantie commencera alors au 1er janvier de l'année suivante. Les personnes qui atteignent leur 65ème anniversaire peuvent s'inscrire pour ce que l'on appelle une période d'inscription initiale qui commence trois mois avant leur anniversaire et se prolonge trois mois après le mois de leur naissance. Les personnes handicapées peuvent s'y inscrire après avoir touché la « Social Security Disability Insurance »(ou SSDI , assurance de la sécurité sociale pour le handicap) pendant 24 mois ; il n'y a pas de délai d'attente pour les personnes atteintes de scoliose latérale amyotrophique, qui ont droit à une inscription automatique à Medicare le mois de leur premier versement de la SSDI.

Quand on a un « Part D », il est possible de changer de couverture en dehors de la période annuelle d'inscription sans pénalité si des événements de la vie tels qu'une sortie d'une zone de garantie ou l'entrée ou la sortie d'un service de réhabilitation ou d'un établissement de soins infirmiers qualifiés nécessite ce changement.

Q : Que faire si je n'ai pas les moyens de souscrire à une couverture Part D, ou si à un moment ou un autre j'ai besoin d'aide pour payer ma couverture santé ?

Une subvention pour les bénéficiaires à faibles revenus du Part D, appelé « *Extra Help* » (aide supplémentaire) est accordée par l'administration de la sécurité sociale. Pour y avoir droit en 2022, le plafond de revenu annuel est fixé à 19 320 USD pour une personne seule ou de

26 130 USD pour un couple marié vivant sous le même toit. Avec l'« *Extra Help* », chaque médicament générique pris en charge ne coûtera pas plus de 3,95 USD, et chaque princeps, pas plus de 9,85 USD. Les personnes ayant droit à une « *Extra Help* » partielle paieront au maximum 15 % des coûts des médicaments sur ordonnance pris en charge par la garantie, jusqu'à ce qu'ils atteignent le plafond de dépenses engagées à titre personnel.

Certains États offrent des programmes d'aide pour payer les dépenses de pharmacie (« pharmaceutical assistance programs », ou « SPAP ») destinés à aider les bénéficiaires à supporter les coûts du Part D tels que les primes, les franchises et les tiers-payants. Bien que les conditions de revenu et le détail de ces programmes diffèrent d'un État à l'autre, plusieurs offrent une assistance pendant la phase d'interruption de prise en charge. Vous trouverez la liste des programmes proposés sur le site des Centers for Medicare & Medicaid Services : <https://www.medicare.gov/plan-compare/#/pharmaceutical-assistance-program/states/?lang=en&year=2022>.

Il y a aussi des laboratoires pharmaceutiques qui offrent des programmes pour aider des bénéficiaires ayant souscrit au Part D : Vous trouverez la liste des programmes proposés sur le site des Centers for Medicare & Medicaid Services : <https://www.medicare.gov/plan-compare/#/pharmaceutical-assistance-program/states/?lang=en&year=2022>.

Vous trouverez des conseils pour faire une demande pour bénéficier de l'« *Extra Help* » et des programmes SPAP ou pour vous faire aider à comprendre les coûts de Medicare auprès des centres du Conseil national sur les prestations sociales pour personnes âgées (National Council on Aging Benefits Enrollment Centers). Vous trouverez la liste de ces sites sur <https://www.ncoa.org/article/meet-our-benefits-enrollment-centers>.

Q : À qui puis-je m'adresser pour obtenir d'autres conseils sur l'évaluation et le choix d'un régime de couverture ?

S'y retrouver dans les offres de garanties du Medicare Part D peut sembler un véritable casse-tête, mais il est capital de bien choisir celles qui répondent à vos besoins médicaux.

Medicare propose un court questionnaire sur <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/how-to-get-prescription-drug-coverage/6-tips-for-choosing-medicare-drug-coverage> pour aider les personnes à déterminer leurs priorités et affiner leur recherche. Les bénéficiaires peuvent aussi appeler le 1-800-MEDICARE ou aller sur la page de chat en direct de Medicare.gov et poser leurs questions sur <https://chat.mymedicare.gov/chatclient/chatrequest.aspx>.

Les « State Health Insurance Assistance Programs », programmes d'assistance sur l'assurance-maladie des États, financés par l'Administration for Community Living, apportent une aide individualisée pour étudier les différentes options des régimes de couverture maladie ou de prise en charge des médicaments sur ordonnance. Appelez le 1-877-839-2675 ou allez sur le site shiphelp.org ([http://shiphelp.org/](http://shiphelp.org)) pour contacter l'agence la plus proche de votre domicile.

Solliciter des groupes de défense, dont la tâche est de rendre les soins médicaux plus abordables pour les adultes âgés et les personnes handicapées, peut aussi être un excellent moyen pour se faire aider à mieux comprendre le Medicare Part D. Le « Medicare Rights Center », centre de

conseil sur les droits à Medicare, propose un site interactif complet (<https://www.medicareinteractive.org/contact-us>) qui donne des explications sur toutes les options de couverture de Medicare. Il y a aussi des conseillers à votre disposition pour répondre aux questions du lundi au vendredi accessibles par un numéro gratuit (1-800-333-4114). Le Center for Medicare Advocacy offre des webinaires (<https://medicareadvocacy.org/webinars/>) et des tours d'horizon détaillés sur divers sujets, dont le Medicare Part D.

Sources : Centers for Medicare & Medicaid Services, Kaiser Family Foundation, National Council on Aging, Social Security Administration, Medicare Rights Center, The Center for Medicare Advocacy.

Vous souhaitez parler à quelqu'un ?

Nos agents spécialisés répondent à vos questions.

Appelez notre numéro gratuit 1-800-539-7309 du lundi au vendredi, de 9:00 à 20:00 EST.

Prenez rendez-vous par téléphone ou posez une question en ligne au

<https://www.christopherreeve.org/fr/get-support/ask-us-anything/form>,

Les informations contenues dans ce message sont présentées dans le but de vous informer et de vous sensibiliser quant à la paralysie et ses effets. Rien de ce qui est contenu dans ce message ne doit être interprété comme un diagnostic ou un traitement médical et utilisé au lieu et place de l'avis de votre médecin ou de tout autre prestataire de soins de santé qualifié. Si vous avez des questions liées aux soins de santé, veuillez appeler ou consulter rapidement votre médecin ou tout autre prestataire de soins de santé qualifié. Consultez toujours votre médecin ou un autre prestataire de soins de santé qualifié avant de vous lancer dans un nouveau traitement, un nouveau régime ou un nouveau programme de remise en forme. Ne jamais ignorer un avis médical ni tarder à le demander suite au contenu de ce message.

Cette publication est supportée par l'Administration for Community Living (ACL), U.S. Department of Health and Human Services (HHS) dans le cadre d'une aide financière d'un montant total de 8 700 000 \$, financée à 100 % par l'ACL/HHS. Le contenu de ce document est celui de l'auteur ou des auteurs et ne représente pas nécessairement le point de vue officiel de l'ACL/HHS ou du gouvernement américain, ni ne constitue une approbation de leur part.