

Módulo 2: Planes de salud de la Parte C y otros planes de Medicare

15. D-SNP

Existen diferentes tipos de D-SNP, que incluyen:

- Los SNP completamente integrados de elegibilidad doble (Fully Integrated Dual Eligible, FIDE), brindan a los afiliados con doble elegibilidad acceso coordinado a los beneficios completos de Medicare y Medicaid (que incluye atención primaria de Medicaid para afecciones agudas y servicios y apoyo a largo plazo) a través de una única organización que tiene un contrato de atención administrada de ambos, Medicare Advantage y Medicaid. A partir de 2025, la membresía de FIDE SNP se limita a personas que reciben sus beneficios de Medicaid a través de la organización o de un padre o afiliado de la organización.
- Los SNP altamente integrados de elegibilidad doble (Highly Integrated Dual-Eligible, HIDE) cubren beneficios de Medicaid a través de un contrato capitado entre la agencia estatal de Medicaid y la organización de MA, la organización matriz de la organización de MA o una filial. Los HIDE SNP cubren servicios y apoyos a largo plazo o servicios de salud conductual.
- Los D-SNP de solo coordinación, que no son D-SNP FIDE ni HIDE y generalmente tienen ciertas obligaciones de notificar a la agencia estatal de Medicaid o a su representante designado sobre las admisiones en hospitales y centros de enfermería especializada para ciertas personas de alto riesgo con doble elegibilidad y beneficios totales.

16. D-SNP

- Los planes integrados aplicables son ciertos D-SNP y entidades con un contrato de organización de atención administrada de Medicaid con el estado (MCO) que trabajan juntos para coordinar los beneficios de Medicare y Medicaid proporcionados a los afiliados con doble elegibilidad y beneficios completos, donde el estado requiere que la inscripción en D-SNP sea limitado a personas inscritas tanto en la MCO como en el D-SNP. Los planes integrados aplicables incluyen, entre otros:
 - FIDE SNPS o HIDE SNP que, según la política estatal, solo pueden inscribir a personas con doble elegibilidad y beneficios completos cuyos beneficios de Medicaid estén cubiertos en virtud de un contrato de MCO con el Estado y: la organización MA que ofrece el D-SNP, la organización matriz del D-SNP u otra entidad que es propiedad y está controlada por la organización matriz del D-SNP.
- Los planes integrados aplicables deben tener procesos unificados de apelaciones y quejas para los beneficios de Medicare y Medicaid que simplifiquen los pasos de quejas y apelaciones para sus afiliados con doble elegibilidad y requieran que el plan continúe con los beneficios en espera de una decisión de apelación.

Módulo 3: Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare

6. Descripción general de los cambios para 2025

Como parte de la Ley de Reducción de la Inflación, el Congreso incorporó algunos cambios al programa de la parte D que se implementarán por primera vez en 2025 y se abordan en mayor profundidad en esta capacitación. Esos cambios incluyen:

- eliminar el período de falta de cobertura de la estructura de beneficios de la Parte D y eliminar el programa de descuento por brecha de cobertura del fabricante
- Agregar un nuevo programa de descuentos para fabricantes, según el cual los fabricantes normalmente pagan un descuento del 10 por ciento por los medicamentos aplicables en la fase de cobertura inicial y un descuento del 20 por ciento por los medicamentos aplicables en la fase catastrófica
- un tope sobre los costos de bolsillo del beneficiario de \$2000
- un nuevo programa (el programa de Plan de Pagos de Medicamentos Recetados de Medicare) que ofrece a los beneficiarios la opción de pagar sus gastos de bolsillo de los costos de los medicamentos recetados de la Parte D en importes mensuales a lo largo del año en lugar de en el punto de servicio.

La legislación también impuso otros requisitos a los fabricantes de medicamentos que pueden reducir el costo de los medicamentos de la Parte D.

15. Formularios

- Por lo general, los planes de la Parte D no cubren todos los medicamentos disponibles en cada categoría de medicamentos cubiertos de la Parte D porque en algunos casos hay varios medicamentos disponibles para tratar la misma afección.
- Los planes de la Parte D incluyen los medicamentos de la Parte D que cubren en una lista conocida con el nombre de “formulario”.
 - Los formularios son elaborados por farmacéuticos, médicos y otros expertos.
- Los formularios de los planes de la Parte D deben incluir lo siguiente:
 - al menos dos medicamentos en cada categoría terapéutica
 - medicamentos genéricos y de marca
 - Todos o sustancialmente todos los medicamentos llamados de “clase protegida”
 - Hay seis clases protegidas, que son categorías de medicamentos que tratan afecciones que cambian o mantienen la vida:
 - Antidepresivos
 - Antipsicóticos
 - Anticonvulsivos
 - Inmunosupresores (para la profilaxis del rechazo de trasplantes de órganos)
 - Antirretrovirales
 - Antineoplásicos

21. Plan de beneficios estándares para 2025 (ilustrado)

Cobertura catastrófica
El afiliado paga \$0
\$2000 (out-of-pocket threshold)
Cobertura inicial
El afiliado paga el 25 % de los costos de los medicamentos recetados
\$590 (deducible)
Deducible
El afiliado paga el 100 %

*Tenga en cuenta que debido a que el descuento del fabricante y el costo compartido del afiliado se calculan en función del precio negociado del medicamento por el plan, el descuento aplicable no afectará la aplicación del coseguro estándar del 25 por ciento o la aplicación de un copago a menos que, después de aplicar el descuento Al precio negociado del medicamento, el costo compartido del afiliado excedería el precio con descuento.

Módulo 5: Guía de inscripción Planes Medicare Advantage y planes de la Parte D

44. Información del beneficiario previa a la inscripción: reclamos, cancelación y elementos aplicables solo a ciertos tipos de planes

- Antes de la inscripción, los agentes deben revisar con los beneficiarios cómo pueden presentar un reclamo.
- También deben explicar el derecho a cancelar la inscripción y proporcionar la fecha hasta la cual puede ocurrir una cancelación.
- Si un beneficiario está interesado o es elegible para inscribirse en un MSA, el agente debe revisar con el beneficiario la necesidad de mantener un fideicomiso o una cuenta en custodia para permanecer inscrito en el MSA.
- Si un beneficiario está interesado o es elegible para inscribirse en un plan para necesidades especiales, el agente debe conversar con el beneficiario lo siguiente, según corresponda:
 - La necesidad de calificar para el requisito de condición crónica/incapacitante para los C-SNP.
 - La necesidad de tener Medicaid para calificar para un D-SNP.
 - La necesidad de exigir un nivel de atención institucional para calificar para I-SNP.