

# Plan separado de medicamentos con receta de Medicare

## Resumen de beneficios

Del 1 de enero de 2012 al 31 de diciembre de 2012

Número gratuito 1-855-291-9311  
TTY/TDD 1-800-526-0844

[www.HealthAllianceMedicare.org](http://www.HealthAllianceMedicare.org)  
med-pdpstndalonesob-0711 • S4219\_07\_26\_11\_01 • CMS Approved 08/29/2011

## **SECCIÓN I – INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE BENEFICIOS**

Gracias por su interés en el plan Health Alliance Medicare Prescription Plan - Basic (PDP). Nuestro plan es ofrecido por los planes médicos de Health Alliance Medical Plans/Health Alliance Medicare Prescription Plan, un plan de medicamentos con receta de Medicare que tiene contratos con el gobierno federal. En este Resumen de beneficios encontrará algunas de las características de nuestro plan. No se enumera cada uno de los medicamentos que cubrimos, ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de nuestros beneficios, comuníquese con el plan Health Alliance Medicare Prescription Plan - Basic (PDP) y solicite la “Evidencia de cobertura”.

### **USTED TIENE OPCIONES EN SU COBERTURA PARA MEDICAMENTOS CON RECETA DE MEDICARE**

Como beneficiario de Medicare, usted puede elegir entre diferentes opciones de cobertura para medicamentos con receta de Medicare. Una opción es recibir la cobertura para medicamentos con receta a través de un plan de medicamentos con receta de Medicare, como el plan Health Alliance Medicare Prescription Plan - Basic (PDP). Otra opción es recibir la cobertura para medicamentos con receta a través de un plan Medicare Advantage que ofrezca cobertura para medicamentos con receta. Usted elige.

### **¿CÓMO PUEDO COMPARAR MIS OPCIONES?**

Las tablas de este folleto enumeran algunos beneficios importantes en relación con los medicamentos. Puede utilizar este Resumen de beneficios para comparar los beneficios ofrecidos por el plan Health Alliance Medicare Prescription Plan - Basic (PDP) con los beneficios ofrecidos por otros planes de medicamentos con receta de Medicare o planes Medicare Advantage que tengan cobertura para medicamentos con receta.

### **¿DÓNDE SE OFRECE EL PLAN HEALTH ALLIANCE MEDICARE PRESCRIPTION PLAN - BASIC (PDP)?**

El área de servicios para estos planes abarca Illinois. Debe vivir en esta área para afiliarse a este plan.

### **¿QUIÉN ES ELEGIBLE PARA AFILIARSE?**

Usted puede afiliarse a estos planes si tiene derecho a la Parte A de Medicare o está inscrito en la Parte B de Medicare y vive en el área de servicios. Si está inscrito en un plan de atención coordinada de Medicare Advantage (MA) (Organización para el mantenimiento de la salud [HMO, por sus siglas en inglés] u Organización de proveedores preferidos [PPO, por sus siglas en inglés]) o en un plan privado de pago por servicio (PFFS, por sus siglas en inglés) de MA que incluya medicamentos con receta de Medicare, no puede inscribirse en un PDP a menos que cancele su inscripción en la HMO, la PPO o el PFFS de MA. Las personas inscritas en un plan privado de pago por servicio (PFFS) que no proporciona cobertura para medicamentos con receta de Medicare o en un plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos (MSA, por sus siglas en inglés) de MA pueden inscribirse en un PDP. Las personas inscritas en un plan de Costo 1876 pueden inscribirse en un PDP.

### **¿DÓNDE PUEDO OBTENER LOS MEDICAMENTOS CON RECETA?**

El plan Health Alliance Medicare Prescription Plan - Basic (PDP) ha formado una red de farmacias. Usted debe utilizar una farmacia de la red para recibir los beneficios del plan. No pagaremos sus medicamentos con receta si utiliza una farmacia fuera de la red, excepto en ciertos casos. El plan Health Alliance Medicare Prescription Plan - Basic (PDP) tiene una lista de farmacias preferidas. En esas farmacias, podrá obtener sus medicamentos por un copago o un coseguro más bajo. Una farmacia no preferida sigue siendo una farmacia de la red, pero quizá deba pagar más por sus medicamentos con receta. Las farmacias de nuestra red pueden cambiar en cualquier momento. Puede solicitar un directorio de farmacias o visitar nuestro sitio web en [www.HealthAllianceMedicare.org](http://www.HealthAllianceMedicare.org). Nuestro número del servicio al cliente aparece al final de esta introducción.

### ¿MI PLAN CUBRE LOS MEDICAMENTOS DE LA PARTE B O PARTE D DE MEDICARE?

El plan Health Alliance Medicare Prescription Plan - Basic (PDP) no cubre los medicamentos que están cubiertos en la Parte B de Medicare como recetados y entregados. En general, solo cubrimos medicamentos, vacunas, productos biológicos y suministros médicos que están cubiertos en el beneficio de medicamentos con receta de Medicare (Parte D) y que están en nuestro formulario.

### ¿QUÉ ES UN FORMULARIO DE MEDICAMENTOS CON RECETA?

El plan Health Alliance Medicare Prescription Plan - Basic (PDP) utiliza un formulario. Un formulario es una lista de los medicamentos cubiertos por su plan para satisfacer las necesidades de los pacientes. En forma periódica, podemos agregar, eliminar, hacer cambios a las limitaciones de cobertura de ciertos medicamentos o cambiar el monto que usted paga por un medicamento. Si hacemos algún cambio en el formulario que limite la capacidad de nuestros miembros para obtener sus medicamentos con receta, informaremos a los miembros afectados antes de implementar el cambio. Le enviaremos un formulario, y también podrá ver el formulario completo en nuestro sitio web [www.HealthAllianceMedicare.org](http://www.HealthAllianceMedicare.org). Si actualmente toma un medicamento que no se encuentra en nuestro formulario o que está sujeto a límites o requisitos adicionales, es posible que obtenga una dosis temporal de dicho medicamento. Puede comunicarse con nosotros para solicitarnos una excepción o para cambiarse a un medicamento alternativo que aparezca en nuestro formulario con la ayuda de su médico. Llámenos para averiguar si puede obtener una dosis temporal del medicamento o para conocer más detalles sobre nuestra política de transición de medicamentos.

### ¿QUÉ DEBO HACER SI TENGO OTRO SEGURO ADEMÁS DE MEDICARE?

Si usted tiene una póliza de Medigap (complemento de Medicare) que incluye cobertura para medicamentos con receta, debe comunicarse con la entidad emisora de Medigap para avisarle que se ha afiliado a un plan de medicamentos con receta de Medicare. Si decide conservar su póliza complementaria de Medigap actual, la entidad emisora de Medigap eliminará la parte de la cobertura para medicamentos con receta de su póliza. Para obtener más detalles, llame a la entidad emisora de Medigap. Si usted o su cónyuge tienen, o pueden tener, cobertura grupal del empleador, debe hablar con su empleador para averiguar cómo influirá en sus beneficios que se afilie a un plan Health Alliance Medicare Prescription Plan - Basic (PDP). Obtenga esta información antes de decidir inscribirse en este plan.

### ¿CÓMO PUEDO OBTENER AYUDA ADICIONAL CON LOS COSTOS DE MI PLAN DE MEDICAMENTOS CON RECETA O CON OTROS COSTOS DE MEDICARE?

Usted podría obtener ayuda adicional para pagar las primas y los costos de los medicamentos con receta y obtener ayuda con otros costos de Medicare. Para saber si es elegible para recibir ayuda adicional, llame a:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los siete días de la semana. Consulte la sección “Programs for People with Limited Income and Resources” (Programas para personas con recursos e ingresos limitados) en la publicación Medicare & You (Medicare y Usted) en el sitio web [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov).
- La Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213 desde las 7 a. m. hasta las 7 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-325-0778 o
- La oficina de Medicaid de su estado.

### ¿CUÁLES SON MIS PROTECCIONES EN ESTOS PLANES?

Todos los planes de medicamentos con receta de Medicare se comprometen a estar en el programa durante un año calendario completo por vez. Los beneficios y los costos compartidos del plan pueden cambiar de un año calendario a otro año calendario. Cada año, los planes pueden decidir si continúan participando en el programa de planes de medicamentos con receta de Medicare. Un plan puede continuar en toda el área de servicios (el área geográfica donde el plan acepta miembros) o elegir continuar solo en determinadas áreas. Además, Medicare puede decidir finalizar un contrato con un plan. Si un plan de medicamentos con receta de Medicare deja el programa, usted no perderá la cobertura de Medicare. Si un plan decide no continuar durante un año calendario adicional, el plan debe enviarle una carta al menos 90 días antes de que finalice la cobertura. En la carta se le explicarán las opciones de cobertura de Medicare que usted tiene en su área.

Como miembro del plan Health Alliance Medicare Prescription Plan - Basic (PDP), usted tiene derecho a solicitar una determinación de cobertura, la que incluye el derecho a solicitar una excepción, el derecho a presentar una apelación si le negamos la cobertura de un medicamento con receta y el derecho a presentar un reclamo. Usted tiene derecho a solicitar una determinación de cobertura si desea que cubramos un medicamento de la Parte D que usted considera que debería estar cubierto. Una excepción es una clase de determinación de cobertura. Puede solicitarnos una excepción si considera que necesita un medicamento que no se encuentra en nuestra lista de medicamentos cubiertos o que debería obtener un medicamento no preferido a un costo menor que paga de su bolsillo. También puede solicitar una excepción a las normas de utilización de costos, como un límite en la cantidad de un medicamento. Si considera que necesita una excepción, debe comunicarse con nosotros antes de intentar obtener su medicamento con receta en la farmacia. Su médico debe proporcionar una declaración que respalde su solicitud de excepción. Si le negamos la cobertura de sus medicamentos con receta, usted tiene derecho a apelar y solicitarnos que examinemos nuestra decisión. Por último, usted goza del derecho de iniciar un reclamo si tiene cualquier clase de problema, con nosotros o con alguna de las farmacias de nuestra red, que no esté relacionado con la cobertura de un medicamento con receta. Si su problema está relacionado con la calidad de la atención, también tiene derecho a iniciar un reclamo ante la Organización para la mejora de la calidad (QIO, por sus siglas en inglés) de su estado. Consulte la Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) para ver la información de contacto de la QIO.

#### ¿QUÉ ES UN PROGRAMA DE MANEJO DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO (MTM)?

El Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM, por sus siglas en inglés) es un servicio gratis que ofrecemos. Es posible que se lo invite a participar en un programa diseñado para sus necesidades de farmacia y salud específicas. Usted puede decidir no participar, pero se recomienda que si lo eligen, aproveche al máximo de este servicio cubierto. Comuníquese con el plan Health Alliance Medicare Prescription Plan - Basic (PDP) para obtener más detalles.

#### ¿DÓNDE PUEDO ENCONTRAR INFORMACIÓN SOBRE LAS CALIFICACIONES DEL PLAN?

El programa Medicare califica qué tan bien los planes prestan servicio en diferentes categorías (por ejemplo, en la detección y prevención de enfermedades, las calificaciones de pacientes y el servicio al cliente). Si tiene acceso a la Web, puede utilizar las herramientas que se encuentran en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) y seleccionar “Health and Drug Plans” (planes de salud y de medicamentos) y luego “Compare Drug and Health Plans” (Comparar planes de medicamentos y de salud) a fin de comparar las calificaciones para los planes de Medicare en su área. También puede llamarnos directamente para obtener una copia de las calificaciones del plan para este plan específico. Nuestro número del servicio de atención al cliente se enumera al final.

Comuníquese con el plan de medicamentos con receta Health Alliance Medicare para obtener más información sobre el plan Health Alliance Medicare Prescription Plan - Basic (PDP).

Visítenos en [www.HealthAllianceMedicare.org](http://www.HealthAllianceMedicare.org) o llámenos:

Horario del Servicio al cliente:

Domingo, lunes, martes, miércoles, jueves, viernes y sábado de 8 a. m. a 8 p. m. hora central

Los miembros actuales y potenciales pueden llamar sin cargo al 1-855-291-9311 (TTY/TDD 1-800-526-0844).

Los miembros actuales y potenciales pueden llamar en el área al 1-855-291-9311 (TTY/TDD 1-800-526-8044).

Para obtener más información sobre Medicare, comuníquese con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Puede llamar durante las 24 horas, los siete días de la semana. O bien, visite el sitio web [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov).

This document may be available in other formats such as Braille, large print or alternative formats. This document may be available in a non-English language. For additional information, call customer service at the phone number listed above.

Este documento puede estar disponible en otros formatos, como Braille, en tamaño de letra grande y en formatos alternativos. Este documento puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Para obtener más información, llame a servicio al cliente al número de teléfono que aparece anteriormente.

Si tiene alguna pregunta sobre los costos o los beneficios de este plan, comuníquese con el plan de medicamentos con receta Health Alliance Medicare para obtener más detalles.

Beneficio	Original Medicare	Plan Health Alliance Medicare Prescription Plan - Basic (PDP)
<b>SECCIÓN II – RESUMEN DE BENEFICIOS</b>		
<p>Medicamentos con receta para pacientes externos</p>	<p>La mayoría de los medicamentos no están cubiertos por Original Medicare.</p> <p>Puede agregar la cobertura para medicamentos con receta a Original Medicare si se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare, o puede obtener toda la cobertura de Medicare, incluida la cobertura para medicamentos con receta, si se inscribe en un plan Medicare Advantage o un plan de Costos de Medicare que ofrece cobertura para medicamentos con receta.</p>	<p>Medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare General</p> <p>Este plan utiliza un formulario. El plan le enviará el formulario. También puede ver el formulario en el sitio web <a href="http://www.HealthAllianceMedicare.org">www.HealthAllianceMedicare.org</a>.</p> <p>Pueden aplicarse costos diferentes que paga de su bolsillo para personas que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- tengan ingresos limitados,</li> <li>- vivan en centros de atención a largo plazo o</li> <li>- tengan acceso a proveedores indígenas/tribales/urbanos (Servicios de Salud para Indígenas).</li> </ul> <p>Prima mensual de \$46.60.</p> <p>La mayoría de las personas paga la prima de la Parte D. Sin embargo, algunas personas pagarán una prima más alta debido a sus ingresos anuales (más de \$85,000 para solteros, \$170,000 para parejas casadas). Para obtener más información sobre las primas de la Parte D basadas en los ingresos, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.</p> <p>El plan ofrece cobertura nacional para medicamentos con receta dentro de la red (es decir, incluidos los 50 estados y el Distrito de Columbia). Esto significa que usted pagará el mismo monto correspondiente al costo compartido para los medicamentos con receta si los adquiere en una farmacia dentro de la red y fuera del área de servicio del plan (por ejemplo, cuando viaja).</p> <p>Los costos totales anuales de los medicamentos son los costos totales de los medicamentos pagados por usted y el plan de la parte D.</p> <p>El plan puede solicitarle que pruebe primero un medicamento para tratar su enfermedad antes de cubrir otro medicamento para esa enfermedad.</p> <p>Algunos medicamentos tienen límites de cantidad.</p> <p>Su proveedor debe obtener autorización previa del plan Health Alliance Medicare Prescription Plan - Basic (PDP) para determinados medicamentos.</p> <p style="text-align: right;"><i>(continúa en la página siguiente)</i></p>

Beneficio	Original Medicare	Plan Health Alliance Medicare Prescription Plan - Basic (PDP)
<p>Medicamentos con receta para pacientes externos (continuación)</p>		<p>Debe acudir a ciertas farmacias para obtener un número muy limitado de medicamentos, debido a manejos especiales, coordinación de proveedores o requisitos de instrucción de pacientes, que la mayoría de las farmacias de su red no pueden cumplir. Estos medicamentos figuran en el sitio web del plan, el formulario y los materiales impresos, como así también en el Buscador de planes de medicamentos con receta de Medicare, en Medicare.gov.</p> <p>Si el costo real de un medicamento es menor que el monto normal del costo compartido para ese medicamento, usted pagará el costo real y no el monto más alto del costo compartido.</p> <p>Usted paga \$0 la primera vez que obtiene determinados medicamentos con receta. Estos medicamentos figurarán como “free first fill” en el sitio web del plan, el formulario, los materiales impresos y en el Buscador de planes de medicamentos con receta de Medicare, en Medicare.gov.</p> <p>Si solicita una excepción al formulario para un medicamento y el plan Health Alliance Medicare Prescription Plan - Basic (PDP) aprueba la excepción, usted pagará el costo compartido del nivel 3: Costo compartido para los medicamentos de marca preferidos.</p> <p>Dentro de la red Deducible de \$200 para todos los medicamentos, excepto los medicamentos genéricos preferidos del nivel 1 y los medicamentos genéricos no preferidos del nivel 2.</p> <p>Cobertura inicial Después de pagar el deducible anual, usted paga lo siguiente hasta que los costos totales anuales de los medicamentos lleguen a \$2,930:</p> <p>Farmacia minorista Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Copago de \$0 por el suministro para un mes (30 días) de los medicamentos de este nivel obtenidos en una farmacia preferida.</li> <li>- Copago de \$0 por el suministro para tres meses (90 días) de los medicamentos de este nivel obtenidos en una farmacia preferida.</li> <li>- Copago de \$5 por el suministro para un mes (30 días) de los medicamentos de este nivel obtenidos en una farmacia no preferida.</li> <li>- Copago de \$15 por el suministro para tres meses (90 días) de los medicamentos de este nivel obtenidos en una farmacia no preferida.</li> </ul>

*(continúa en la página siguiente)*

Beneficio	Original Medicare	Plan Health Alliance Medicare Prescription Plan - Basic (PDP)
<p>Medicamentos con receta para pacientes externos (continuación)</p>		<p>Nivel 2: Medicamentos genéricos no preferidos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Copago de \$30 por el suministro para un mes (30 días) de los medicamentos de este nivel obtenidos en una farmacia preferida.</li> <li>- Copago de \$90 por el suministro para tres meses (90 días) de los medicamentos de este nivel obtenidos en una farmacia preferida.</li> <li>- Copago de \$30 por el suministro para un mes (30 días) de los medicamentos de este nivel obtenidos en una farmacia no preferida.</li> <li>- Copago de \$90 por el suministro para tres meses (90 días) de los medicamentos de este nivel obtenidos en una farmacia no preferida.</li> </ul> <p>Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Copago de \$44 por el suministro para un mes (30 días) de los medicamentos de este nivel obtenidos en una farmacia preferida.</li> <li>- Copago de \$132 por el suministro para tres meses (90 días) de los medicamentos de este nivel obtenidos en una farmacia preferida.</li> <li>- Copago de \$44 por el suministro para un mes (30 días) de los medicamentos de este nivel obtenidos en una farmacia no preferida.</li> <li>- Copago de \$132 por el suministro para tres meses (90 días) de los medicamentos de este nivel obtenidos en una farmacia no preferida.</li> </ul> <p>Nivel 4: Medicamentos de marca no preferidos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Copago de \$95 por el suministro para un mes (30 días) de los medicamentos de este nivel obtenidos en una farmacia preferida.</li> <li>- Copago de \$285 por el suministro para tres meses (90 días) de los medicamentos de este nivel obtenidos en una farmacia preferida.</li> <li>- Copago de \$95 por el suministro para un mes (30 días) de los medicamentos de este nivel obtenidos en una farmacia no preferida.</li> <li>- Copago de \$285 por el suministro para tres meses (90 días) de los medicamentos de este nivel obtenidos en una farmacia no preferida.</li> </ul> <p>Nivel 5: Nivel de medicamentos especializados</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Coseguro del 27% por el suministro para un mes (30 días) de los medicamentos de este nivel obtenidos en una farmacia preferida.</li> <li>- Coseguro del 27% por el suministro para un mes (30 días) de los medicamentos de este nivel obtenidos en una farmacia no preferida.</li> </ul>

Beneficio	Original Medicare	Plan Health Alliance Medicare Prescription Plan - Basic (PDP)
<p>Medicamentos con receta para pacientes externos (continuación)</p>		<p style="text-align: right;"><i>(continúa en la página siguiente)</i></p> <p>Farmacia para atención a largo plazo</p> <p>Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Copago de \$5 por el suministro para un mes (31 días) de los medicamentos de este nivel.</li> </ul> <p>Nivel 2: Medicamentos genéricos no preferidos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Copago de \$30 por el suministro para un mes (31 días) de los medicamentos de este nivel.</li> </ul> <p>Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Copago de \$44 por el suministro para un mes (31 días) de los medicamentos de este nivel.</li> </ul> <p>Nivel 4: Medicamentos de marca no preferidos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Copago de \$95 por el suministro para un mes (31 días) de los medicamentos de este nivel.</li> </ul> <p>Nivel 5: Nivel de medicamentos especializados</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Coseguro del 27% por el suministro para un mes (31 días) de los medicamentos de este nivel.</li> </ul> <p>Pedidos por correo</p> <p>Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Copago de \$5 por el suministro para un mes (30 días) de los medicamentos de este nivel.</li> <li>- Copago de \$15 por el suministro para tres meses (90 días) de los medicamentos de este nivel.</li> </ul> <p>Nivel 2: Medicamentos genéricos no preferidos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Copago de \$30 por el suministro para un mes (30 días) de los medicamentos de este nivel.</li> <li>- Copago de \$90 por el suministro para tres meses (90 días) de los medicamentos de este nivel.</li> </ul> <p>Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Copago de \$44 por el suministro para un mes (30 días) de los medicamentos de este nivel.</li> <li>- Copago de \$132 por el suministro para tres meses (90 días) de los medicamentos de este nivel.</li> </ul> <p>Nivel 4: Medicamentos de marca no preferidos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Copago de \$95 por el suministro para un mes (30 días) de los medicamentos de este nivel.</li> <li>- Copago de \$285 por el suministro para tres meses (90 días) de los medicamentos de este nivel.</li> </ul> <p>Nivel 5: Nivel de medicamentos especializados</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Coseguro del 27% por el suministro para un mes (30 días) de los medicamentos de este nivel.</li> </ul> <p>Período sin cobertura</p> <p>Una vez que los costos totales anuales de los medicamentos alcanzan los \$2,930, usted recibe un descuento en medicamentos de marca y paga el 86% de los costos del plan por medicamentos genéricos hasta que los costos anuales que paga de su bolsillo alcancen los \$4,700.</p> <p>Cobertura en situaciones catastróficas</p> <p>Una vez que los costos anuales de los medicamentos que paga de su bolsillo lleguen a \$4,700, usted paga lo que sea mayor de las siguientes opciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un coseguro del 5%, o</li> <li>- Un copago de \$2.60 por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados</li> </ul>

Beneficio	Original Medicare	Plan Health Alliance Medicare Prescription Plan - Basic (PDP)
		<p>como genéricos) y un copago de \$6.50 para todos los demás medicamentos.</p> <p style="text-align: right;"><i>(continúa en la página siguiente)</i></p>
<p>Medicamentos con receta para pacientes externos (continuación)</p>		<p>Es posible que se cubran los medicamentos del plan en circunstancias especiales, por ejemplo, en caso de enfermedad cuando viaja fuera del área de servicio del plan donde no hay una farmacia de la red. Es posible que tenga que pagar un costo superior al monto del costo compartido normal si obtiene medicamentos en una farmacia fuera de la red. Además, probablemente tenga que pagar el cargo total de la farmacia por el medicamento y presentar la documentación para recibir un reembolso del plan Health Alliance Medicare Prescription Plan - Basic (PDP).</p> <p>Cobertura inicial fuera de la red Después de que pague su deducible anual, se le reembolsará hasta el costo del medicamento menos lo siguiente por medicamentos adquiridos fuera de la red, hasta que los costos totales anuales de los medicamentos lleguen a \$2,930:</p> <p>Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos - Copago de \$5 por el suministro para un mes (30 días) de los medicamentos de este nivel.</p> <p>Nivel 2: Medicamentos genéricos no preferidos - Copago de \$30 por el suministro para un mes (30 días) de los medicamentos de este nivel.</p> <p>Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos - Copago de \$44 por el suministro para un mes (30 días) de los medicamentos de este nivel.</p> <p>Nivel 4: Medicamentos de marca no preferidos - Copago de \$95 por el suministro para un mes (30 días) de los medicamentos de este nivel.</p> <p>Nivel 5: Nivel de medicamentos especializados - Coseguro del 27% por el suministro para un mes (30 días) de los medicamentos de este nivel.</p> <p>Período sin cobertura adicional fuera de la red Se le reembolsará hasta el 14% del costo permitido del plan para medicamentos genéricos comprados fuera de la red hasta que el total anual de costos de medicamentos que paga de su bolsillo alcance los \$4,700.</p> <p>Se le reembolsará hasta el precio de descuento para medicamentos de marca comprados fuera de la red hasta que el total anual de costos de medicamentos que paga de su bolsillo alcance los \$4,700.</p> <p>Cobertura fuera de la red en situaciones catastróficas Una vez que los costos anuales de los medicamentos que paga de su bolsillo alcancen los</p>

Beneficio	Original Medicare	Plan Health Alliance Medicare Prescription Plan - Basic (PDP)
		<p>\$4,700, se le reembolsarán los medicamentos que compró fuera de la red hasta alcanzar el costo del plan del medicamento menos su costo compartido, la cantidad que sea mayor de las siguientes opciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un coseguro del 5%, o</li> <li>- Un copago de \$2.60 por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y un copago de \$6.50 para todos los demás medicamentos.</li> </ul>