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:

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

Porque está inscripto en el programa FIDA (Fully Integrated Duals Advantage o Organización integral para personas elegibles para ambos programas), usted **no tiene costos** por 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”. 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 [plans 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>.
* *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 [plans may insert reference, as applicable].

[Plans should refer Participants 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) 3](#_Toc522261286)

[B. Cómo llevar la cuenta de sus medicamentos 3](#_Toc522261287)

[C. Resumen de la cobertura para sus medicamentos 4](#_Toc522261288)

[C1. Los niveles del plan 4](#_Toc522261289)

[C2. Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento 4](#_Toc522261290)

[C3. Su cobertura para el suministro de un mes [*insert if applicable:* o a largo plazo] de un medicamento de receta cubierto 5](#_Toc522261291)

[D. Vacunas 6](#_Toc522261292)

[D1. Lo que necesita saber antes de obtener una vacuna 7](#_Toc522261293)

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.]

<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 *Explicación de los beneficios*. Lo llamamos EOB para abreviar. 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 libre.
* Para ver 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. Aquí le decimos cómo nos puede ayudar:

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

Muestre su Tarjeta de identificación de participante de<plan name>cada 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 completo por un medicamento cubierto

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

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

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 participante. [Plans that allow Participants to manage this information online may describe that option here.] Asegúrese de guardar estos informes.

C. Resumen de la cobertura para sus medicamentos

C1. Los niveles del plan

[Plans must provide an explanation of tiers; see the example 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.

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 medicamentos de venta libre.]

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

[Plans that do 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. 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 [plans 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**

[Plans may delete columns and modify the table as necessary to reflect the plan’s prescription drug coverage. 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. If mail-order is not available for certain tiers, plans should insert the following text in the cost sharing cell: Mail-order is not available for drugs in [insert tier].]

[Plans 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.]

[Plans 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 por hasta <number of days> días | **El servicio de pedidos por correo del plan**  Un suministro por un mes o por hasta <number of days> días | **Una farmacia de cuidados a largo plazo de la red**  Un suministro por hasta <number of days> días | **Una farmacia fuera de la red**  Un suministro por hasta <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.”]) | $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 Medicare Parte D. No hay costos para las vacunas que están cubiertas por <plan name>.

D1. Lo que necesita saber antes de obtener una vacuna

[Plans may revise this section as needed.]

Le recomendamos que llame a su Administrador de cuidados cada vez que piense obtener una vacuna. Su Equipo interdisciplinario (IDT) discutirá cuáles vacunas son apropiadas para usted.

* 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 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 usted 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 [plans may insert reference, as applicable].