Capítulo 6: Lo que usted paga por sus medicamentos de receta de Medicare y Medi-Cal

Introducción

Este capítulo habla de lo que usted paga por sus medicamentos de receta de paciente externo. Cuando hablamos de “medicamentos” queremos decir:

* medicamentos de receta de Medicare Parte D, **y**
* los medicamentos y artículos cubiertos por Medi-Cal, **y**
* los medicamentos y artículos cubiertos por el plan como beneficios adicionales.

Como usted es elegible para Medi-Cal, usted recibe “ayuda adicional” de Medicare para ayudar a pagar sus costos del plan de medicamentos de receta de Medicare Parte D.

|  |
| --- |
| **Ayuda adicional** es un programa de Medicare que ayuda a personas de ingresos y recursos limitados reducir sus gastos de medicamentos de receta de Medicare Parte D, como primas, deducibles, y copagos. Ayuda adicional también se llama “Subsidio por bajos ingresos” o “LIS,” por sus siglas en inglés. |

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

Para saber más sobre los medicamentos de receta, usted puede leer:

* La Lista de medicamentos cubiertos del plan.
* La llamamos la “Lista de medicamentos”. Esta le dice:
* Los medicamentos que pagamos
* En cuál de los <number of tiers> niveles [*plans that do not have cost sharing in any tier may omit:* de costo compartido] está cada medicamento
* Si hay algún límite a los medicamentos
* Si necesita una copia de la Lista de medicamentos, llame a Servicios al miembro. También puede encontrar la Lista de medicamentos en nuestro sitio web en <web address>. La Lista de medicamentos del sitio web es siempre la más actual.
* El Capítulo 5 de este *Manual del miembro*.
* El Capítulo 5 [plans may insert reference, as applicable] le dice cómo obtener sus medicamentos de receta como paciente externo a través del plan.
* Contiene las reglas que usted debe seguir. También le dice qué tipos de medicamentos de receta no están cubiertos por nuestro plan.
* Nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.
* En la mayoría de los casos, usted deberá usar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos. Las farmacias de la red son farmacias que aceptaron trabajar con nosotros.
* El *Directorio de proveedores y farmacias* tiene una lista de las farmacias de la red. Puede leer más sobre las farmacias de la red en el Capítulo 5 [plans may insert reference, as applicable].

[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 members to other parts of the handbook using the appropriate chapter number, section, and/or page number. For example, “ver Capítulo 9, Sección A, página 1.” An instruction [plans may insert reference, as applicable] is listed next to each cross reference throughout the handbook.]

[*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.*]

Tabla de Contenido

[A. La Explicación de los beneficios (EOB) 4](#_Toc14173312)

[B. Cómo llevar la cuenta de los costos de sus medicamentos 4](#_Toc14173313)

[C. [*Plans with two payment stages, insert:* Etapas de pagos de medicamentos de Medicare Parte D] [*Plans with one payment stage, insert:* Usted no paga nada por su suministro de medicamentos que recibe por un mes] [*insert if applicable:* o a largo plazo] 5](#_Toc14173314)

[C1. Nuestros niveles [*plans that do not have cost sharing in any tier may omit*: de costo compartido] 6](#_Toc14173315)

[C2. Sus opciones de farmacias 7](#_Toc14173316)

[C3. Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento 7](#_Toc14173317)

[C4. Qué paga usted 8](#_Toc14173318)

[D. Etapa 1: La etapa de cobertura inicial [*plans with one coverage stage should delete this section*] 9](#_Toc14173319)

[D1. Sus opciones de farmacia 10](#_Toc14173320)

[D2. Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento 11](#_Toc14173321)

[D3. Qué paga usted 11](#_Toc14173322)

[D4. Terminación de la Etapa de cobertura inicial 12](#_Toc14173323)

[E. Etapa 2: La etapa de cobertura catastrófica [*plans with one coverage stage should delete this section*] 13](#_Toc14173324)

[F. Sus costos de medicamentos si su medico receta menos de un suministro por un mes completo [*plans with no Part D drug cost-sharing should delete this section*] 13](#_Toc14173325)

[G. Asistencia para el costo compartido para los medicamentos de receta para personas con VIH/SIDA [*plans with no Part D drug cost-sharing delete this section*] 14](#_Toc14173326)

[G1. Lo que es el Programa de asistencia para medicamentos de receta contra el SIDA (ADAP) 14](#_Toc14173327)

[G2. Qué hacer si usted no está inscrito en ADAP 14](#_Toc14173328)

[G3. Qué hacer si usted ya está inscrito en ADAP 14](#_Toc14173329)

[H. Vacunas 14](#_Toc14173330)

[H1. Lo que usted debe saber antes de obtener una vacuna 15](#_Toc14173331)

[H2. Qué paga usted por una vacuna de Medicare Parte D 15](#_Toc14173332)

# A. La Explicación de los 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 lleva un registro de sus medicamentos de receta. Llevamos el registro de dos tipos de costos:

* Sus **costos de bolsillo**. Ésta es la cantidad de dinero que usted o un tercero que pague en su nombre, pagan por sus medicamentos de receta.
* Sus **costos totales de medicamentos**. Ésta es la cantidad de dinero que usted, o un tercero que pague en su nombre, pagan por sus medicamentos de receta, más la cantidad que paga el plan.

Cuando usted recibe medicamentos de receta a través del plan, le enviamos un informe llamado *Explicación de los beneficios.* Lo llamamos EOB para abreviar. EOB incluye:

* **Información del mes**. El informe dice qué medicamentos de receta recibió usted. Éste muestra el total de los costos por medicamento, cuánto hemos pagado nosotros y cuánto ha pagado usted y los terceros que pagan por usted.
* **Información “de lo que va del año”**. Éste es el costo total de sus medicamentos y el total de los pagos desde el 1º de enero.

Ofrecemos cobertura de los medicamentos que no cubre Medicare.

* Los pagos por estos medicamentos no cuentan para el total de sus costos de bolsillo.
* [Insert only if the plan pays for OTC drugs as part of its administrative costs under Part D, rather than as a Medi-Cal benefit: También pagamos algunos medicamentos de venta libre. No tiene que pagar nada por estos medicamentos.]
* Para verificar qué medicamentos cubre nuestro plan, lea la Lista de medicamentos.

# B. Cómo llevar la cuenta de los costos de sus medicamentos

Para llevar la cuenta de sus costos de medicamentos y los pagos que ha hecho, usamos los registros que obtenemos de usted y de su farmacia. Cómo nos puede ayudar:

1. **Use su Tarjeta de identificación de miembro.**

Muestre su Tarjeta de identificación de miembro cada vez que surta una receta. Esto nos ayudará a saber qué medicamentos surte y cuánto paga.

1. **Asegúrese que tengamos la información que necesitamos.**

Envíenos copias de los recibos de los medicamentos por los que haya pagado. Usted puede pedirnos que le devolvamos [insert if plan has cost sharing: nuestra parte del costo] del medicamento.

Éstas son algunas de las ocasiones en que deberá enviarnos copias de sus recibos:

* Cuando usted compre un medicamento cubierto en una farmacia de la red, a un precio especial o usando una tarjeta de descuento que no sea parte de los beneficios de nuestro plan
* Cuando haga un copago por medicamentos que usted obtenga con un programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos
* Cuando usted compre medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red
* Cuando usted pague el costo completo por un medicamento cubierto

Para saber cómo pedirnos que le paguemos [insert if plan has cost sharing: nuestra parte del costo del] medicamento, lea el Capítulo 7 [plans may insert reference, as applicable].

1. **Envíenos la información sobre los pagos que un tercero haya hecho por usted.**

Los pagos de ciertas otras personas y organizaciones también cuentan para sus costos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA, el Indian Health Service y la mayoría de las organizaciones caritativas, cuentan para sus costos de bolsillo. [Plans should delete the rest of this paragraph if they cover all Part D drugs at $0 cost-sharing:] Esto puede ayudarle si usted es elegible para cobertura catastrófica. Cuando usted llegue a la Etapa de cobertura catastrófica, <plan name> pagará todos los costos de sus medicamentos de la Parte D por el resto del año.

1. **Revise los informes que le mandamos.**

Cuando usted reciba por correo una *Explicación de los beneficios*, por favor asegúrese de que esté completa y correcta. Si le parece que algo está equivocado o que algo falta en el informe o si tiene alguna pregunta, por favor llame a Servicios al miembro. [Plans that allow members to manage this information online may describe that option here.] Asegúrese de guardar estos informes. Son un registro importante de sus gastos de medicamentos.

# C. [Plans with two payment stages, insert: Etapas de pagos de medicamentos de Medicare Parte D] [Plans with one payment stage, insert: Usted no paga nada por su suministro de medicamentos que recibe por un mes] [insert if applicable: o a largo plazo]

[Plans with one payment stage (i.e., those with no cost-sharing for all Part D drugs), include the following sentence: En <plan name>, usted no paga nada por medicamentos cubiertos, siempre y cuando siga las reglas del plan.]

[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 <plan name>. La cantidad que usted pague depende en qué etapa usted esté cuando surta o resurta una receta. Las dos etapas son:

|  |  |
| --- | --- |
| **Etapa 1: Etapa de cobertura inicial** | **Etapa 2: Etapa de cobertura catastrófica** |
| Durante esta etapa, nosotros pagaremos parte de los costos de sus medicamentos y usted pagará su parte. La parte que le corresponde a usted se llama copago.  Usted comienza en esta etapa cuando surte su primera receta del año. | Durante esta etapa, nosotros pagaremos todos los costos de sus medicamentos hasta el <end date>.  Usted comienza esta etapa cuando ya pagó cierta cantidad de costos de bolsillo. |

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

## C1. Nuestros niveles [plans that do not have cost sharing in any tier may omit: de costo compartido]

[Plans must provide an explanation of tiers; see the examples below. Plans must ensure the tier label or description of the types of drugs on each tier is consistent with the guidance regarding generic tier labels in the CY 2016 Final Call Letter.]

[Plans that have cost sharing in any tier include: Los niveles de costo compartido son grupos de medicamentos con el mismo copago. Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan están en uno de <number of tiers> niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto sea el número de nivel, más alto será el copago. Para verificar los niveles de costo compartido de sus medicamentos, lea la 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 están cubiertos por Medicare que están cubiertos por Medi-Cal. El copago es de <amount> a <amount>, dependiendo de sus ingresos.
* Los medicamentos del nivel 2 tienen un copago mediano. Son medicamentos de marca. El copago es de <amount> a <amount>, dependiendo de sus ingresos.
* Los medicamentos del nivel 3 tienen el copago más alto. Tienen un copago de <amount>.]

[Plans that do not have cost sharing in any tier include: Los niveles son grupos de medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Cada medicamento de la Lista está en alguno de los <number of tiers> niveles. Usted no tiene copagos por medicamentos de receta o de venta libre (OTC) de la Lista de medicamentos de <plan name>. Lea la Lista de medicamentos para verificar en qué nivel están sus medicamentos.

Include examples such as the following:

* Los medicamentos del Nivel 1 son medicamentos genéricos.
* Los medicamentos del Nivel 2 son medicamentos de marca.]

## C2. Sus opciones de farmacias

La cantidad que pague por un medicamento depende de si lo recibe de:

* una farmacia de la red, **o**
* una farmacia fuera de la red.

En casos limitados, cubrimos las recetas que se surtan en farmacias fuera de la red. Lea el Capítulo 5 [plans may insert reference, as applicable] para verificar cuándo lo haremos.

Para saber más sobre estas opciones de farmacias, lea el Capítulo 5 de este manual [plans may insert reference, as applicable] y nuestro *Directorio de proveedores y farmacias.*

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

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

Para algunos medicamentos, usted puede obtener un suministro a largo plazo cuando surta su receta (también se llama “suministro extendido”). Un suministro a largo plazo es un suministro para [insert if applicable: hasta] <number of days> días. [Plans with cost sharing, insert: Le cuesta lo mismo que un suministro para un mes.] [Plans with no cost sharing, insert: Un suministro a largo plazo no tiene costo para usted.]

Lea los detalles de cómo obtener un suministro a largo plazo en el Capítulo 5 [plans may insert reference, as applicable] o en el *Directorio de proveedores y farmacias*.

## C4. Qué paga usted

[Plans that have copays on at least one tier must include the following language:] Es posible que usted tenga que hacer un copago cuando surte una receta. Si su medicamento cubierto cuesta menos que el copago, usted pagará el costo más bajo.

Puede comunicarse con Servicios al miembro para verificar cuál es el copago de cualquier medicamento cubierto.

**Su parte del costo de un suministro de un mes** [insert if applicable: **o a 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 Part D drugs). Modify the chart as necessary to include $0 copays for non-Medicare covered drugs on the approved Additional Demonstration Drug (ADD) file. Plans must ensure the tier label or description of the types of drugs on each tier is consistent with the guidance regarding generic tier labels in the CY 2016 Final Call Letter.]

[Plans should add or remove tiers as necessary. Plans should remove references to “cost sharing” to describe tiers if they do not have cost sharing in any tier. If mail-order is not available for certain tiers, plans should insert the following text in the cost-sharing cell: Los pedidos por correo no están disponibles para los medicamentos en el nivel [insert tier].]

|  | **Una farmacia de la red**  Un suministro por un mes o hasta por <number of days> días | **El servicio de pedidos por correo del plan**  Un suministro por un mes o hasta por <number of days> días | **Una farmacia de cuidados a largo plazo de la red**  Un suministro hasta por <number of days> días | **Una farmacia fuera de la red**  Un suministro hasta por <number of days> días. La cobertura se limita a ciertos casos. Lea los detalles en el Capítulo 5 [plans may insert reference, as applicable]. |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 más información sobre cuáles farmacias pueden darle suministros a largo plazo, lea el *Directorio de proveedores y farmacias* del plan*.*

# D. Etapa 1: La etapa de cobertura inicial [plans with one coverage stage should delete this section]

Durante la etapa de cobertura inicial, pagamos una parte del costo de sus medicamentos de receta cubiertos y usted paga su parte. Su parte se llama copago*.* El copago depende en qué nivel de costo compartido está el medicamento y de dónde lo obtiene usted.

[Plans must provide an explanation of tiers; see the examples below. Plans have flexibility to describe their tier model but must ensure the tier label or description of the types of drugs on each tier is consistent with the guidance regarding generic tier labels in the CY 2016 Final Call Letter.]

[Plans that have cost sharing in any tier include: Los niveles de costo compartido son grupos de medicamentos con el mismo copago. Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan están en uno de <number of tiers> niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto es el número de nivel, más alto es el copago. Para verificar los niveles de costo compartido de sus medicamentos, lea la Lista de medicamentos.

* Los medicamentos del nivel 1 tienen el copago más bajo. Pueden ser medicamentos genéricos o medicamentos que no están cubiertos por Medicare y que están cubiertos por Medi-Cal. El copago es de <amount> a <amount>, dependiendo de sus ingresos.
* Los medicamentos del nivel 2 tienen un copago mediano. Son medicamentos de marca. El copago es de <amount> a <amount>, dependiendo de sus ingresos.
* Los medicamentos del nivel 3 tienen el copago más alto. Tienen un copago de <amount>.]

[Plans that do not have cost sharing in any tier include: Los niveles son grupos de medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Cada medicamento de la Lista está en alguno de los <number of tiers> niveles. Usted no tiene copagos por medicamentos de receta o de venta libre (OTC) de la Lista de medicamentos de <plan name>. Lea la Lista de medicamentos para verificar en qué nivel están sus medicamentos.

Include examples such as the following:

* Los medicamentos del Nivel 1 son medicamentos genéricos.
* Los medicamentos del Nivel 2 son medicamentos de marca.]

## D1. Sus opciones de farmacia

La cantidad que pague por un medicamento depende de si lo recibe de:

* una farmacia de la red, **o**
* una farmacia fuera de la red.

En casos limitados, cubrimos las recetas que se surtan en farmacias fuera de la red. Lea el Capítulo 5 [plans may insert reference, as applicable] para verificar cuándo lo haremos.

Para saber más sobre estas opciones de farmacias, lea el Capítulo 5 de este manual [plans may insert reference, as applicable] y nuestro *Directorio de proveedores y farmacias* del plan*.*

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

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

Para algunos medicamentos, usted puede obtener un suministro a largo plazo cuando surta su receta (también se llama “suministro extendido”). Un suministro a largo plazo es un suministro por [insert if applicable: hasta] <number of days> días. [Plans with cost sharing, insert: Le cuesta lo mismo que un suministro por un mes.] [Plans with no cost sharing, insert: Un suministro a largo plazo no tiene costo para usted.]

Lea los detalles de cómo obtener un suministro a largo plazo en el Capítulo 5 [plans may insert reference, as applicable] o en el *Directorio de proveedores y farmacias*.

## D3. Qué paga usted

Durante la etapa de cobertura inicial, usted hará un copago cada vez que surta una receta. Si su medicamento cubierto cuesta menos que el copago, usted pagará el costo más bajo.

Puede comunicarse con Servicios al miembro para verificar cuál es el copago de cualquier medicamento cubierto.

**Su parte del costo de un suministro de un mes** [insert if applicable: **o a largo plazo**] **de un medicamento de receta cubierto cuando usted lo obtenga 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. Modify the chart as necessary to include $0 copays for non-Medicare covered drugs on the approved Additional Demonstration Drug (ADD) file. Plans must ensure the tier label or description of the types of drugs on each tier is consistent with the guidance regarding generic tier labels in the CY 2016 Final Call Letter.]

[Plans should add or remove tiers as necessary. Plans should remove references to “cost sharing” to describe tiers if they do not have cost sharing in any tier. If mail-order is not available for certain tiers, plans should insert the following text in the cost-sharing cell: Los pedidos por correo no están disponibles para los medicamentos en el nivel [insert tier].]

|  | **Una farmacia de la red**  Un suministro por un mes o hasta por <number of days> días | **El servicio de pedidos por correo del plan**  Un suministro por un mes o hasta por <number of days> días | **Una farmacia de cuidados a largo plazo de la red**  Un suministro hasta por <number of days> días | **Una farmacia fuera de la red**  Un suministro hasta por <number of days> días. La cobertura se limita a ciertos casos. Lea los detalles en el Capítulo 5 [plans may insert reference, as applicable]. |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 más información sobre cuáles farmacias le pueden dar suministros a largo plazo, lea nuestro *Directorio de proveedores y farmacias* del plan*.*

## D4. Terminación de la Etapa de cobertura inicial

La Etapa de cobertura inicial termina cuando sus costos de bolsillo totales alcanzan [insert as applicable: $<initial coverage limit> **or** $<TrOOP amount>]. En ese momento, comienza la Etapa de cobertura catastrófica. Nosotros cubrimos todos sus costos de medicamentos desde ahí hasta el final del año.

Sus informes de *Explicación de los beneficios* le ayudarán a llevar la cuenta de cuánto pagó por sus medicamentos durante el año. Le avisaremos si llega al límite de [insert as applicable: $<initial coverage limit> **or** $<TrOOP amount>]. Muchas personas no lo alcanzan en un año.

# E. Etapa 2: La etapa de cobertura catastrófica [plans with one coverage stage should delete this section]

Cuando usted llega al límite de gastos de bolsillo de [$<TrOOP amount>] para sus medicamentos de receta, comienza la Etapa de cobertura catastrófica. Usted seguirá en la Etapa de cobertura catastrófica hasta el final del año calendario. Durante esta etapa, el plan pagará todos los costos de sus medicamentos de Medicare.

# F. Sus costos de medicamentos si su medico receta menos de un suministro por un mes completo [plans with no Part D drug cost-sharing should delete this section]

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

* Habrá veces en que usted quiera pedirle a su médico que le recete menos que el suministro para un mes de un medicamento (por ejemplo, cuando está probando por primera vez un medicamento que tiene efectos secundarios graves conocidos).
* Si su médico está de acuerdo, usted no tendrá que pagar por el suministro del mes completo de ciertos medicamentos.

Cuando recibe un suministro para un mes de un medicamento, el monto que paga se basará en la cantidad de días del medicamento que recibe. Calcularemos la cantidad que pagará por día de su medicamento (el “costo compartido diario”) y lo multiplicaremos por el número de días del medicamento que usted recibe.

* [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.] Por ejemplo: Digamos que el copago por su medicamento para un suministro por un mes completo (un suministro para 30 días) es $1.30. Esto significa que la cantidad que usted paga por su medicamento es un poco más de $0.04 por día. Si usted recibe un suministro del medicamento para 7 días, su pago será un poco más de $0.04 por día multiplicado por 7 días, por un pago total de $0.30.
* El costo compartido diario le permite asegurarse de que un medicamento funcione antes de tener que pagar el suministro por un mes completo.
* También puede solicitarle a su proveedor que le recete un suministro de un medicamento para menos de un mes completo, si esto le ayudará a:
  + planificar mejor cuándo surtir nuevamente sus medicamentos,
  + coordinar los nuevos surtidos con otros medicamentos que toma, y
  + hacer menos viajes a la farmacia.

# G. Asistencia para el costo compartido para los medicamentos de receta para personas con VIH/SIDA [plans with no Part D drug cost-sharing delete this section]

## G1. Lo que es el Programa de asistencia para medicamentos de receta contra el SIDA (ADAP)

El Programa de asistencia para medicamentos de receta contra el SIDA (ADAP)ayuda a que personas elegibles que tengan VIH/SIDA, tengan acceso a medicamentos para VIH. Los medicamentos de receta del plan ambulatorio de Medicare Parte D, también están cubiertos por ADAP, y son elegibles para recibir asistencia de costo compartido a través del Departamento de salud pública de California, Oficina de SIDA, para las personas inscriptas en ADAP.

## G2. Qué hacer si usted no está inscrito en ADAP

Para obtener más información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, o cómo inscribirse en el programa, por favor llame al 1-844-421-7050 o visite la página en internet de ADAP en <https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx>.

## G3. Qué hacer si usted ya está inscrito en ADAP

ADAP puede seguir surtiendo medicamentos a los clientes de ADAP que especificaron que reciben asistencia de costo compartido a través de Medicare Parte D, en el formulario de ADAP. Para asegurarse de continuar recibiendo esta ayuda, por favor avísele al trabajador de inscripción local de ADAP, todos los cambios que ocurran en el nombre y número de póliza del pIan de Medicare Parte D. Para asistencia para encontrar la oficina de ADAP más cercana a usted y/o su trabajador de inscripción, por favor llame al 1-844-421-7050 o vaya a la página en internet mencionada arriba.

# H. Vacunas

[Plans may revise this section as needed.]

Cubrimos las vacunas de Medicare Parte D. Nuestra cobertura de las vacunas de Medicare Parte D tiene dos partes:

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 el costo de **ponerle la vacuna**. Por ejemplo, a veces usted puede recibir la vacuna como una inyección que le pone su médico.

## H1. Lo que usted debe saber antes de obtener una vacuna

[Plans may revise this section as needed.]

Le recomendamos que llame primero a Servicios al miembro cada vez que piense obtener una vacuna.

* Podremos decirle cómo cubre su vacuna nuestro plan [insert if the plan has cost-sharing: y explicarle su parte del costo].
* [Insert if applicable: Podemos decirle cómo mantener bajos sus costos al usar proveedores y farmacias de la red. Las Farmacias de la red son farmacias que aceptaron trabajar con nuestro plan. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Un proveedor de la red deberá trabajar con <plan name> para garantizar que usted no tenga costos inmediatos por una vacuna de la Parte D.]

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

## H2. Qué paga usted por una vacuna de Medicare Parte D

Lo que paga por una vacuna depende deel tipo de vacuna (la enfermedad para la cual se vacuna).

* Algunas vacunas se consideran beneficios de salud más que medicamentos. Estas vacunas están cubiertas sin costo para usted. Para saber más sobre estas vacunas, lea la Tabla de beneficios del Capítulo 4 [plans may insert reference, as applicable].
* Otras vacunas son consideradas como medicamentos de Medicare Parte D. Puede encontrar la lista de estas vacunas en la Lista de medicamentos del plan*.* [Insert if applicable: Posiblemente tenga que hacer un copago por vacunas de Medicare Parte D.]

Éstas son tres maneras comunes en las que usted podría obtener una vacuna de Medicare Parte D.

1. Usted obtiene la vacuna de Medicare Parte D en una farmacia de la red y le ponen su inyección en la farmacia.

* Usted [insert as applicable: no pagará nada **or** hará un copago] por la vacuna.

1. Usted obtiene la vacuna de Medicare Parte D en el consultorio de su médico y el médico le pone la vacuna.

* Usted [insert as applicable: no pagará nada **or** hará un copago] a su médico por la vacuna.
* Nuestro plan pagará el costo de ponerle la vacuna.
* El consultorio de su médico deberá llamar a nuestro plan en esta situación, para asegurarnos de que sepan que usted [insert as applicable: no tiene que pagar nada **or** sólo tiene que hacer un copago] por la vacuna.

1. Usted obtiene la vacuna de Medicare Parte D en una farmacia y la lleva al consultorio de su médico para que le ponga la inyección.

* Usted [insert as applicable: no pagará nada **or** hará un copago] por la vacuna.
* Nuestro plan pagará el costo de ponerle la vacuna.

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