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 como paciente ambulatorio. Cuando hablamos de “medicamentos” queremos decir:

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

Como usted cumple con los requisitos 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 a reducir sus gastos en 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”. |

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

Para saber más sobre los medicamentos de receta, usted puede buscar información en:

* La *Lista de medicamentos cubiertos* del plan.
  + La llamamos “*Lista de medicamentos*”. Le dice:
* Los medicamentos que paga el plan
* En cuál de los <number of tiers> niveles [*Plans that do not have cost sharing in any tier may omit*: de costo compartido] está el medicamento
* Si hay algún límite para 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 <URL>. La *Lista de medicamentos* del sitio web es siempre la más actual.
* El Capítulo 5 de este *Manual del miembro*.
* Para obtener más información sobre cómo obtener sus medicamentos de receta como paciente ambulatorio a través del plan, consulte el Capítulo 5 [*plans may insert reference, as applicable*].
* Contiene las reglas que usted debe seguir. También le dice qué tipos de medicamentos de receta no están cubiertos por nuestro plan.
* El *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. Para obtener más información sobre las farmacias de la red, consulte el Capítulo 5 [*plans may insert reference, as applicable*].
* Al usar la “Herramienta de beneficios en tiempo real” para saber si un medicamento tiene cobertura (consulte el Capítulo 5, Sección B2), aparecerá el costo en “tiempo real”, es decir que la herramienta le mostrará un valor aproximado e inmediato de los posibles gastos directos de su bolsillo que deberá afrontar. Para obtener más información, puede llamar a [*insert if applicable:* su coordinador de cuidado de salud] o a Servicios al miembro.

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

[Plans should refer members to other parts of the handbook using the appropriate chapter number and section. For example, “refer to Chapter 9, Section A.” 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 contenidos

[A. La *Explicación de beneficios* (EOB) 4](#_Toc137491887)

[B. Cómo llevar la cuenta de los costos de sus medicamentos 5](#_Toc137491888)

[C. [*Plans with two payment stages, insert:* Etapas de pagos de medicamentos de la Parte D de Medicare] [*Plans with one payment stage, insert:* No paga nada por un suministro de medicamentos de un mes [*insert if applicable:* o a largo plazo]] 6](#_Toc137491889)

[C1. Los niveles [*Plans that do not have cost sharing in any tier may omit:* de costo compartido] del plan 7](#_Toc137491890)

[C2. Sus opciones de farmacia 7](#_Toc137491891)

[C3. Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento 8](#_Toc137491892)

[C4. Lo que paga 8](#_Toc137491893)

[D. Etapa 1: La Etapa de cobertura inicial [*Plans with one coverage stage should delete this section*] 9](#_Toc137491894)

[D1. Sus opciones de farmacia 10](#_Toc137491895)

[D2. Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento 11](#_Toc137491896)

[D3. Lo que paga 11](#_Toc137491897)

[D4. Final de la Etapa de cobertura inicial 12](#_Toc137491898)

[E. Etapa 2: La Etapa de cobertura catastrófica [*Plans with one coverage stage should delete this section*] 13](#_Toc137491899)

[F. Sus costos de medicamentos si su médico receta menos de un suministro por un mes completo [*Plans with no Part D drug cost-sharing should delete this section*] 13](#_Toc137491900)

[G. Vacunas 14](#_Toc137491901)

[G1. Qué tiene que saber antes de obtener una vacuna 14](#_Toc137491902)

[G2. Lo que paga usted por una vacuna de la Parte D de Medicare 15](#_Toc137491903)

# 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 lleva un registro de sus medicamentos de receta. Llevamos el registro de dos tipos de costos:

* Los **gastos directos de su bolsillo**. Esta es la cantidad de dinero que usted o un tercero paga en su nombre por sus medicamentos de receta. Esto incluye lo que usted paga cuando recibe un medicamento cubierto de la Parte D, todos los medicamentos pagados por sus amigos y familiares, todos los pagos de medicamentos realizados por la “Ayuda adicional” de Medicare, planes de salud de empleadores o sindicatos, TRICARE, Indian Health Service, programas de asistencia de medicamentos para el SIDA, programas de beneficencia y la mayoría de los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP).
* Los **costos totales de medicamentos**.Es el total de todos los pagos realizados para sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Esto incluye lo que el plan y otros programas y organizaciones hayan pagado por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Cuando usted recibe medicamentos de receta a través del plan, le enviamos un breve informe llamado *Explicación de beneficios*. Lo llamamos EOB para abreviar. La EOB contiene más información acerca de los medicamentos que usted toma [*insert, as applicable:* como incrementos en los precios y otros medicamentos de menor costo compartido que pueden estar disponibles. Hable con su proveedor acerca de estas opciones de menor costo]. La EOB incluye:

* **Información del mes**. El breve informe dice qué medicamentos de receta recibió usted el mes anterior. Este 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”.** Este es el costo total de sus medicamentos y el total de los pagos desde el 1 de enero.
* **Información sobre el precio de los medicamentos.** Muestra el precio total del medicamento y el cambio porcentual en el precio del medicamento desde que se dispensó por primera vez.
* **Alternativas de menor costo.** En caso de que las haya, se harán constar debajo de los medicamentos que toma usted actualmente. Para obtener más información, hable con su profesional autorizado.

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, consulte la Lista de medicamentos.

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

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

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 de que tenemos la información que necesitamos.**

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

Estas son algunas de las veces en que deberá enviarnos copias de sus recibos:

* Cuando 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 obtener información sobre cómo pedirnos que le devolvamos el pago [insert if plan has cost sharing: de nuestra parte del costo] del medicamento, consulte 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 otras personas y organizaciones también cuentan para sus gastos directos de su bolsillo. Por ejemplo, los pagos hechos por un programa de asistencia de medicamentos del SIDA, el Programa de salud para nativos americanos y la mayoría de las organizaciones benéficas cuentan para sus gastos directos de su bolsillo. [Plans should delete the rest of this paragraph if they cover all Part D drugs at $0 cost-sharing:] Esto puede ayudarlo si usted es elegible para cobertura catastrófica. Cuando llegue a la Etapa de cobertura catastrófica, <plan name> pagará todos los costos de sus medicamentos de la Parte D el resto del año.

1. **Revise las EOB que le enviamos.**

Cuando usted reciba por correo una EOB, por favor asegúrese de que esté completa y correcta. Si cree que hay algo mal o que falta 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 estas EOB. Son un registro importante de sus gastos de medicamentos.

# C. [*Plans with two payment stages, insert:* Etapas de pagos de medicamentos de la Parte D de Medicare] [*Plans with one payment stage, insert:* No paga nada por un suministro de medicamentos de 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 dependerá de la etapa en la que esté cuando surta o resurta una receta. Descripción de las etapas:

|  |  |
| --- | --- |
| **Etapa 1: Etapa de cobertura inicial** | **Etapa 2: Etapa de cobertura catastrófica** |
| Durante esta etapa, el plan paga parte de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte. La parte que le corresponde a usted se denomina copago.  Esta etapa da comienzo cuando usted surte su primera receta del año. | Durante esta etapa, el plan paga todos los costos de sus medicamentos hasta el <end date>.  Esta etapa da comienzo cuando usted ha pagado una determinada cantidad de gastos directos de su 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. Los niveles [*Plans that do not have cost sharing in any tier may omit:* de costo compartido] del plan

[Plans must provide an explanation of tiers; refer to 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 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 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 de Nivel 1 tienen el copago más bajo. Son medicamentos genéricos. El copago es de <amount> a <amount>, dependiendo de sus ingresos.
* Los medicamentos de Nivel 2 tienen un copago intermedio. Son medicamentos de marca. El copago es de <amount> a <amount>, dependiendo de sus ingresos.
* Los medicamentos de Nivel 3 tienen un 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 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 (OTC) de la Lista de medicamentos de <plan name>.Para conocer los niveles de costo compartido de sus medicamentos, puede buscar en la Lista de medicamentos.

Include examples such as the following:

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

## C2. Sus opciones de farmacia

La cantidad que paga 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. Para obtener más información sobre cuándo lo haremos, consulte el Capítulo 5 [plans may insert reference, as applicable].

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

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

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

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 de [insert if applicable: hasta] <number of days> días. [Plans with cost sharing, insert: Tiene el mismo costo que un suministro de un mes.] [Plans with no cost sharing, insert: Un suministro a largo plazo no tiene costo para usted.]

Para obtener más información sobre cómo obtener un suministro a largo plazo, consulte el Capítulo 5 [plans may insert reference, as applicable] o el *Directorio de proveedores y farmacias*.

## C4. Lo que paga

[Plans that have copays on at least one tier must include the following language:] Puede que tenga que efectuar un copago cuando surta una receta. Si el precio de su medicamento cubierto es menor que el copago, usted pagará el costo más bajo.

Puede comunicarse con Servicios al miembro para averiguar 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 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 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 de un mes o de hasta <number of days> días | **El servicio de pedidos por correo del plan**  Un suministro de un mes o de hasta <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 se limita a ciertos casos. Consulte el Capítulo 5 [plans may insert reference, as applicable] para obtener más 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).] |

Para obtener información sobre qué farmacias le pueden dar suministros a largo plazo, consulte 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, el plan paga una parte del costo de sus medicamentos de receta cubiertos y usted paga su parte. La parte que le corresponde a usted se denomina *copago*. El copago depende de en qué nivel de costo compartido está el medicamento y de dónde lo obtiene usted.

[Plans must provide an explanation of tiers; refer to 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 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 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 de Nivel 1 tienen el copago más bajo. Son medicamentos genéricos. El copago es de <amount> a <amount>, dependiendo de sus ingresos.
* Los medicamentos de Nivel 2 tienen un copago intermedio. Son medicamentos de marca. El copago es de <amount> a <amount>, dependiendo de sus ingresos.
* Los medicamentos de Nivel 3 tienen un 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 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 (OTC) de la Lista de medicamentos de <plan name>.Para conocer los niveles de costo compartido de sus medicamentos, puede buscar en la Lista de medicamentos.

Include examples such as the following:

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

## D1. Sus opciones de farmacia

La cantidad que paga 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. Para obtener más información sobre cuándo lo haremos, consulte el Capítulo 5 [plans may insert reference, as applicable].

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias, consulte el Capítulo 5 de este manual [plans may insert reference, as applicable] y el *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:]

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 de [insert if applicable: hasta] <number of days> días. [Plans with cost sharing, insert: Tiene el mismo costo que un suministro de un mes.] [Plans with no cost sharing, insert: Un suministro a largo plazo no tiene costo para usted.]

Para obtener más información sobre cómo obtener un suministro a largo plazo, consulte el Capítulo 5 [plans may insert reference, as applicable] o el *Directorio de proveedores y farmacias*.

## D3. Lo que paga

Durante la Etapa de cobertura inicial, usted hará un copago cada vez que surta una receta. Si el precio de su medicamento cubierto es menor que el copago, usted pagará el costo más bajo.

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

**Su parte del costo de un suministro de un mes** [insert if applicable: **or long-term**] **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. Modify the chart as necessary to include 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 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 de un mes o de hasta <number of days> días | **El servicio de pedidos por correo del plan**  Un suministro de un mes o de hasta <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 se limita a ciertos casos. Consulte el Capítulo 5 [plans may insert reference, as applicable] para obtener más 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).] |

Para obtener información sobre qué farmacias le pueden dar suministros a largo plazo, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* del plan.

## D4. Final de la Etapa de cobertura inicial

La Etapa de cobertura inicial termina cuando el total de los gastos directos de su bolsillo alcanza los [insert as applicable: $<initial coverage limit> **or** $<TrOOP amount>]. Es entonces cuando empieza la Etapa de cobertura catastrófica. A partir de ese momento, el plan cubre todos sus costos de medicamentos hasta final de año.

Sus EOBle ayudarán a llevar la cuenta de cuánto pagó por sus medicamentos durante el año. Le avisaremos cuando llegue 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, usted no paga por los medicamentos cubiertos de la Parte D.[Plans that cover Medicaid drugs or excluded drugs under an enhanced benefit with cost sharing in this stage, insert the following as applicable and adjust as needed: En el caso de medicamentos de Medicaid y medicamentos excluidos de nuestros beneficios mejorados, usted paga <insert copay amount>.]

[*Plans that do* ***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, seguirá haciendo copagos por los medicamentos cubiertos por Medicaid**.

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

[*Insert as appropriate:* Normalmente ***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 del suministro de un mes de medicamentos.

* Habrá veces en que usted quiera pedirle a su médico que le recete menos del 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, 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, la cantidad 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.

* [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 su copago por un suministro para un mes (un suministro de 30 días) de un medicamento es $1.35. Esto significa que el costo de su medicamento es un poco menos de $0.05 por día. Si usted recibe un suministro de 7 días del medicamento, su pago sería de menos de $0.05 por día, multiplicado por 7 días, para un pago total de menos de $0.35.
* 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 surtir nuevamente sus medicamentos,
  + coordinar los nuevos surtidos con otros medicamentos que toma, **y**
  + hacer menos viajes a la farmacia.

# G. Vacunas

[Plans may revise this section as needed.]

**Mensaje importante sobre lo que debe pagar por las vacunas:** algunas vacunas son consideradas beneficios médicos y están cubiertos por la Parte B de Medicare.Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D de Medicare. Estas vacunas están detalladas en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario).* Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D de Medicare para adultos. Consulte la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* de su plan o comuníquese con los Servicios al miembro para conocer más detalles sobre la cobertura y el costo compartido.

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

1. La primera parte de la cobertura es por el costode **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.

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

[Plans may revise this section as needed.]

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

* Podremos decirle cómo nuestro plan cubre su vacuna [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 por adelantado por una vacuna de la Parte D de Medicare.]

[Plans that do not charge any Part D vaccine copays may 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 beneficios de salud más que medicamentos. Estas vacunas están cubiertas y no tienen costo para usted. Para obtener más información sobre estas vacunas, consulte la Tabla de beneficios del Capítulo 4 [plans may insert reference, as applicable].
* Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D de Medicare. Puede encontrar estas vacunas en la *Lista de medicamentos* del plan. [*Insert if applicable:* Puede que tenga que hacer un copago por vacunas de la Parte D de Medicare.] Si el **Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización** (**ACIP**) recomienda la vacuna para adultos, usted no deberá pagarla.

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

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

* Para la mayoría de las vacunas de la Parte de D para adultos, no pagará nada.
* Para otras vacunas de la Parte D, [insert as applicable: no pagará nada ***or*** hará un copago]. Algunos estados no permiten que las farmacias pongan inyecciones.

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

* [*Insert as applicable:* No pagará nada ***or*** Hará un copago] al médico por la vacuna.
* Nuestro plan pagará el costo de ponerle la vacuna.
* El consultorio del médico debe llamar a nuestro plan para que podamos informarles que usted tiene que pagar [*insert as applicable*: nada ***or*** 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 que le ponga la inyección.

* Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada por la vacuna.
* Para otras vacunas de la Parte D, [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.]