Capítulo 6: Lo que paga por sus medicamentos de receta de Medicare y [Insert name of Medicaid program] de Medicaid

Introducción

Este capítulo le informa lo que paga por sus medicamentos de receta para pacientes ambulatorios. Por “medicamentos” nos referimos a:

* Medicamentos de receta de la Parte D de Medicare, **y**
* Medicamentos y artículos cubiertos por Medicaid, **y**
* [Insert if applicable: Medicamentos y artículos cubiertos por nuestro plan como beneficios adicionales.]

Dado que usted es elegible para [insert state-specific name of Medicaid program], obtiene “Ayuda adicional” de Medicare para ayudarle a pagar sus medicamentos de receta de la Parte D de Medicare. [Plans who have $0 cost sharing for all Medicare Part D drugs should remove the remaining language in this paragraph.] Nosotros [insert as appropriate: hemos incluido o enviado] un complemento por separado, denominado “Cláusula de Evidencia de Cobertura para personas que obtienen Ayuda adicional para pagar los medicamentos de receta” (también conocida como “Cláusula de subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula de LIS”), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este complemento, llame a Servicios al miembro y solicite la “Cláusula de LIS”.

|  |
| --- |
| **Ayuda adicional** es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de medicamentos de receta de la Parte D de Medicare, como primas, deducibles y copagos. Ayuda adicional también se denomina “Subsidio por bajos ingresos” o “LIS”. |

Otros términos claves y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su *Manual del miembro*.

Para obtener más información sobre medicamentos de receta, puede buscar en estos lugares:

* Nuestra *Lista de medicamentos cubiertos*.
* A esta la llamamos la “Lista de medicamentos”. En ella le indicamos:
* Qué medicamentos pagamos
* [Plans that do not have cost sharing in any tier or do not have tiers may omit this bullet.] En cuál de los <number of tiers> niveles se encuentra cada medicamento
* Si hay algún límite en los medicamentos
* Si necesita una copia de nuestra Lista de medicamentos, llame a Servicios al miembro. También puede encontrar la copia más actualizada de nuestra Lista de medicamentos en nuestro sitio web en <web address>.
* **Capítulo 5** de su *Manual del miembro*.
* Allí se le indica cómo obtener sus medicamentos de receta para pacientes ambulatorios a través de nuestro plan.
* Incluye reglas que debe seguir. También le indica qué tipos de medicamentos de receta no cubre nuestro plan.
* Nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.
* En la mayoría de los casos, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos. Las farmacias de la red son farmacias que aceptan trabajar con nosotros.
* El *Directorio de proveedores y farmacias* enumera las farmacias de nuestra red. Consulte el **Capítulo 5** de su Manual del miembro para obtener más información sobre las farmacias de la red.

[Plans with no cost-sharing for all outpatient drugs, delete Sections D, E, F, and G and change section H to section D.]

[*Plans should refer to other parts of the Member Handbook using the appropriate chapter number, section, and/or page number. For example, “refer to Chapter 9, Section A, page 1.” An instruction* [*insert reference, as applicable*] *appears with many cross references throughout the Member Handbook. Plans may always include additional references to other sections, chapters, and/or member materials when helpful to the reader.*]

[Plans must update the Table of Contents to this document to accurately reflect where the information is found on each page after plan adds plan-customized information to this template.]

Índice

[A. La *Explicación de beneficios* (EOB) 4](#_Toc127259336)

[B. Cómo hacer un seguimiento de los costos de sus medicamentos 5](#_Toc127259337)

[C. [*Plans with two payment stages, insert:* Etapas de pago de medicamentos de la Parte D de Medicare] [*Plans with one payment stage, insert:* Usted no paga nada por el suministro de un mes [*insert if applicable:* o de largo plazo] de medicamentos] 7](#_Toc127259338)

[C1. [*Plans that do not have cost sharing in any tier may omit this section. Other plans may modify this section based on the tiering structure.*] Nuestros niveles de costos compartidos 8](#_Toc127259339)

[C2. Sus opciones de farmacia 8](#_Toc127259340)

[C3. Cómo obtener un suministro de largo plazo de un medicamento 9](#_Toc127259341)

[C4. Lo que usted paga 9](#_Toc127259342)

[D. Nivel 1: La etapa de cobertura inicial [*Plans with one coverage stage should delete this section*] 10](#_Toc127259343)

[D1. Sus opciones de farmacia 11](#_Toc127259344)

[D2. Cómo obtener un suministro de largo plazo de un medicamento 11](#_Toc127259345)

[D3. Lo que usted paga 12](#_Toc127259346)

[D4. Fin de la etapa de cobertura inicial 14](#_Toc127259347)

[E. Etapa 2: La Etapa de Cobertura Catastrófica [*Plans with one coverage stage should delete this section*] 14](#_Toc127259348)

[F. Sus costos de medicamentos si su médico le receta menos del suministro de un mes completo [*Plans with no Medicare Part D drug cost-sharing should delete this section*] 14](#_Toc127259349)

[G. Asistencia de costos compartidos de medicamentos de receta para personas con VIH/SIDA [*Plans with no Medicare Part D drug cost-sharing delete this section*] 15](#_Toc127259350)

[G1. El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP) 15](#_Toc127259351)

[G2. Si no está inscrito en el ADAP 15](#_Toc127259352)

[G3. Si está inscrito en el ADAP 15](#_Toc127259353)

[H. Vacunas 16](#_Toc127259354)

[H1. Lo que debe saber antes de vacunarse 16](#_Toc127259355)

[H2. Lo que paga por una vacuna cubierta por la Parte D de Medicare 16](#_Toc127259356)

# La *Explicación de beneficios* (EOB)

[Plans with a single payment stage (i.e., no cost-sharing differences between the Initial Coverage Stage and the Catastrophic Coverage Stage), modify this section as necessary.]

Nuestro plan realiza un seguimiento de sus medicamentos de receta. Realizamos un seguimiento de dos tipos de costos:

* Los **gastos directos de su bolsillo**. Esta es la cantidad de dinero que usted u otros en su nombre pagan por sus recetas.
* Sus **costos totales de medicamentos**. Esta es la cantidad de dinero que usted u otros en su nombre pagan por sus recetas, más la cantidad que pagamos nosotros.

Cuando obtiene medicamentos de receta a través de nuestro plan, le enviamos un resumen llamado *Explicación de beneficios*. Lo llamamos EOB para abreviar. La EOB no es una factura. La EOB tiene más información sobre los medicamentos que toma [*insert, as applicable:* como aumentos en el precio y otros medicamentos con costos compartidos más bajos que pueden estar disponibles. Puede hablar con su proveedor de receta sobre estas opciones de menor costo]. La EOB incluye:

* **Información del mes**. El breve informe dice qué medicamentos de receta recibió usted el mes anterior. Muestra los costos totales de los medicamentos, lo que pagamos y lo que usted y otros pagaron por usted.
* **Información del año hasta la fecha**.Estos son sus costos totales de medicamentos y los pagos totales realizados desde el 1 de enero.
* **Información sobre los precios de los medicamentos**. Este es el precio total del medicamento y cualquier cambio porcentual en el precio del medicamento desde el primer surtido.
* **Alternativas de menor costo**. Cuando están disponibles, aparecen en el resumen debajo de sus medicamentos actuales. Puede hablar con su médico para obtener más información.

Ofrecemos cobertura de medicamentos no cubiertos por Medicare.

* Los pagos realizados por estos medicamentos no cuentan como gastos directos de su bolsillo.
* [Insert only if the plan pays for OTC drugs as part of its administrative costs under Medicare Part D, rather than as a Medicaid benefit: También pagamos por algunos medicamentos de venta sin receta médica. Usted no paga nada por estos medicamentos.]
* Para averiguar qué medicamentos cubre nuestro plan, consulte nuestra Lista de medicamentos. [Insert if applicable: Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos de receta y de venta sin receta médica están cubiertos por <insert state-specific name of Medicaid program>. Estos medicamentos están incluidos en la Lista de Medicamentos.]

# Cómo hacer un seguimiento de los costos de sus medicamentos

Para realizar un seguimiento de los costos de sus medicamentos y los pagos que realiza, usamos los registros que obtenemos de usted y de su farmacia. Usted puede ayudarnos de esta manera:

1. Use su tarjeta de identificación del miembro.

Muestre su tarjeta de identificación de miembro cada vez que surta una receta. Esto nos ayuda a saber qué recetas obtiene y cuánto paga.

1. Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.

Envíenos copias de los recibos de los medicamentos cubiertos por los que haya pagado. Puede pedirnos que le reembolsemos [insert if plan has cost-sharing: nuestra cuota del costo de] el medicamento.

Estas son algunas veces en las que debe darnos copias de sus recibos:

* Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no forma parte del beneficio de nuestro plan
* Cuando paga un copago por medicamentos que obtiene a través del programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos
* Cuando compra medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red
* Cuando paga el precio total de un medicamento cubierto

Para obtener más información sobre cómo pedirnos que le reembolsemos [insert if plan has cost-sharing: nuestra cuota del costo de] un medicamento, consulte el **Capítulo 7** de su *Manual del miembro*.

1. Envíenos información sobre los pagos que otros han hecho por usted.

Los pagos realizados por otras personas y organizaciones también cuentan para los gastos directos de su bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un programa de asistencia de medicamentos contra el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud Indígena y la mayoría de las organizaciones benéficas cuentan para los gastos directos de su bolsillo. [Plans should delete the rest of this paragraph if they cover all Medicare Part D drugs at $0 cost-sharing:] Esto puede ayudarlo a calificar para la cobertura catastrófica. Cuando llega a la Etapa de cobertura catastrófica, nuestro plan paga todos los costos de sus medicamentos de la Parte D de Medicare por el resto del año.

1. Consulte las EOB que le enviamos.

Cuando reciba una EOB por correo, asegúrese de que esté completa y sea correcta.

* **¿Reconoce el nombre de cada farmacia?** Consulte las fechas. ¿Recibió los medicamentos ese día?
* **¿Recibió los medicamentos enumerados?** ¿Coinciden con los que figuran en sus recibos? ¿Los medicamentos coinciden con lo que su médico le recetó?

Para obtener más información, puede llamar a Servicios al miembro de <plan name> o leer el *Manual del miembro* de <plan name>. [*Plans must include information about how to access the Member Handbook on the plan’s website.*]

**¿Qué sucede si encuentra errores en este resumen?**

Si algo es confuso o no parece correcto en esta EOB, llámenos a Servicios al miembro de <plan name>. [If applicable: You can also find answers to many questions on our website: <web address>.]

**¿Y si hay posible fraude?**

Si este resumen muestra medicamentos que no está tomando o cualquier otra cosa que le parezca sospechosa, comuníquese con nosotros.

* Llámenos a Servicios al miembro de <plan name>.
* O llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
* [Plans may also insert additional State-based resources for reporting fraud.]

Si cree que algo está mal o que algo falta, o si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al miembro. [Plans that allow members to manage this information online may describe that option here.] Guarde estas EOB. Son un registro importante de sus gastos en medicamentos.

# [*Plans with two payment stages, insert:* Etapas de pago de medicamentos de la Parte D de Medicare] [*Plans with one payment stage, insert:* Usted no paga nada por el suministro de un mes [*insert if applicable:* o de largo plazo] de medicamentos]

[Plans participating in the VBID Model and approved to offer VBID reduced or eliminated Part D cost sharing should update the sections below to reflect the approved Model Benefit(s), as appropriate.]

[Plans with one payment stage (i.e., those with no cost-sharing for all Medicare Part D drugs), include the following sentence: Con nuestro plan usted no paga nada por los medicamentos cubiertos, siempre que cumpla con nuestras reglas.]

[Plans with two payment stages (i.e., those charging LIS cost-shares in the initial coverage stage), include the following paragraph and table.]

Hay dos etapas de pago para su cobertura de medicamentos de receta de la Parte D de Medicare bajo nuestro plan. La cantidad que paga depende de la etapa en la que se encuentre cuando surta o vuelva a surtir una receta. Estas son las dos etapas:

| **Nivel 1: Etapa de cobertura inicial** | **Etapa 2: Etapa de cobertura catastrófica** |
| --- | --- |
| Durante esta etapa, nosotros pagamos una cuota de los costos de sus medicamentos y usted paga su cuota. Su cuota se llama copago.  Usted comienza en esta etapa cuando obtiene su primera receta del año. | Durante esta etapa, pagamos todos los costos de sus medicamentos hasta el <end date>.  Usted comienza esta etapa cuando ha pagado una cierta cantidad de gastos directos de su bolsillo. |

[Plans with one payment stage (i.e., those with no cost-sharing for all Medicare Part D drugs), include the following information up to Section D.]

## C1. [*Plans that do not have cost sharing in any tier may omit this section. Other plans may modify this section based on the tiering structure.*] Nuestros niveles de costos compartidos

[Plans with tiers must provide an explanation of tiers; refer to the examples below but plans should modify information based on the tiering structure. Plans without tiers should omit information on tiers.]

[Plans that have cost sharing in any tier include: Los niveles de costo compartido son grupos de medicamentos con el mismo copago. Cada medicamento en nuestra Lista de medicamentos está en uno de <number of tiers> niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el número del nivel, mayor será el copago. Para averiguar los niveles de costo compartido, consulte nuestra Lista de medicamentos.

If a plan has no cost sharing for one or more tiers of drugs, the plan should modify the cost sharing information accordingly. Include examples such as the following:

* Los medicamentos del Nivel 1 tienen el copago más bajo. Pueden ser medicamentos genéricos o medicamentos que no sean de Medicare que estén cubiertos por Medicaid. El copago es desde <amount> hasta <amount>, en dependencia de sus ingresos.
* Los medicamentos del Nivel 2 tienen el copago medio. Son medicamentos de marca. El copago es desde <amount> hasta <amount>, en dependencia de sus ingresos.
* Los medicamentos del Nivel 3 tienen el copago más alto. El copago es de <amount>.]

## C2. Sus opciones de farmacia

[Plans that do not have drug tiers should omit this section.]

La cantidad que paga por un medicamento depende de si obtiene el medicamento de:

* una farmacia de la red, **o**
* una farmacia fuera de la red. En casos limitados, cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red. Consulte el **Capítulo 5** de su *Manual del miembro* para saber cuándo lo hacemos.
* [Plans without mail-order pharmacies should delete this bullet.] Una farmacia de pedidos por correo.

Consulte el **Capítulo 9** del *Manual del miembro*para saber cómo presentar una apelación si le informan que un medicamento no estará cubierto. Para obtener más información sobre estas opciones de farmacia, consulte el **Capítulo 5** de su *Manual del miembro* y nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.

## C3. Cómo obtener un suministro de largo plazo de un medicamento

[Plans that do not offer extended supplies, delete this section.]

En el caso de algunos medicamentos, puede obtener un suministro de largo plazo (también llamado “suministro extendido”) cuando surta su receta. Un suministro de largo plazo es un suministro de [insert if applicable: hasta] <number of days> días. [Plans with cost-sharing, insert: Le cuesta lo mismo que un suministro de un mes.] [Plans with no cost-sharing, insert: No hay costo para usted por un suministro de largo plazo.]

Para obtener detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro de largo plazo de un medicamento, consulte el **Capítulo 5** de su *Manual del miembro* o nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.

## C4. Lo que usted paga

[Plans that have copays must include the following language. Other plans should delete this section.] Puede pagar un copago cuando surta una receta. Si su medicamento cubierto cuesta menos que el copago, usted paga el precio más bajo.

Comuníquese con Servicios al miembro para averiguar cuánto es su copago por cualquier medicamento cubierto.

**Su cuota del costo cuando recibe el suministro de un mes** [insert if applicable: **o de largo plazo**] **de un medicamento de receta cubierto de:**

[Plans may delete columns and modify the table as necessary to reflect the plan’s prescription drug coverage. Include all possible copay amounts (not just the high/low ranges) – i.e., all three possible copay amounts for a tier in which LIS cost sharing applies – in the chart, as well as a statement that the copays for prescription drugs may vary based on the level of Extra Help the member gets (if the plan charges copays for any of its Medicare Part D drugs). Modify the chart as necessary to include $0 copays for non-Medicare covered drugs.]

[Plans should add or remove tiers as necessary. If mail-order is not available for certain tiers, plans should insert the following text in the cost-sharing cell: El pedido por correo no está disponible para medicamentos en el [insert tier].]

|  | **Una farmacia de la red**  Un suministro de un mes o hasta de <number of days> días | **El servicio de pedido por correo de nuestro plan**  Un suministro de un mes o hasta de <number of days> días | **Una farmacia de cuidado a largo plazo de la red**  Un suministro de hasta <number of days> días | **Una farmacia fuera de la red**  Un suministro de hasta <number of days> días. La cobertura está limitada a ciertos casos. Consulte el **Capítulo 5** de su Manual del miembro para obtener detalles. |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Costo compartido**  **Nivel 1**  ([Insert description; e.g., “generic drugs.”]) | [Insert copay(s).] | [Insert copay(s).] | [Insert copay(s).] | [Insert copay(s).] |
| **Costo compartido**  **Nivel 2**  ([Insert description.]) | [Insert copay(s).] | [Insert copay(s).] | [Insert copay(s).] | [Insert copay(s).] |
| **Costo compartido**  **Nivel 3**  ([Insert description.]) | [Insert copay(s).] | [Insert copay(s).] | [Insert copay(s).] | [Insert copay(s).] |
| **Costo compartido**  **Nivel 4**  ([Insert description.]) | [Insert copay(s).] | [Insert copay(s).] | [Insert copay(s).] | [Insert copay(s).] |

Para obtener información sobre qué farmacias pueden proporcionarle suministros de largo plazo, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* de nuestro plan.

# Nivel 1: La etapa de cobertura inicial [*Plans with one coverage stage should delete this section*]

Durante la Etapa de cobertura inicial, nosotros pagamos una cuota del costo de sus medicamentos de receta cubiertos y usted paga su cuota. Su cuota se llama copago. El copago depende del nivel de costo compartido en el que se encuentra el medicamento y de dónde lo obtiene.

[Plans must provide an explanation of tiers; refer to the examples below. Plans have flexibility to describe their tier model as appropriate. Plans may also edit or delete language regarding Medicaid based on Medicaid coverage.]

[Plans that have cost sharing in any tier include: Los niveles de costo compartido son grupos de medicamentos con el mismo copago. Cada medicamento en la Lista de medicamentos de nuestro plan está en uno de <number of tiers> niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el número del nivel, mayor será el copago. Para averiguar los niveles de costo compartido, consulte nuestra Lista de medicamentos.

* Los medicamentos del Nivel 1 tienen el copago más bajo. Pueden ser medicamentos genéricos o medicamentos que no estén cubiertos por Medicare [Insert state-specific name of Medicaid program]. El copago es desde <amount> hasta <amount>, en dependencia de sus ingresos.
* Los medicamentos del Nivel 2 tienen el copago medio. Son medicamentos de marca. El copago es desde <amount> hasta <amount>, en dependencia de sus ingresos.
* Los medicamentos del Nivel 3 tienen el copago más alto. El copago es de <amount>.]

## D1. Sus opciones de farmacia

La cantidad que paga por un medicamento depende de si obtiene el medicamento de:

* Una farmacia de la red **o**
* Una farmacia fuera de la red.

En casos limitados, cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red. Consulte el **Capítulo 5** de su Manual del miembro para saber cuándo lo hacemos.

Para obtener más información sobre estas opciones, consulte el **Capítulo 5** de su *Manual del miembro* y nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.

## D2. Cómo obtener un suministro de largo plazo de un medicamento

[Plans that do not offer extended supplies, delete the following two paragraphs:]

En el caso de algunos medicamentos, puede obtener un suministro de largo plazo (también llamado “suministro extendido”) cuando surta su receta. Un suministro de largo plazo es un suministro de [insert if applicable: hasta] <number of days> días. [Plans with cost-sharing, insert: Le cuesta lo mismo que un suministro de un mes.] [Plans with no cost-sharing, insert: No hay costo para usted por un suministro de largo plazo.]

Para obtener detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro de largo plazo de un medicamento, consulte el **Capítulo 5** de su Manual del miembro o el *Directorio de proveedores y farmacias* de nuestro plan.

## D3. Lo que usted paga

Durante la etapa de cobertura inicial, puede pagar un copago cada vez que surta una receta. Si su medicamento cubierto cuesta menos que el copago, usted paga el precio más bajo.

Comuníquese con Servicios al miembro para averiguar cuánto es su copago por cualquier medicamento cubierto.

**Su cuota del costo cuando recibe el suministro de un mes** [insert if applicable: **o de largo plazo**] **de un medicamento de receta cubierto de:**

[Plans may delete columns and modify the table as necessary to reflect the plan’s prescription drug coverage. Include all possible copay amounts (not just the high/low ranges) – i.e., all three possible copay amounts for a tier in which LIS cost sharing applies – in the chart, as well as a statement that the copays for prescription drugs may vary based on the level of Extra Help the member gets.]

[Plans should add or remove tiers as necessary. Plans should remove references to “cost sharing as appropriate. If mail-order is not available for certain tiers, plans should insert the following text in the cost-sharing cell: El pedido por correo no está disponible para medicamentos en el [insert tier].]

|  | **Una farmacia de la red**  Un suministro de un mes o hasta de <number of days> días | **El servicio de pedido por correo de nuestro plan**  Un suministro de un mes o hasta de <number of days> días | **Una farmacia de cuidado a largo plazo de la red**  Un suministro de hasta <number of days> días | **Una farmacia fuera de la red**  Un suministro de hasta <number of days> días. La cobertura está limitada a ciertos casos. Consulte el **Capítulo 5** de su Manual del miembro para obtener detalles. |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Costo compartido**  **Nivel 1**  ([Insert description; e.g., “generic drugs.”]) | [Insert copay(s).] | [Insert copay(s).] | [Insert copay(s).] | [Insert copay(s).] |
| **Costo compartido**  **Nivel 2**  ([Insert description.]) | [Insert copay(s).] | [Insert copay(s).] | [Insert copay(s).] | [Insert copay(s).] |
| **Costo compartido**  **Nivel 3**  ([Insert description.]) | [Insert copay(s).] | [Insert copay(s).] | [Insert copay(s).] | [Insert copay(s).] |
| **Costo compartido**  **Nivel 4**  ([Insert description.]) | [Insert copay(s).] | [Insert copay(s).] | [Insert copay(s).] | [Insert copay(s).] |

Para obtener información sobre qué farmacias pueden proporcionarle suministros de largo plazo, consulte nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.

## D4. Fin de la etapa de cobertura inicial

La etapa de cobertura inicial finaliza cuando los gastos directos de su bolsillo llegan a [insert as applicable: $<TrOOP amount>]. En ese momento, comienza la Etapa de cobertura catastrófica. Cubrimos todos los costos de sus medicamentos desde ese momento hasta el final del año.

Su EOB le ayuda a realizar un seguimiento de cuánto ha pagado por sus medicamentos durante el año. Nosotros le notificamos si llega al límite de [insert as applicable: $<TrOOP amount>]. Muchas personas no lo alcanzan en un año.

# Etapa 2: La Etapa de Cobertura Catastrófica [*Plans with one coverage stage should delete this section*]

Cuando alcanza el límite de gastos directos de su bolsillo [$<TrOOP amount>] para sus medicamentos de receta, comienza la Etapa de cobertura catastrófica. Usted permanece en la Etapa de cobertura catastrófica hasta el final del año calendario. Durante esta etapa, nuestro plan paga todos los costos de sus medicamentos de Medicare.

# Sus costos de medicamentos si su médico le receta menos del suministro de un mes completo [*Plans with no Medicare Part D drug cost-sharing should delete this section*]

[Insert as appropriate: Usualmente **or** En algunos casos], usted paga un copago para cubrir el suministro de un mes completo de un medicamento cubierto. Sin embargo, su médico puede recetarle un suministro de medicamentos para menos de un mes.

* Puede haber ocasiones en las que desee preguntarle a su médico si le puede recetar un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando está probando un medicamento por primera vez que se sabe que tiene efectos secundarios graves).
* Si su médico está de acuerdo, usted no paga el suministro del mes completo de ciertos medicamentos.

Cuando obtiene el suministro de un medicamento para menos de un mes, la cantidad que paga se basa en la cantidad de días del medicamento que recibe. Calculamos el monto que paga por día por su medicamento (la “cuota diaria de costo compartido”) y lo multiplicamos por la cantidad de días del medicamento que obtiene.

* [Plans may revise the information in this paragraph to reflect the appropriate number of days for their one-month supplies as well as the cost-sharing amount in the example for the current year.] Aquí le mostramos un ejemplo: Supongamos que el copago por su medicamento para el suministro de un mes completo (un suministro de 30 días) es de $1.35. Esto significa que la cantidad que paga por su medicamento es de menos de $0.05 por día. Si obtiene un suministro del medicamento para 7 días, su pago es menos de $0.05 por día multiplicado por 7 días, lo que hace un pago total de menos de $0.35.
* El costo compartido diario le permite asegurarse de que un medicamento le sirva antes de pagar el suministro de un mes completo.
* También puede pedirle a su proveedor que le recete un suministro de un medicamento para menos de un mes completo para ayudarlo a:
  + Planificar mejor cuándo surtir sus medicamentos,
  + Coordinar los surtidos con otros medicamentos que toma, **y**
  + Hacer menos viajes a la farmacia.

# Asistencia de costos compartidos de medicamentos de receta para personas con VIH/SIDA [*Plans with no Medicare Part D drug cost-sharing delete this section*]

## G1. El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP)

El ADAPayuda a las personas elegibles que viven con el VIH/SIDA a acceder a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los medicamentos de receta de la Parte D de Medicare para pacientes ambulatorios que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de costos compartidos de los medicamentos de receta a través del [insert name of state-specific department] para personas inscritas en el ADAP.

## G2. Si no está inscrito en el ADAP

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al [insert phone number] o consulte el sitio web de ADAP en [insert website address].

## G3. Si está inscrito en el ADAP

El ADAP puede continuar brindando a los clientes de ADAP asistencia con los costos compartidos de recetas médicas de la Parte D de Medicare para medicamentos incluidos en el formulario del ADAP. Para asegurarse de continuar recibiendo esta asistencia, notifique a [insert description of who to notify] de cualquier cambio en el nombre o número de póliza de su plan de la Parte D de Medicare. Si necesita ayuda para encontrar el sitio de inscripción de ADAP y/o el trabajador de inscripción más cercano, llame al [insert phone number] o consulte el sitio web mencionado anteriormente.

# Vacunas

[Plans may revise this section as needed.]

**Mensaje importante sobre lo que paga por vacunas:** Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D de Medicare. Puede encontrar estas vacunas en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D de Medicare sin costo alguno para usted. Consulte la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* de su plan o comuníquese con Servicios al miembro para obtener detalles sobre la cobertura y el costo compartido de vacunas específicas.

Hay dos partes en nuestra cobertura de vacunas de la Parte D de Medicare:

1. La primera parte de la cobertura es por el costo de **la vacuna**. La vacuna es un medicamento de receta.
2. La segunda parte de la cobertura es por el costo de **administrarle la vacuna**. Por ejemplo, a veces puede recibir la vacuna como una inyección que le administra su médico.

## H1. Lo que debe saber antes de vacunarse

[Plans may revise this section as needed.]

Le recomendamos que llame a Servicios al miembro si planea vacunarse.

* Podemos informarle cómo nuestro plan cubre su vacunación [insert if the plan has cost-sharing: y explicarle su cuota del costo].
* [Insert if applicable: Podemos decirle cómo mantener sus costos bajos utilizando proveedores y farmacias de la red. Los proveedores y farmacias de la red acuerdan trabajar con nuestro plan. Un proveedor de la red trabaja con nosotros para garantizar que usted no pague nada por adelantado por una vacuna de la Parte D de Medicare].

[Plans that do not charge any Medicare Part D vaccine copays may delete the following section.]

## H2. Lo que paga por una vacuna cubierta por la Parte D de Medicare

Lo que paga por una vacuna depende del tipo de vacuna (para lo que está siendo vacunado).

* Algunas vacunas se consideran beneficios para la salud en lugar de medicamentos. Estas vacunas están cubiertas sin costo alguno para usted. Para obtener información sobre la cobertura de estas vacunas, consulte la Tabla de beneficios en el **Capítulo 4** de su Manual del miembro.
* Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D de Medicare. Puede encontrar estas vacunas en la Lista de medicamentos de nuestro plan. [Insert if applicable:Es posible que deba pagar un copago por las vacunas de la Parte D de Medicare.] Si una organización llamada **Comité Asesor o Prácticas de Inmunización (ACIP)** recomienda la vacuna para adultos, entonces la vacuna no le costará nada.

Aquí encontrará tres formas comunes en las que puede obtener una vacuna de la Parte D de Medicare.

1. Recibe la vacuna de la Parte D de Medicare y su inyección en una farmacia de la red.

* Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada.
* Para otras vacunas de la Parte D, usted [insert as applicable: no paga nada **or** paga un copago] por la vacuna.

1. Recibe la vacuna de la Parte D de Medicare en el consultorio de su médico y este le aplica la inyección.

* Usted [insert as applicable: no paga nada **or** paga un copago] al médico por la vacuna.
* Nuestro plan paga el costo por aplicarle la inyección.
* El consultorio del médico debe llamar a nuestro plan para que podamos asegurarnos de que sepan que usted [insert as applicable: no paga nada **or** solo tiene que pagar un copago] por la vacuna.

1. Obtiene la vacuna de la Parte D de Medicare en una farmacia y la lleva al consultorio de su médico para recibir la inyección.

* Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada por la vacuna en sí.
* Para otras vacunas de la Parte D, usted [insert as applicable: no paga nada **or** paga un copago] por la vacuna.
* Nuestro plan paga el costo por aplicarle la inyección.

[Insert any additional information about your coverage of vaccinations.]