



Medicare Part D

Sa taong 2020, mahigit sa 62 milyong mga katao ang naka-enroll sa Medicare, isang pederal na health insurance program na naglilingkod sa mga indibiduwal na mas matanda sa 65 taong gulang at lahat ng edad na mayroong mga kapansanan. Ang Medicare Part D, isang stand-alone na prescription drug program, ay isa sa maraming mga coverage supplement na available sa mga beneficiary ng Medicare.

Tanong: Ano ang Medicare Part D?

Ang Medicare Part D ay isang opsyonal na prescription drug supplement na naghahandog sa mga beneficiary ng mapagpipilian na aprubado ng gobyerno na mga coverage plan na pinangangasiwaan ng mga pribadong insurance company. Di tulad ng Medicare Advantage, na nagdadagdag ng prescription drug coverage sa isang pagpapa-ospital at medical insurance plan na pumapalit sa orihinal na Medicare, ang Medicare Part D ay isang "stand alone (nag-iisa lang)" na plan na sakop ang mga reseta lang.

Tanong: Anong uri ng mga gastusing maaasahan kong bayaran para sa Medicare Part D mismo?

Ang lahat ng mga plan ng Medicare Part D ay may kasamang mga sumusunod na gastusin: coninsurance (isang porsiyento ng mga gastos sa gamot) o copayment (isang naitakdang halaga sa dolyar) sa unang coverage period; isang buwanang premium; at isang taunang deductible (mababawas na halaga). Ang Centers for Medicare and Medicaid Services ay nagtantiya na ang average na premium para sa mga beneficiary sa taong 2022 ay \$33 kada buwan, na may maximum na taunang deductible na \$480. (Para doon sa mga kuwalipikado sa "Extra Help (Dagdag na Tulong)", walang deductible.)

Ang mga beneficiary na ang kita ay higit sa \$87,000 (o \$174,000, kung joint na mag-file kasama ng asawa) ay may ibabayad na karagdagang halaga kasama ng premium ng plan. Halimbawa, ang isang indibiduwal na kumita sa pagitan ng \$88,000 at \$111,000 sa taong 2019, ay nagbayad ng dagdag na \$12.30 kada buwan sa taong 2020.

Habang ang deductible ng plan at premium nito ay hindi mababago sa taon ng policy, ang lahat ng mga gastusin sa Part D ay mababago bawat taon. Tuwing fall, ang mga beneficiary ay makakatanggap ng "Annual Notice of Change" kung saan nakadetalye ang lahat ng mga gastusin sa plan para sa darating na taon.

Tanong: Anong mga klaseng gastusin ang maaasahan kong bayaran para sa

mga gamot na covered ng Medicare Part D?

Ang listahan ng mga covered na gamot ng plan ay nakalista sa formulary. Ang bawat plan ay may iba't ibang formulary, pero ang lahat ng mga plan ay hinihiling na sumakop sa komprehensibong mapagpipilian ng mga gamot na karaniwang ginagamit ng mga beneficiary, kasama na iyong mga gumagamot sa cancer. Ang gastusin rin ay batay sa balangkas ng plan mismo. Maraming mga plan ay nakaayos ang mga formulary ayon sa mga tier, na nag-iiba iba ang presyo ayon sa tier. Ang gamot na nakalista sa mas mataas na tier ay marahil na mas mahal kaysa isang matatagpuan sa mas mababang tier. Ang parmasya na nagpupuno sa reseta ay may epekto rin sa gastos. Ang paggamit sa mga piling parmasya ng plan, laban doon sa labas ng network, ay maaaring magpababa sa mga gastusin.

Tanong: Ano ang apat na mga parte ng coverage ng Medicare Part D at paano nito maapektuhan ang aking mga gastusin?

Ang lahat ng mga Part D plan ay may apat na posibleng panahon ng coverage bawat taon. Ang mga binabayaranang presyo ng mga beneficiary para sa inireresetang gamot ay magkakaiba sa bung taon depende sa anong parte ng coverage ang plan nila.

- **Taunang Deductible:** Ang mga beneficiary na ang mga plan ay may deductible na sisimulang bayaran para sa mga reseta hanggang maabot na ang natiyak na limitasyon para sa deductible.
- **Unang Coverage:** Sa panahong ito, sasakupin ng plan ang isang parte ng mga gastusin para sa lahat ng mga covered na reseta habang nagbabayad ang mga indibiduwal ng isang copayment o coinsurance fee. Ang tagal ng parteng ito ay depende sa indibiduwal na gastusin sa gamot at ang balangkas ng tiyak na plano. Para sa karamihang mga plan sa 2022, kapag ang pinagsamang halaga na binayaran ng mga indibiduwal at ng plan para sa mga covered na gamot ay umabot sa \$4430, ang paunang parte ng coverage ay magtatapos.
- **Coverage Gap:** Ang coverage gap, ay tinatawag rin na "donut hole," ay nagsimula nang ang drug plan ay umabot sa limitasyon sa paggastos nito. Sa puntong ito, ang mga indibiduwal ay responsable sa pagbabayad ng 25% ng mga gastusin ng parehong may tatak at generic na mga reseta hanggang maabot nila ang isang partikular na halaga ng out-of-pocket na gastusin (\$7050 sa 2022.) Ang mga gastusin na maipapataw sa pagkuha ng coverage gap ay kinabibilangan ng deductible, ang halagang binayaran sa coinsurance o copayment sa unang coverage period 95% ng gastusin na covered ng may tatak na gamot na binili habang may coverage gap, at ang total na ginastos sa parehong covered na may tatak at generic na mga gamot habang may coverage gap. Dagdag pa dito, ang mga bayad ng pamilya o State Pharmaceutical Assistance Programs (SPAPs), AIDS Drug Assistance Programs, at ng Indian Health Service sa ngalan ng mga beneficiary ay napapasama rin sa total na out-of-pocket (sariling bayad) na gastusin.
- **Catastrophic Phase:** Sa parteng ito, na kasunod ng coverage gap, ang mga beneficiary ay magbabayad ng 5% coinsurance o \$3.95 copayment para sa mga generic na gamot, at

\$9.85 para sa mga may tatak na gamot. Ang panahong ito ay magtatagal hanggang sa katapusan ng taon ng plan.

Tanong: Ang mga gamot ba ay covered sa ilalim ng Medicare Advantage na mga plan? Kung gayon, ano ang mga pagkakaiba ng coverage sa Medicare Advantage Plans kumpara sa orihinal na Medicare with Part D?

Ang Orihinal na Medicare ay may kasamang pagpapa-ospital (Part A) at medikal (Part B), at ang opsyon na magdagdag ng prescription drug coverage (Part D.) Ang Medicare Advantage (Part C) ay karaniwang binubuo ng lahat ng mga serbisyong ito sa mga bundled plan na minsan ay may kasama rin na dental, vision at hearing coverage na wala sa orihinal na Medicare. Karaniwang may pagkakaiba sa halaga ng dalawang opsyon; ang ilang mga Medicare Advantage plan ay may mas murang out-of-pocket na mga gastusin kaysa sa orihinal na Medicare. Ang kakayahan na pumili ng mga provider ay nag-iiba rin ayon sa mga plan. Ang mga beneficiary ng orihinal na Medicare ay maaaring bumisita sa kaninumang doktor o ospital na tumatanggap ng Medicare, habang ang Medicare Advantage na mga beneficiary ay karaniwang dapat manatili sa network ng plan.

Tanong: Ano ang bagong Part D test program na inaalok para sa mga gumagamit ng insulin?

Ang mga taong may spinal cord injury ay maaaring lumaon mangailangan ng insulin therapy para magamot ang diabetes. Ang Centers for Medicare & Medicaid Services ay nagpakilala ng Part D Senior Savings Model bilang pamamaraan ng pagsusuri sa posibilidad ng paghahandog ng insulin sa mas abot-kaya at maaasahang halagang buwanang gastusin. Ang mga plan na kasali sa modelong ito ay maghahandog ng maximum copay na \$35 bawat isa para sa supply sa isang buwan ng insulin sa deductible, paunang coverage, at coverage gap na mga parte. Maaring magkumpara ang mga beneficiary ng mga plan at tukuyin ang mga kalahok sa Senior Savings Model Plan sa pamamagitan ng Medicare Plan Finder sa Medicare.gov o sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga TTY user ay maaaring tumawag sa 1-877-486-2048.

Tanong: Paano gumagana ang Medicare Part D kasabay ng iba pang insurance?

Sa ilang mga kaso, ang iba ay maaaring may Medicare Part D kasabay ng insurance mula sa isang retirement group health plan o sa pamamagitan ng coverage mula sa kasalukuyang employer ng miyembro ng pamilya. Kung gayon, kinakailangang pasyahan kung sino ang maglilingkod bilang pangunahing tagapagbayad. Depende sa koordinasyon ng mga tuntunin sa benepisyo, ang Medicare ay maglilingkod bilang primary o secondary na tagapagbayad. Halimbawa, kung ang isang retired na indibiduwal na mas bata sa edad na 65 taong gulang na may kapansanan ay may Medicare Part D at coverage mula sa miyembro ng pamilya na kasalukuyang nagtatrabaho sa isang kompanya na may higit sa 100 mga empleyado, ang Medicare ang secondary na tagapagbayad; sa parehong scenario, kung ang kompanya ay may mas kaunti sa 100 mga empleyado, ang Medicare ang pangunahing tagapagbayad.

Para sa mga taong may parehong Medicaid at Medicare, ang mga gastusin sa reseta ay karaniwang covered ng Medicare. Para doon sa mga may full coverage mula sa Medicaid na naninirahan sa skilled nursing facilities, walang gagastusin para sa mga covered na inireresetang gamot; para doon sa mga may full coverage na naninirahan sa assisted living o adult living facility, isang maliit na copayment ang kailangan para sa bawat covered na gamot.

Tanong: Kailangan mo bang bumili ng Medicare Part D kung mayroon kang health insurance coverage mula sa employer?

Hindi. Ang Medicare Part D ay isang boluntaryong prescription drug coverage plan. Gayunman, ang mga indibiduwal na kailangan na mag-sign up para sa Medicare Part D sa labas ng taunang enrollment period ay kailangang magbayad ng multa sa pagbabayad ng huli na katumbas ng 1% ng national average premium na halaga kada buwan na nagkulang sila ng coverage sa level ng standard Part D na benepisyo.

Tanong: Ano ang taunang enrollment period para sa Medicare Part D?

Bawat taon, ang mga indibiduwal ay maaaring mag-sign up o magbago ng kasalukuyang mga Medicare na plan kasama ang Part D sa isang bukas na enrollment period sa pagitan ng Oktubre 15 at Disyembre 7. Ang coverage ay mag-uumpisa Enero 1 ng susunod na taon. Ang mga taong aabot sa 65 taong gulang ay maaaring mag-sign up para sa Medicare na tinatawag na paunang enrollment period na mag-uumpisa ng 3 buwan bago ang kanilang kaarawan at tatagal hangang tatlong buwan pagkatapos ng buwan ng kaarawan. Ang mga indibiduwal na may kapansanan ay maaaring mag-enroll makalipas na makatanggap sila ng Social Security Disability Insurance (SSDI) ng 24 buwan; Walang waiting period para sa mga indibiduwal na may amyotrophic lateral sclerosis, na karapat-dapat para sa automatic na enrollment sa Medicare sa buwan ng kanilang unang pagbabayad sa SSDI.

Ang Part D plan ay maaaring baguhin sa labas ng taunang enrollment period ng walang multa kung may mga pangyayari sa buhay, tulad ng pag-alis sa coverage area o papasok o palabas mula sa rehabilitation o skilled nursing facility, ay kailangan ng pagbabago.

Tanong: Paano kong hindi ko kayang bayaran ang Part D na plan, o kailangan ng tulong sa mga gastusin sa isang punto ng aking coverage?

Isang low-income subsidy para sa mga beneficiary ng Part D na tinatawag na *Extra Help* ay available sa pamamagitan ng Social Security Administration. Para maging kuwalipikado sa taong 2022, ang taunang kita ay dapat limitado sa \$19,320 para sa indibiduwal o \$26,130 para sa mag-asawa na magkasama sa tirahan. Sa *Extra Help*, ang mga gastusin para sa bawat covered na generic drug ay hindi hihigit sa \$3.95, at para sa bawat covered na may tatak na gamot, hindi hihigit sa \$9.85. Ang mga indibiduwal na kuwalipikado para sa bahagyang *Extra Help* ay magbabayad ng hindi hihigit sa 15% ng covered na gastusin sa mga inireresetang gamot ng plan hanggang umabot ang mga ito sa out-of-pocket na limitasyon.

Ang ilang mga estado ay naghahandog ng pharmaceutical assistance programs (SPAPs) na nilikha para makatulong sa mga beneficiary na namamahala ng mga gastusin sa Part D tulad ng mga premium, deductible, at mga copayment. Kahit na ang ilang mga kahilingan para sa kita at

mga partikular ng program ay nag-iiba iba ayon sa estado, maraming nagkakaloob ng tulong habang may coverage gap na parte. Isang listahan ng kasalukuyang mga program ang matatagpuan sa Centers for Medicare & Medicaid Services sa <https://www.medicare.gov/plan-compare/#/pharmaceutical-assistance-program/states/?lang=en&year=2022>.

Ang mga pharmaceutical na kompanya ay minsan may inaalok din na mga programa para tulungan ang mga beneficiary na naka-enroll sa Part D; isang listahan ng kasalukuyang mga program ang matatagpuan sa Centers for Medicare & Medicaid Services sa <https://www.medicare.gov/plan-compare/#/pharmaceutical-assistance-program/states/?lang=en&year=2022>.

Ang tulong sa pag-apply para sa Extra Help at mga program ng SPAP, o para sa karagdagang tulong sa pag-navigate sa mga gastusin ng Medicare, ay matatagpuan sa National Council on Aging Benefits Enrollment Centers. Ang listahan ng mga kasalukuyang site ay matatagpuan sa <https://www.ncoa.org/article/meet-our-benefits-enrollment-centers>.

Tanong: Sino ang puwede kong kausapin para makakuha ng tulong sa pagtatasa at pagpili ng plan?

Ang pagbabasa ng mga Medicare Part D na plan ay minsan para sobrang daming impormasyon, pero ang maingat na pagpili ay kritikal para matugunan ang mga pangangailangan sa kalusugan.

Ang Medicare ay may maikling kuwestiyonaryo sa <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/how-to-get-prescription-drug-coverage/6-tips-for-choosing-medicare-drug-coverage> para matulungan ang mga indibidwal na makilala ang mga priyoridad habang pinapakaunti nito ang kanilang paghahanap. Ang mga beneficiary ay maaari rin tumawag sa 1-800-MEDICARE o bumisita sa Medicare.gov Live Chat kung may mga tanong sa <https://chat.mymedicare.gov/chatclient/chatrequest.aspx>.

Ang State Health Insurance Assistance Programs, ay pinondohan ng Administration for Community Living, naghahandog ng one-on-one na assistance sa pagbabalik-aral sa kalusugan o mga opsyon para sa prescription drug plan. Tumawag sa 1-877-839-2675 o bumisita sa shiphelp.org (<http://shiphelp.org/>) para makipag-ugnayan sa iyong lokal na office.

Ang mga advocacy group ay nagtatrabaho para mapalawak ang access sa abot-kayang health care para sa mas nakatatandang mga adult at sa mga taong may kapansanan ay mainam rin na dulugan para mas maunawaan ang Medicare Part D. Ang Medicare Rights Center ay naghahandog ng isang komprehensibong interactive na site (<https://www.medicareinteractive.org/contact-us>) na nagpapaliwanag sa lahat ng mga opsyon sa coverage ng Medicare. Ang mga counselor ay available rin na sagutin ang mga tanong ninyo Lunes hanggang Biyernes sa toll-free hotline nila (1-800-333-4114). Ang Center for Medicare Advocacy ay naghahandog ng mga webinars (<https://medicareadvocacy.org/webinars/>) at mga detalyadong malawakang pananaw sa iba't ibang gma paksa, kasama na ang Medicare Part D.

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

Gusto mong may makausap?

Ang aming Information Specialist ay available na sagutin ang iyong mga tanong. Tumawag ng toll-free 1-800-539-7309 Lunes hanggang Biyernes, 9 am-8 pm EST. Mag-schedule ng tawag o magtanong online sa <https://www.christopherreeve.org/tl/get-support/ask-us-anything/form>

Ang impormasyong nilalaman ng mensaheng ito ay ipinapakita para sa layunin ng pagtuturo at pagbibigay impormasyon sa iyo tungkol sa paralysis at mga epekto nito. Walang anumang nilalaman sa mensaheng ito ay dapat pakahulugan ni hindi nilalayon na gamitin bilang medikal na diagnosis o paggagamot. Hindi ito dapat pumalit sa payo ng iyong doktor o iba pang kuwalipikadong health care provider. Kung mayroon kang mga tanong na may kaugnayan sa pangangalaga ng kalusugan, mangyaring tawagan o magpatingin sa iyong doktor o iba pang kuwalipikadong health care provider kaagad. Parating magpakonsulta sa iyong doktor o iba pang kuwalipikadong health care provider bago magsimula ng bagong treatment, diet o fitness program. Hindi mo kailanman dapat di pansinin o patagalin ang mga ito dahil sa isang bagay na nabasa mo sa mensaheng ito.

Ang publikasyon na ito ay sinusuportahan ng Administration for Community Living (ACL), U.S. Department of Health and Human Services (HHS) bilang bahagi ng pinansiyal na tulong na may total na \$8,700,000 na may 100 porsiyentong pagpopondo ng ACL/HHS. Ang mga nilalaman ay iyong mula sa (mga) may akda at hindi nangangahulugan na opisyal itong mga pananaw, ni hindi pag-endorso, ng ACL/HHS, o ng Gobyerno ng Estados Unidos.