



Información que los Socios Pueden Usar Para:

# Entender los Costos Reales-de-su-Bolsillo (TrOOP)

Cobertura de Medicare para Recetas Médicas

Revisada en diciembre 2007

Los costos reales-de-su-bolsillo (TrOOP por su sigla en inglés) son los costos que cuentan hacia el límite del plan de Medicare para recetas médicas de \$4,050 para el 2008. Estos costos determinan el comienzo de la cobertura catastrófica de una persona. El plan de medicamentos no perderá de vista los costos TrOOP de cada persona. Cada mes que una persona compre prescripciones cubiertas por su plan, se le enviará por correo una Explicación de Beneficios Medicare que le explica sus costos TrOOP hasta la fecha.

## ¿Qué pagos cuentan hacia TrOOP?

Los siguientes pagos cuentan hacia los costos reales-de-su-bolsillo de una persona:

- La cantidad que una persona paga por sus recetas médicas antes de que su plan de medicamentos comience a pagar (deducible anual)
- La cantidad que una persona paga por cada receta (los copagos o coseguros)
- Los pagos que una persona haga durante el tiempo que son responsables por el 100% de los costos de medicinas (en la falta de cobertura)
- Cualquier cantidad que una persona utilice de su cuenta de ahorros médico en los deducibles de su Plan Medicare de Recetas Médicas, o costos compartidos, si la persona tiene un Plan de Cuenta de Ahorros Médico de Medicare (MSA por su sigla en inglés) y un Plan Medicare de Recetas Médicas

Los pagos hechos contarán solamente hacia TrOOP si las medicinas:

- Están en el formulario del plan
- No están en el formulario, pero por una determinación de la cobertura, el proceso de excepciones, o una apelación especial que fue autorizada para que cuente hacia los costos reales de-su-bolsillo
- Fueron compradas en una farmacia de la red
  - Fueron compradas en una farmacia fuera de la red de acuerdo con la póliza del plan para farmacias fuera de la red.



## ¿Qué pagos cuentan hacia TrOOP? (continuación)

Los pagos que **cuentan** como costos reales-de-su-bolsillo son los pagos hechos por

- Personas con Medicare
- Miembros o amigos de la familia
- Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica
- Ayuda adicional de Medicare (subsidio de bajo ingreso)
- La mayoría de las caridades benéficas (a menos que esté trabajando bajo, sea establecido, o sea controlado por, un empleador o un sindicato actual o anterior)

## ¿Qué pagos **NO** cuentan hacia TrOOP?

Los siguientes pagos **no cuentan** hacia los costos reales del bolsillo de una persona:

- La prima mensual
- Medicinas que fueron compradas fuera de los Estados Unidos y sus territorios
- Medicinas no cubiertas por el plan
- Medicinas cubiertas por el plan que son excluidas por la ley de Medicare (tales como benzodiazepines)
- Medicinas o vitaminas que se compran sin receta (aun cuando son requeridas por el plan como parte de la terapia de pasos)

Los pagos que **no cuentan** como costos reales-de-su-bolsillo son los pagos hechos por

- Los Planes de Salud Grupal tales como el Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales (FEHBP por su sigla en inglés) o la cobertura para empleados retirados de su empleador o sindicato
- Otros tipos de seguros
- Programas de salud financiados por el Gobierno tales como TRICARE, Compensación del Trabajador, Servicios de Salud Indígena (IHS por su sigla en inglés), Centros de Salud Habilitados Federalmente (FQHC), Programa Estatal de Seguro Médico para Niños (SCHIP), beneficios de enfermedad pulmonar minera o del pulmón negro, y fondos del Acta CARE Ryan White.
- Otros grupos con una responsabilidad legal de pagar por los costos de medicamentos de una persona

Su plan de Medicare para recetas médicas tiene que saber si una persona tiene cobertura de uno o más de los grupos acabados de mencionar que pagan parte de los costos reales de-su-bolsillo.



## ¿Cómo se afecta TrOOP si una persona cambia de planes para medicamentos aprobados por Medicare?

El balance TrOOP de una persona se transfiere del plan anterior al nuevo plan de Medicare para recetas médicas. Medicare ha establecido procesos para transferir el balance de TrOOP y la información total de gastos del plan de medicinas cuando alguien se da de baja y periódicamente después de eso, según lo requerido, para proporcionar actualizaciones en los últimos reclamos. Puede que la persona necesite darle una copia reciente a su nuevo plan de su Explicación de Beneficios Medicare (EOB pos su sigla en inglés).

## ¿Cuál es el gasto total del plan de medicamentos de una persona?

El gasto total del plan de recetas médicas de una persona incluye:

- La suma de la prima del plan por un año
- La cantidad que paga durante los diversos períodos de la cobertura a través de su plan

Los pagos hechos durante los primeros tres períodos cuentan hacia TrOOP si se hacen de las fuentes antes mencionadas que cuentan como costos reales de-su-bolsillo.

Dependiendo del plan, estos períodos de cobertura pueden incluir lo siguiente:

1. **Pagar el deducible**—cuando una persona paga el costo total de sus medicinas hasta \$275 en el 2008 (pero puede ser menos).
2. **Período de cobertura inicial**—(ICP)—cuando una persona paga una mezcla de copagos o coseguros dependiendo del medicamento y del plan. Este período termina cuando la persona satisface su límite inicial de cobertura (ICL por su sigla en inglés). El ICL es calculado basado en el costo completo (también llamado "precio negociado") de las medicinas que una persona compra. Los copagos o coseguros pagados durante el ICP no son contados.
3. **Falta de cobertura**—cuando una persona paga el costo total del medicamento. Este período comienza cuando la persona alcanza el ICL y continúa hasta que pasan los \$4,050 en el 2008 en costos reales de-su-bolsillo (TrOOP).
4. **Cobertura catastrófica**—comienza cuando los costos reales del-bolsillo de una persona han alcanzado los \$4,050 en el 2008.

Para más información sobre los costos anuales del plan está disponible en la hoja de datos titulada "Cómo se Calcula el Costo Anual" situada en [www.cms.hhs.gov/Partnerships/PFP/list.asp](http://www.cms.hhs.gov/Partnerships/PFP/list.asp) bajo "Publicaciones para Socios" en el sitio Web.



## ¿Qué sucede si la estructura de beneficios del plan anterior y del plan nuevo es diferente?

Como ejemplo, en el plan anterior de una persona no había deducible y el nuevo plan tiene un deducible de \$275. El coseguro o los copagos que la persona pagó durante el período de cobertura inicial en el plan anterior cuenta hacia el deducible en el nuevo plan. El costo real de-su-bolsillo (TrOOP) acumulado a través del coseguro o los copagos en el plan anterior será añadido al TrOOP que la persona comenzará a acumular en el nuevo plan.