Capítulo 6: Lo que usted paga por sus medicamentos de receta de Medicare y Medicaid

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

Como usted es elegible para Medicaid, usted recibe “Ayuda adicional” de Medicare para ayudar a pagar sus costos del plan de medicamentos de receta de la Parte D de Medicare.

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

Otras palabras importantes y sus definiciones se encuentran en orden alfabética 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”. Le dice:
* Los medicamentos que paga el plan
* En cuál de los <number of tiers> niveles [if the plan does not have cost sharing in any tier 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 [plan may insert reference, as applicable] le dice cómo obtener sus medicamentos de receta como paciente externo a través del plan.
  + Tiene las reglas que usted debe seguir. También le dice qué tipos de medicamentos de receta *no* están cubiertos por nuestro plan.
* *Directorio de proveedores y farmacias* del plan.
  + 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 nuestro plan.
  + 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].

[Plan with no cost sharing for all outpatient drugs, delete Sections D, E and F and change Section G to Section D.]

[The plan 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 [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. La *Explicación de los beneficios* (EOB) 4](#_Toc47083917)

[B. Cómo llevar la cuenta de los costos de sus medicamentos 4](#_Toc47083918)

[C. [*Plan with two payment stages, insert:* Etapas de pagos de medicamentos de la Parte D de Medicare] [*Plan with one payment stage, insert:* Usted no paga nada por un suministro de medicamentos que recibe por un mes] [*insert if applicable:* o a largo plazo] 6](#_Toc47083919)

[C1. Los niveles [*if the plan does not have cost sharing in any tier omit:* de costo compartido] del plan 6](#_Toc47083920)

[C2. Sus opciones de farmacias 7](#_Toc47083921)

[C3. Obteniendo un suministro a largo plazo de un medicamento 7](#_Toc47083922)

[C4. Lo que usted paga 8](#_Toc47083923)

[D. Etapa 1: La Etapa de cobertura inicial [*plan with one coverage stage should delete this section*] 9](#_Toc47083924)

[D1. Sus opciones de farmacia 10](#_Toc47083925)

[D2. Obteniendo un suministro a largo plazo de un medicamento 11](#_Toc47083926)

[D3. Lo que usted paga 11](#_Toc47083927)

[D4. Final de la Etapa de cobertura inicial 12](#_Toc47083928)

[E. Etapa 2: La Etapa de cobertura catastrófica [*plan with one coverage stage should delete this section*] 13](#_Toc47083929)

[F. Sus costos de medicamentos si su proveedor receta menos que un suministro para un mes completo [*plan with no Part D drug cost-sharing should delete this section*] 13](#_Toc47083930)

[G. Vacunas 14](#_Toc47083931)

[G1. Qué tiene que saber antes de obtener una vacuna 14](#_Toc47083932)

[G2. Lo que paga usted por una vacuna de la Parte D de Medicare 15](#_Toc47083933)

# A. La *Explicación de los beneficios* (EOB)

[Plan 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 **gastos directos de su bolsillo**. Ésta es la cantidad de dinero que usted o un tercero pagan en su nombre por sus medicamentos de receta.
* Sus **costos totales de medicamentos**.Ésta es la cantidad de dinero que usted o un tercero pagan en su nombre 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. La EOB contiene más información acerca de los medicamentos que usted toma [*insert, as applicable:* como la subida de precios y otros medicamentos de menor coste compartido que pueden estar 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 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 gastos directos de su bolsillo.
* [Insert only if the plan pays for OTC drugs as part of its administrative costs under Part D, rather than as a Medicaid benefit: También pagamos algunos medicamentos de venta sin receta médica. No tiene que pagar nada por estos medicamentos.]
* Para averiguar 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 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 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 [plan may insert reference, as applicable].

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

Los pagos hechos por otras personas y organizaciones también cuentan para sus gastos directos de su bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por [plan without an SPAP in their state, delete the next item:] un programa de asistencia farmacéutica del estado, un programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA, el Indian Health Service y la mayoría de las organizaciones caritativas, cuentan para sus gastos directos de su bolsillo. [Plan 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. **R****evise los informes que le enviamos.**

Cuando usted reciba por correo una *Explicación de 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. [Plan 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. [Plan with two payment stages, insert: Etapas de pagos de medicamentos de la Parte D de Medicare] [Plan with one payment stage, insert: Usted no paga nada por un suministro de medicamentos que recibe por un mes] [insert if applicable: o a largo plazo]

[Plan with one payment stage (i.e., 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.]

[Plan 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 el plan pagará 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, el plan pagará todos los costos de sus medicamentos hasta el <end date>.  Usted comienza esta etapa cuando ya pagó cierta cantidad de gastos directos de su bolsillo. |

[Plan 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. Los niveles [if the plan does not have cost sharing in any tier omit: de costo compartido] del plan

[Plan must provide an explanation of tiers; see the examples 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.]

[Plan that has 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 conocer los niveles de costo compartido de sus medicamentos, puede buscar en 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. Son medicamentos genéricos. 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>.]

[Plan that does not have cost sharing in any tier include: Los niveles son grupos de medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Cada medicamento de la Lista de medicamentos del plan está en alguno de los <number of tiers> niveles. Usted no tiene copagos por medicamentos de receta o de venta sin receta médica de la Lista de medicamentos de <plan name>. Lea la Lista de medicamentos para averiguar 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 [plan may insert reference, as applicable] para averiguar cuándo lo haremos.

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

## C3. Obteniendo un suministro a largo plazo de un medicamento

[Plan that 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 para [insert if applicable: hasta] <number of days> días. [Plan with cost sharing, insert: Le cuesta lo mismo que un suministro para un mes.] [Plan 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 [plan may insert reference, as applicable] o en el *Directorio de proveedores y farmacias*.

## C4. Lo que usted paga

[Plan that has 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 averiguar cuál es el copago de los medicamentos cubiertos.

**Su parte del costo de un suministro para *un mes*** [insert if applicable: **o a largo plazo**] **de un medicamento de receta cubierto de:**

[Plan 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 copays for non-Medicare covered drugs on the approved Additional Demonstration Drug (ADD) file. 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. Plan should remove references to “cost sharing” to describe tiers if it does not have cost sharing in any tier. If mail-order is not available for certain tiers, plan 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 para un mes o de hasta <number of days> días | El servicio de pedidos por correo del plan  Un suministro para un mes o de hasta <number of days> días | Una farmacia de cuidados 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 se limita a ciertos casos. Lea los detalles en el Capítulo 5 [plan 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).] |

Si quiere 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 [plan with one coverage stage should delete this section]

Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga 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.

[Plan must provide an explanation of tiers; see the examples below. 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.]

[Plan that has 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 conocer los niveles de costo compartido de sus medicamentos, puede buscar en 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. Son medicamentos genéricos. 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>.]

[If the plan does not have cost sharing in any tier include: Los niveles son grupos de medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Cada medicamento de la Lista de medicamentos del plan está en uno de los <number of tiers> niveles. Usted no tiene copagos por medicamentos de receta o de venta sin receta médica de la Lista de medicamentos de <plan name>. Lea la Lista de medicamentos para averiguar 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 [plan may insert reference, as applicable] para averiguar cuándo lo haremos.

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

## D2. Obteniendo un suministro a largo plazo de un medicamento

[Plan that 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 por [insert if applicable: hasta] <number of days> días. [Plan with cost sharing, insert: Le cuesta lo mismo que un suministro por un mes.] [Plan 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 [plan may insert reference, as applicable] o en el *Directorio de proveedores y farmacias*.

## D3. Lo que usted paga

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 averiguar cuál es el copago de los medicamentos cubiertos.

**Su parte del costo de un suministro para un mes**[insert if applicable: **o a largo plazo**] **de un medicamento de receta cubierto cuando usted lo obtenga de:**

[Plan 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 copays for non-Medicare covered drugs on the approved Additional Demonstration Drug (ADD) file. 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. Plan should remove references to “cost sharing” to describe tiers if it does not have cost sharing in any tier. If mail-order is not available for certain tiers, plan 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 para un mes o de hasta <number of days> días | El servicio de pedidos por correo del plan  Un suministro para un mes o de hasta <number of days> días | Una farmacia de cuidados 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 se limita a ciertos casos. Lea los detalles en el Capítulo 5 [plan 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).] |

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

## D4. Final de la Etapa de cobertura inicial

La Etapa de cobertura inicial termina cuando sus gastos directos de su bolsillo totales alcanzan [insert as applicable: $<initial coverage limit amount> **or** $<troop amount>]. En ese momento, comienza la Etapa de cobertura catastrófica. El plan cubre todos sus costos de medicamentos desde ahí hasta fin de 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 amount> **or** $<troop amount>]. Muchas personas no lo alcanzan en un año.

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

Cuando usted llega al límite de gastos directos de su 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.

[Plan that does not reduce the copays for Medicaid-covered drugs in the catastrophic coverage stage should insert the following language:] **Cuando esté en la Etapa de cobertura catastrófica, usted seguirá haciendo copagos por sus medicamentos cubiertos por Medicaid.**

# F. Sus costos de medicamentos si su proveedor receta menos que un suministro para un mes completo [plan 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 proveedor puede recetar menos que el suministro de un mes de medicamentos.

* Habrá veces en que usted quiera pedirle a su proveedor 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 proveedor está de acuerdo, no tendrá que pagar por el suministro del mes completo de ciertos medicamentos.

Cuando recibe un suministro de un medicamento, para menos de un mes, 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 (la “cuota diaria de costo compartido”) y lo multiplicaremos por el número de días del medicamento que usted recibe.

* [Plan 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 para 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 por 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 lo ayudara a:
  + planificar mejor cuándo resurtir nuevamente sus medicamentos,
  + coordinar los nuevos surtidos con otros medicamentos que toma, **y**
  + hacer menos viajes a la farmacia.

# G. Vacunas

[Plan may revise this section as needed.]

Nuestro plan cubre las vacunas de la Parte D de Medicare. Nuestra cobertura de las vacunas de la Parte D de Medicare tiene dos partes:

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

## G1. Qué tiene que saber antes de obtener una vacuna

[Plan may revise this section as needed.]

Le recomendamos que llame antes 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.]

[If the plan does not charge any Part D vaccine copays delete the following section.]

## G2. Lo que paga usted por una vacuna de la Parte D de Medicare

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

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

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

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

* Usted pagará [insert as applicable: no pagará nada **or** hará un copago] por la vacuna.
* Algunos estados no permiten que las farmacias pongan inyecciones.

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

* Usted pagará [insert as applicable: no pagará nada **or** hará un copago] al proveedor por la vacuna.
* Nuestro plan pagará el costo de ponerle la vacuna.
* En este caso, la oficina del proveedor debe llamar a nuestro plan para que podamos informarles que usted sólo tiene que pagar [insert as applicable: nada **or** un copago] por la vacuna.

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

* Usted pagará [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.]