Capítulo 6: Lo que usted paga por sus medicamentos de receta como paciente ambulatorio

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 MassHealth, **y**
* medicamentos y artículos cubiertos por el plan como beneficios adicionales.

Como usted cumple con los requisitos para MassHealth, 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 que cubre <plan name>, 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 está el medicamento;
  + si hay algún límite para los medicamentos.
* Si necesita una copia de la *Lista de medicamentos*, llame a Servicios al miembro al <toll-free number>. 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 costos de bolsillo que deberá afrontar. Para obtener más información, llame a su *[insert if applicable:* su coordinador de cuidado de salud] o a los Servicios para miembros.

[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) de la Parte D 4](#_Toc170834547)

[B. Cómo llevar la cuenta de los costos de sus medicamentos 5](#_Toc170834548)

[C. No paga nada por un suministro de medicamentos de un mes[insert if applicable: o a largo plazo] 6](#_Toc170834549)

[C1. Los niveles del plan 6](#_Toc170834550)

[C2. Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento 6](#_Toc170834551)

[D. Vacunas 7](#_Toc170834601)

[D1. Qué tiene que saber antes de obtener una vacuna 7](#_Toc170834602)

[D2. Lo que paga usted por una vacuna de la Parte D de Medicare 8](#_Toc170834603)

# La *Explicación de beneficios* (EOB) de la Parte D

[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, los 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 (SPAPs). Con <plan name>, usted no tiene que pagar nada por sus medicamentos de receta, siempre y cuando siga las reglas del Capítulo 5. Usted no tendrá ningún gasto directo de su bolsillo.
* Los **costos totales de medicamentos**. Este 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 u 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. La EOB incluye:

* **Información del mes**. El breve informe dice qué medicamentos de receta de la Parte D recibió usted el mes anterior. Este muestra el total de los costos por medicamento de la Parte D, cuánto ha pagado el plan y cuánto han pagado usted y los terceros por sus medicamentos.
* **Información “de lo que va del año”.** Este es el costo total de sus medicamentos y el total de los pagos de este año.
* **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 MassHealth 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*.

# Cómo llevar la cuenta de los costos de sus medicamentos

Para llevar la cuenta de los costos de 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 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 por ellos.

**2.** **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.**

Envíenos copias de los recibos de los medicamentos cubiertos por los que haya pagado. Usted debe seguir siempre las reglas del Capítulo 5 para obtener medicamentos. Si sigue las reglas, no pagará nada por los medicamentos cubiertos por <plan name>.Si alguna vez paga el costo completo de su medicamento, deberá guardar el recibo y puede pedirnos que le paguemos su 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 del medicamento, consulte el Capítulo 7 [plans may insert reference, as applicable].

**3.** **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.

# No paga nada por un suministro de medicamentos de un mes [insert if applicable: o a largo plazo]

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

## C1. Los niveles 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.*]

[*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>.]

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.

[Plans should include examples such as the following:

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

## C2. 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. 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*.

[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. 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].]

# Vacunas

[Plans may revise this section as needed.]

**Mensaje importante sobre lo que debe pagar por las vacunas:** Algunas vacunas están consideradas beneficios médicos y están cubiertas 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 con cobertura (Formulario).* Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D de Medicare para adultos. Consulte la *Lista de medicamentos con cobertura (Formulario)* o comuníquese con los Servicios para miembros para conocer más detalles sobre la cobertura y los costos de ciertas vacunas.

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.

## D1. 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.

## D2. 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 "Vacunas" en 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. Si el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (**ACIP**, por sus siglas en inglés) recomienda la vacuna para adultos, 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, no pagará nada. 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.

* No pagará nada 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 no tiene que pagar nada 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, no pagará nada.
* Nuestro plan cubirá el costo de colocación de la vacuna.

[Insert any additional information about your coverage of vaccinations.]