Capítulo 6: Cómo cubre los medicamentos de receta el plan

Introducción

Este capítulo explica cómo <plan name> cubre sus medicamentos de receta de 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.

Dado que usted está inscripto en el plan FIDA-IDD, Fully Integrated Duals Advantage for people with Intellectual and Developmental Disabilities (Organización integral para personas con discapacidades intelectuales y del desarrollo que tengan Medicare y Medicaid), 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 buscar información en:

* La *Lista de medicamentos cubiertos* de <plan name>.
* La llamamos “Lista de medicamentos”. Le dice:
  + Los medicamentos que paga <plan name>
  + En cuál de los <number of tiers> niveles está el medicamento
* Si hay algún límite para 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 <URL>. La *Lista de medicamentos* del sitio web es siempre la más actual.
* El Capítulo 5 de este *Manual del participante*.
* Para obtener más información sobre cómo obtener sus medicamentos de receta como paciente ambulatorio a través de <plan name>, consulte el Capítulo 5 [plan 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 <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. Para obtener más información sobre las farmacias de la red, consulte el Capítulo 5 [plan may insert reference, as applicable].
* Al usar la “Herramienta de beneficios en tiempo real” del plan 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.

[The plan should refer Participants to other parts of the handbook using the appropriate chapter number and section. For example, “refer to 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 contenidos

[A. La *Explicación de beneficios* (EOB) 3](#_Toc170386514)

[B. Cómo llevar la cuenta de sus medicamentos 3](#_Toc170386515)

[C. Resumen de la cobertura para sus medicamentos 4](#_Toc170386516)

[C1. Los niveles del plan 4](#_Toc170386517)

[C2. Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento 5](#_Toc170386518)

[C3. Su cobertura para el suministro de un mes [insert if applicable: o a largo plazo] de un medicamento de receta cubierto 5](#_Toc170386519)

[D. Vacunas 6](#_Toc170386520)

[D1. Qué tiene que saber antes de obtener una vacuna 7](#_Toc170386521)

# La *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 y el total de los costos de los medicamentos, incluida la cantidad que Medicare paga por usted.

Cuando usted recibe medicamentos de receta a través de <plan name>, le enviamos un resumen llamado EOB. 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 resumen 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 Medicare por usted. La EOB no es una factura. Es solo 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 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.

* También pagamos algunos medicamentos de venta sin receta médica (OTC).
* Para averiguar qué medicamentos cubre <plan name>, consulte la Lista de medicamentos.

# 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. Usted nos puede ayudar de la siguiente manera:

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

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

1. **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos si tenemos que devolverle su pago.**

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. Puede pedirnos que le devolvamos el pago 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 <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 solicitarnos que le devolvamos lo que usted pagó por el medicamento, consulte el Capítulo 7 [plan may insert reference, as applicable].

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 participante. [If the plan allows Participants to manage this information online, describe that option here.] Asegúrese de guardar estas EOB.

# Resumen de la cobertura para sus medicamentos

## C1. Los niveles del plan

[Plan must provide an explanation of tiers; refer to 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 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. Cada medicamento de la Lista de medicamentos del plan está en alguno de los <number of tiers> niveles. No hay ningún costo para usted para los medicamentos de cualquiera de estos niveles.

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

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. Un suministro a largo plazo no tiene costo para usted.

Para obtener más información sobre cómo y dónde obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el Capítulo 5 [plan may insert reference, as applicable] o 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 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 pedidos por correo no están disponibles para los medicamentos en el nivel [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 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 [plan may insert reference, as applicable] para obtener más detalles. |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nivel 1**  ([Insert description; e.g., “generic drugs.”]) | $0 | $0 | $0 | $0 |
| **Nivel 2**  ([Insert description.]) | $0 | $0 | $0 | $0 |
| **Nivel 3**  ([Insert description.]) | $0 | $0 | $0 | $0 |
| **Nivel 4**  ([Insert description.]) | $0 | $0 | $0 | $0 |

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

# Vacunas

[Plan 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 están consideradas como 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 de vacunas específicas.

No hay costos para las vacunas que están cubiertas por <plan name>.

## D1. Qué tiene que 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 proveedor. 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, consulte el Capítulo 7 [plan may insert reference, as applicable].