Capítulo 6: Cómo cubre los medicamentos de receta el plan

Introducción

Este capítulo explica cómo <plan name> cubre sus medicamentos de receta de paciente externo. Cuando hablamos de “medicamentos” queremos decir:

* los medicamentos de receta de la Parte D de Medicare, **y**
* los medicamentos y artículos cubiertos por Medicaid, **y**
* los medicamentos y artículos cubiertos por el plan como beneficios adicionales.

Porque usted está inscripto en el programa Fully Integrated Duals Advantage for people With Intellectual and Developmental Disabilities (FIDA-IDD, Organización integral para personas elegibles para ambos programas para personas con discapacidades intelectuales y del desarrollo), usted **no tiene costos** para ninguno de los medicamentos cubiertos.

Otros términos clave y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del participante*.

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

* La *Lista de medicamentos cubiertos* de <plan name>.La llamamos la “Lista de medicamentos”. Ésta le dice:
* Los medicamentos que paga <plan name>
* En cuál de los <number of tiers> niveles está cada medicamento
* Si hay algún límite a los medicamentos
* Si necesita una copia de la Lista de medicamentos, llame a Servicios al participante. 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 participante*.
* El Capítulo 5 [plan may insert reference, as applicable] le dice cómo obtener sus medicamentos de receta como paciente externo a través de <plan name>.
* Contiene las reglas que usted debe seguir. También le dice qué tipos de medicamentos de receta no están cubiertos por <plan name>.
* El *Directorio de proveedores y farmacias* de <plan name>.
* 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 <plan name>.
* 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 [plan may insert reference, as applicable].

[The plan should refer Participants to other parts of the handbook using the appropriate chapter number, section, and/or page number. For example, "see Chapter 9, Section A." An instruction [plan may insert reference, as applicable] is listed next to each cross reference throughout the handbook.]

[*The plan 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. *Explicación de beneficios* (EOB) 3](#_Toc48641385)

[B. Cómo llevar la cuenta de sus medicamentos 3](#_Toc48641386)

[C. Resumen de la cobertura para sus medicamentos 4](#_Toc48641387)

[C1. Los niveles del plan 4](#_Toc48641388)

[C2. Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento 5](#_Toc48641389)

[C3. Su cobertura para el suministro de un mes [*insert if applicable:* o a largo plazo] de un medicamento de receta cubierto 5](#_Toc48641390)

[D. Vacunas 7](#_Toc48641391)

[D1. Lo que necesita saber antes de obtener una vacuna 7](#_Toc48641392)

# A. *Explicación de beneficios* (EOB)

[If the plan has 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.]

<Plan name> lleva un registro de sus medicamentos de receta y el total de los costos de los medicamentos, incluyendo la cantidad que Medicare paga por usted.

Cuando usted recibe medicamentos de receta a través de <plan name>, le enviamos un informe llamado EOB. La EOB contiene información adicional sobre los medicamentos que usted toma [*insert, as applicable:* por ejemplo, incrementos en los precios u otros medicamentos con un menor costo compartido que pueda haber disponibles. Puede hablar con su proveedor acerca de estas opciones de menor costo]. La EOB incluye:

* **Información del mes.** El informe dice qué medicamentos de receta recibió usted. Éste muestra el total de los costos por medicamento, cuánto ha pagado el plan y cuánto ha pagado Medicare por usted. La EOB no es una factura. Es sólo para sus expedientes.
* **Información “de lo que va del año”.** Estos son los medicamentos que usó durante el año y el total de pagos hechos por <plan name> y Medicare por usted desde el 1º de enero.

Ofrecemos cobertura de los medicamentos que no cubre Medicare.

* También pagamos por algunos medicamentos de venta sin receta médica (OTC, por sus siglas en inglés).
* Para verificar qué medicamentos cubre <plan name>, lea la Lista de medicamentos.

# B. Cómo llevar la cuenta de sus medicamentos

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

1. **Use su tarjeta de identificación de participante.**

Muestre su tarjeta de identificación de participantecada vez que surta una receta. Esto nos ayudará a saber qué medicamentos surte.

1. **Si tenemos que devolverle su pago, asegúrese que tengamos la información que necesitamos.**

Usted no debería tener que pagar por ninguno de los medicamentos cubiertos cuando participe en <plan name>. Si usted paga por un medicamento cubierto, debido a un error en la farmacia o por alguna otra razón, envíenos copias de los recibos. Usted puede pedirnos que le devolvamos lo que usted pagó por el medicamento.

Éstas son algunas de las veces 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 <plan name>
* 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 total por un medicamento cubierto

Para saber cómo pedirnos que le paguemos el medicamento, lea el Capítulo 7 [plan may insert reference, as applicable].

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

Cuando usted reciba por correo una EOB, 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 participante. [If the plan allows Participants to manage this information online, describe that option here.] Asegúrese de guardar estos informes.

# C. Resumen de la cobertura para sus medicamentos

## C1. Los niveles del plan

[Plan must provide an explanation of tiers; see the example below. The plan has flexibility to describe its 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.

En <plan name>, usted no paga nada por medicamentos cubiertos, siempre y cuando siga las reglas del plan.

Los niveles son grupos de medicamentos. Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan están en uno de <number of tiers> niveles. No hay ningún costo para usted para los medicamentos de cualquiera de estos niveles.

* Los medicamentos del Nivel 1 son medicamentos genéricos.
* Los medicamentos del Nivel 2 son medicamentos de marca.
* Los medicamentos del Nivel 3 son OTC.]

## C2. Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento

[If the plan does not offer extended supplies, delete the following two paragraphs:]

Usted puede obtener un suministro a largo plazo de algunos medicamentos, (también se llama “suministro extendido”) cuando surta su receta. Un suministro a largo plazo es un suministro [insert if applicable: hasta] <number of days> días. No hay ningún costo para usted por los suministros a largo plazo.

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

## C3. Su cobertura para el suministro de un mes [insert if applicable: o a largo plazo] de un medicamento de receta cubierto

[Plan may delete columns and modify the table as necessary to reflect the plan’s prescription drug coverage. Plan 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.]

[Plan should add or remove tiers as necessary. If mail-order is not available for certain tiers, the plan should insert the following text in the cost sharing cell: Los servicios de pedidos de medicamentos por correo no están disponibles en [insert tier].]

[Plan may merge the “network long-term care pharmacy” and “out-of-network pharmacy” columns with the “network pharmacy” column if days supply is the same as for network pharmacies.]

[Plan may merge tier rows if all information – including days supply across all pharmacy settings and availability via mail order – is identical. However, the merged row must include a tier number and description for each 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 el Capítulo 5 [the plan may insert reference, as applicable] para detalles |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Costo compartido  Nivel 1  ([Insert description; e.g., “generic drugs.”]) | $0 | $0 | $0 | $0 |
| Costo compartido  Nivel 2  ([Insert description.]) | $0 | $0 | $0 | $0 |
| Costo compartido  Nivel 3  ([Insert description.]) | $0 | $0 | $0 | $0 |
| Costo compartido  Nivel 4  ([Insert description.]) | $0 | $0 | $0 | $0 |

Si quiere información sobre cuáles farmacias pueden darle suministros a largo plazo, lea el *Directorio de proveedores y farmacias*.

# D. Vacunas

<Plan name> cubre las vacunas de la Parte D de Medicare. No hay costos para las vacunas que están cubiertas por <plan name>.

## D1. Lo que necesita saber antes de obtener una vacuna

[Plan may revise this section as needed.]

Le recomendamos que llame a su Administrador de cuidados cada vez que piense obtener una vacuna. Su IDT discutirá cuáles vacunas son apropiadas.

* Es mejor usar un proveedor y farmacia de la red para obtener sus vacunas. Si no puede usar un proveedor y farmacia de la red, es probable que tenga que pagar el costo total de la vacuna, un medicamento de receta y el costo de ponérsela.
* Por ejemplo, a veces usted puede recibir la vacuna como una inyección que le pone su médico. Si se encuentra en esta situación, le recomendamos que primero llame a su Administrador de cuidados. Si paga el costo total de la vacuna en el consultorio de su proveedor, le podemos decir como pedirnos que le devolvamos lo que pagó. Para saber cómo pedirnos que le devolvamos lo que pagó, lea el Capítulo 7 [*plan may insert reference, as applicable*].