



<WellCare Signature Plan (PDP)>
<P.O. Box 69346>
<Attn: Return Address Department>
<Harrisburg, PA 17106-9346>

<Month Day, YYYY>

<WellCare Signature Plan (PDP)>

Sus números de miembro son:
Número de ID de miembro: <XXXXXXXXXXXXXXXX>
RxPCN: <XXXXXX> RxGRP: <XXXXXXXXXX>
Número de grupo: <XXXXXXXXXXXXXXXX>

INFORMACIÓN IMPORTANTE DEL PLAN

<IMB Barcode>

<Beneficiary Name>
<Street Address Line 1>
<Street Address Line 2>
<City, State ZIP Code>

Su resumen mensual de medicamentos con receta

Para <Month YYYY>

Este resumen es su "Explicación de Beneficios" (EOB) para su cobertura de medicamentos con receta de Medicare (Parte D). Por favor revise este resumen y guárdelo con sus registros. (Esto *no* es una factura).

Estas son las secciones de este resumen:

- SECCIÓN 1. Sus recetas durante el mes pasado
- SECCIÓN 2. ¿En qué "etapa de pago de medicamentos" está usted?
- SECCIÓN 3. Sus "gastos de bolsillo" y sus "costos totales por medicamentos" (montos y definiciones)
- SECCIÓN 4. Actualizaciones a la Lista de Medicamentos del plan que afectarán los medicamentos que usted toma
- SECCIÓN 5. Si ve errores en este resumen o tiene preguntas, ¿qué debe hacer?
- SECCIÓN 6. Cosas importantes para saber sobre su cobertura de medicamentos y sus derechos

¿Necesita información en letra de mayor tamaño o en otro formato?

Para obtener este material en otros formatos o para solicitar servicios de traducción de idiomas, llame a Servicio al Cliente de <Plan Name> (el número está en esta página).

Para idiomas distintos del español:

Inglés <1-866-579-8006> (inglés)
<1-877-247-6272> (TTY inglés)

Servicio al Cliente de <Plan Name>

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, llámenos de <days and hours of operation>. Las llamadas a estos números son gratis.

<1-888-767-7717>

Usuarios de TTY: <1-877-247-6272>

Fax: <1-877-297-3112>

En la página web en:
<www.wellcare.com/www.ohanahealthplan.com/
www.wellcarepdp.com>

<Ohana Health Plan, un plan ofrecido por WellCare Health Insurance of Arizona, Inc.>

<WellCare es un plan de Cuidado Coordinado con un contrato de Medicare Advantage.>

<Un patrocinador de la Parte D aprobado por Medicare>

SECCIÓN 1. Sus recetas durante el mes pasado

- La Tabla 1 muestra sus recetas de medicamentos cubiertos por la Parte D para el mes pasado. <(Las recetas de medicamentos cubiertos por la Cobertura Suplementaria de Medicamentos de nuestro plan se muestran por separado en la Tabla 2).>
- **Por favor revise esta información sobre sus medicamentos para asegurarse de que sea correcta.**
Si usted tiene alguna pregunta o cree que hay un error, la Sección 5 le indica qué debe hacer.

TABLA 1.

Sus recetas de medicamentos cubiertos por la Parte D
< month and year >

	El plan pagó	Usted pagó	Otros pagos (realizados por programas u organizaciones; vea la Sección 3)
<p><Este mes no hay recetas de medicamentos cubiertos por la Parte D.></p> <p><name of drug or, when applicable, compound drug, followed by description of strength and form, e.g., “25 mg tabs”></p> <p>< date filled>.</p> <p><prescription number>, <amount dispensed as quantity filled and/or days supply.></p> <p>< NOTA: A partir del 1 de enero de 2012, este medicamento requerirá una terapia escalonada. Para más detalles, vea la Sección 4>.</p> <p>< NOTA: El medicamento compuesto incluye medicamentos que no pertenecen a la Parte D y que no están cubiertos por su plan.></p>	<p>< \$0.00.></p>	<p>< \$0.00.></p>	<p>< \$0.00>. <payer></p>
<p>TOTALES para el mes de <month and year >:</p> <p>El monto de sus “gastos de bolsillo” es de \$<\$0.00>. (Este es el monto que usted pagó este mes (<\$0.00>) más el monto de “otros pagos” realizados este mes, que se cuentan para sus “gastos de bolsillo” (<\$0.00>). Vea las definiciones en la Sección 3).</p> <p>El monto de sus “costos totales por medicamentos” es de \$<\$0.00>. (Este es el total para este mes de todos los pagos realizados por el plan para sus medicamentos (<\$0.00>) y por usted (<\$0.00>), más el monto de “otros pagos” (<\$0.00>)).</p>	<p>< \$0.00.></p> <p>(total para el mes)</p>	<p>< \$0.00.></p> <p>(total para el mes)</p> <p><(De este monto, \$<0.00> se consideran para sus gastos de bolsillo).></p>	<p><\$0.00></p> <p>(total para el mes)</p> <p><(De este monto, \$<0.00> se consideran para sus gastos de bolsillo. Vea las definiciones en la Sección 3).></p>

Totales del año a la fecha <i><beginning date for the period covered by year-to-date> hasta el <ending date for the month></i>	El plan pagó	Usted pagó	Otros pagos (realizados por programas u organizaciones; vea la Sección 3)
<p>Su monto del año a la fecha para “gastos de bolsillo” es de \$<\$0.00>.</p> <p>Su monto del año a la fecha para “costos totales por medicamentos” es de \$<\$0.00>.</p> <p>Para más información sobre sus “gastos de bolsillo” y sus “costos totales por medicamentos”, vea la Sección 3.</p> <p><i><NOTA: Sus totales del año a la fecha mostrados aquí incluyen pagos de \$<0.00> en gastos de bolsillo y \$<0.00> en costos totales por medicamentos, realizados para sus medicamentos cubiertos por la Parte D cuando usted estaba en un plan diferente a principios de este año.></i></p> <p><i><NOTA: Se ha realizado <la siguiente corrección> a los montos indicados en un resumen mensual que se le envió a principios de este año calendario: <Updated information about the prescription></i></p>	<p>< \$0.00.></p> <p>(total del año a la fecha)</p>	<p>< \$0.00.></p> <p>(total del año a la fecha)</p> <p><i>< (De este monto, \$<0.00> se consideran para sus gastos de bolsillo).></i></p>	<p>< \$0.00 ></p> <p>(total del año a la fecha)</p> <p><i>< (De este monto, \$<0.00> se consideran para sus gastos de bolsillo. Vea las definiciones en la Sección 3).></i></p>

TABLA 2.

Sus recetas por medicamentos cubiertos por la **Cobertura Suplementaria de Medicamentos** de nuestro plan

< month, year >

- Esta tabla muestra sus recetas para medicamentos que generalmente no están cubiertos por Medicare.
- Estos medicamentos están cubiertos para usted por la Cobertura Suplementaria de Medicamentos.

	El plan pagó	Usted pagó	Otros pagos (realizados por programas u organizaciones; vea la Sección 3)
<p>< name of drug or compound drug; strength and form, > < date filled >. < prescription number >, < amount dispensed, as quantity filled and/or days supply ></p>	< \$0.00 >	< . \$0.00 >	< \$0.00 > < payer >
<p>Totales para el mes de < month, year ></p>	<p>< . \$0.00 ></p> <p>Estos pagos <u>no</u> se consideran para sus “gastos de bolsillo” ni para sus “costos totales por medicamentos” porque son por medicamentos que generalmente <u>no</u> están cubiertos por Medicare. (Vea las definiciones en la Sección 3).</p>		

SECCIÓN 2. ¿En qué “etapa de pago de medicamentos” está usted?

Como se muestra más abajo, su cobertura de medicamentos con receta tiene “etapas de pago de medicamentos”. Lo que usted paga por un medicamento depende de la etapa de pago en la que usted se encuentre al dispensarlo. Durante el año calendario, pasar de una etapa de pago a la siguiente depende de cuánto gaste por sus medicamentos.

Usted está en esta etapa:

ETAPA 1

Deducible Anual

- Usted comienza en esta etapa de pago cuando dispensa su primera receta del año calendario. Durante esta etapa, usted (u otros en su nombre) paga(n) el costo total de sus medicamentos.
- Usted generalmente permanece en esta etapa **hasta que usted (u otros en su nombre) haya(n) pagado \$<0.00>** por sus medicamentos (\$<0.00> es el monto de su deducible).
- A partir del *<end date for the month>*, usted ha pagado \$<0.00> por sus medicamentos.

¿Qué sucede a continuación?

Una vez que usted (u otros en su nombre) haya(n) pagado \$<0.00> **adicionales** por sus medicamentos, usted pasa a la siguiente etapa de pago (etapa 2, Cobertura Inicial).

ETAPA 2

Cobertura Inicial

- Durante esta etapa de pago, el plan paga una parte del costo de sus medicamentos y usted (u otros en su nombre) paga(n) la otra parte del costo.
- Por lo general, usted permanece en esta etapa hasta que el monto de sus “costos totales por medicamentos” del año a la fecha (vea la Sección 3) alcanza \$<initial coverage limit>. Cuando esto sucede, usted pasa a la etapa de pago 3, el Intervalo sin Cobertura.

ETAPA 3

Intervalo sin Cobertura

- Durante esta etapa de pago, *<usted (u otros en su nombre) recibe(n) un descuento en medicamentos de marca y solo paga el 86% de los costos de los medicamentos genéricos>* *<usted recibe una cobertura limitada del plan y un descuento sobre los medicamentos de marca. Usted (u otros en su nombre) paga(n) hasta el 86% de los costos de los medicamentos genéricos.>*
- Por lo general, usted permanece en esta etapa hasta que el monto de sus “gastos de bolsillo” del año a la fecha (vea la Sección 3) alcanza \$<0.00>. Cuando esto sucede, usted pasa a la etapa de pago 4, Cobertura para Catástrofes.

ETAPA 4

Cobertura para Catástrofes

- Durante esta etapa de pago, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos cubiertos.
- Por lo general, usted permanece en esta etapa por el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre de *<year>*).

SECCIÓN 2. ¿En qué “etapa de pago de medicamentos” está usted?

Como se muestra más abajo, su cobertura de medicamentos con receta tiene “etapas de pago de medicamentos”. Lo que usted paga por un medicamento depende de la etapa de pago en la que usted se encuentre al dispensarlo. Durante el año calendario, pasar de una etapa de pago a la siguiente depende de cuánto gaste por sus medicamentos.

ETAPA 1

Deducible Anual

- < (Debido a que este plan no tiene deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted).>
- <Durante esta etapa de pago, usted (u otros en su nombre) paga(n) el costo total de sus medicamentos <de marca/de nivel<tier level>>.>
 - Por lo general, usted paga el costo total de sus medicamentos <de marca/de nivel<tier level>> hasta que usted (u otros en su nombre) haya(n) pagado \$<0.00> por sus medicamentos <de marca/de nivel<tier level>> (\$<0.00> es el monto de su deducible por los medicamentos <de marca/de nivel<tier level>>).>
 - <Usted comienza en esta etapa de pago cuando dispensa su primera receta del año. Durante esta etapa, usted (u otros en su nombre) paga(n) el costo total de sus medicamentos.>
 - Usted generalmente permanece en esta etapa hasta que usted ha pagado \$<0.00> por sus medicamentos (el monto de su deducible es \$<0.00>). Luego usted pasa a la etapa de pago 2, Cobertura Inicial.>

Usted está en esta etapa:

ETAPA 2

Cobertura Inicial

- < Usted comienza en esta etapa de pago cuando dispensa su primera receta del año. Durante esta etapa <Durante esta etapa de pago>, el plan paga una parte del costo de sus medicamentos <genéricos/de nivel<tier levels>> y usted (u otros en su nombre) paga(n) la otra.>
- < Después de que usted (u otros en su nombre) ha(n) alcanzado su deducible para los medicamentos <de marca/de nivel<tier level>>, el plan paga una parte del costo de sus medicamentos <de marca/de nivel<tier level>> y usted (u otros en su nombre) paga(n) la otra.>
- Por lo general, usted permanece en esta etapa **hasta que el monto de sus “costos totales por medicamentos” del año a la fecha alcanza \$<0.00>**. Desde el <end date of month>, sus “costos totales por medicamentos” eran de \$<0.00>. (Vea las definiciones en la Sección 3).

¿Qué sucede a continuación?

Una vez que usted obtiene \$<0.00> adicionales en “costos totales por medicamentos”, usted pasa a la siguiente etapa de pago (etapa 3, Intervalo sin Cobertura)

ETAPA 3

Intervalo sin Cobertura

- Durante esta etapa de pago, <usted (u otros en su nombre) recibe(n) un descuento en medicamentos de marca y solo paga el 86% de los costos de los medicamentos genéricos> <usted recibe una cobertura limitada del plan y un descuento sobre los medicamentos de marca. Usted (u otros en su nombre) paga(n) hasta el 86% de los costos de los medicamentos genéricos.>
- Por lo general, usted permanece en esta etapa hasta que el monto de sus “gastos de bolsillo” del año a la fecha (vea la Sección 3) alcanza \$<0.00>. Cuando esto sucede, usted pasa a la etapa de pago 4, Cobertura para Catástrofes.

ETAPA 4

Cobertura para Catástrofes

- Durante esta etapa de pago, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos cubiertos.
- Por lo general, usted permanece en esta etapa por el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre de < year>).

SECCIÓN 2. ¿En qué “etapa de pago de medicamentos” está usted?

Como se muestra más abajo, su cobertura de medicamentos con receta tiene “etapas de pago de medicamentos”. Lo que usted paga por un medicamento depende de la etapa de pago en la que usted se encuentre al dispensarlo. Durante el año calendario, pasar de una etapa de pago a la siguiente depende de cuánto gaste por sus medicamentos.

ETAPA 1

Deducible Anual

- < Debido a que este plan no tiene deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.>
- < Durante esta etapa de pago, usted (u otros en su nombre) paga(n) el costo total de sus medicamentos <de marca/de nivel><tier level>.>
- Por lo general, usted paga el costo total de sus medicamentos <de marca/del nivel <tier level>> hasta que usted (u otros en su nombre) ha(n) pagado \$<0.00> por sus medicamentos <de marca/de nivel <tier level>> (\$<0.00> es el monto de su deducible por los medicamentos <de marca/de nivel <tier level>>).>
- < Usted comienza en esta etapa de pago cuando dispensa su primera receta del año. Durante esta etapa, usted (u otros en su nombre) paga(n) el costo total de sus medicamentos.>
- Usted generalmente permanece en esta etapa hasta que usted haya pagado \$<0.00> por sus medicamentos (\$<0.00> es el monto de su deducible). Luego usted pasa a la etapa de pago 2, Cobertura Inicial.>

ETAPA 2

Cobertura Inicial

- < Usted comienza en esta etapa de pago cuando dispensa su primera receta del año. Durante esta etapa de pago, el plan paga una parte del costo de sus medicamentos <genéricos/de nivel <tier level>> y usted (u otros en su nombre) paga(n) la otra.>
- < Después de que usted (u otros en su nombre) haya(n) alcanzado su deducible para los medicamentos <de marca/de nivel <tier level>>, el plan paga una parte del costo de sus medicamentos <de marca/de nivel <tier level>> y usted (u otros en su nombre) paga(n) la otra.>
- Por lo general, usted permanece en esta etapa hasta que el monto de sus “costos totales por medicamentos” del año a la fecha alcanza \$< initial coverage limit>. Luego usted pasa a la etapa de pago 3, Intervalo sin Cobertura.>

Usted está en esta etapa:

ETAPA 3

Intervalo sin Cobertura

- Durante esta etapa de pago, < usted (u otros en su nombre) recibe(n) un descuento en medicamentos de marca (y solo paga el 86% de los costos de los medicamentos genéricos). < usted recibe una cobertura limitada del plan y un descuento sobre los medicamentos de marca. Usted (u otros en su nombre) paga(n) hasta el 86% de los costos de los medicamentos genéricos.>
- Por lo general, usted permanece en esta etapa hasta que el monto de sus “gastos de bolsillo” del año a la fecha alcanza \$<0.00>. A partir del <end date of month>, sus “costos de bolsillo” del año a la fecha eran de \$<0.00> (vea la Sección 3).

ETAPA 4

Cobertura para Catástrofes

- Durante esta etapa de pago, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos cubiertos.
- Por lo general, usted permanece en esta etapa por el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre de < year>).

¿Qué sucede a continuación?

Una vez que usted (u otros en su nombre) haya(n) pagado \$<0.00> adicionales en “gastos de bolsillo”, usted pasa a la siguiente etapa de pago (etapa 4, Cobertura para Catástrofes).

SECCIÓN 2. ¿En qué “etapa de pago de medicamentos” está usted?

Como se muestra más abajo, su cobertura de medicamentos con receta tiene “etapas de pago de medicamentos”. Lo que usted paga por un medicamento depende de la etapa de pago en la que usted se encuentre al dispensarlo. Durante el año calendario, pasar de una etapa de pago a la siguiente depende de cuánto gaste por sus medicamentos.

ETAPA 1

Deducible Anual

< (Debido a que este plan no tiene deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.)>

- <Durante esta etapa de pago, usted (u otros en su nombre) paga(n) el costo total de sus medicamentos <de marca/ de nivel <tier level>>.>
- Por lo general, usted paga el costo total de sus medicamentos <de marca/ de nivel <tier level>> hasta que usted (u otros en su nombre) haya(n) pagado \$<0.00> por sus medicamentos <de marca/ de nivel <tier level>> (\$<0.00> es el monto de su deducible por los medicamentos <de marca/ de nivel <tier level>>).>
- <Usted comienza en esta etapa de pago cuando dispensa su primera receta del año. Durante esta etapa, usted (u otros en su nombre) paga(n) el costo total de sus medicamentos.
- Usted generalmente permanece en esta etapa hasta que usted haya pagado \$<0.00> por sus medicamentos (\$<0.00> es el monto de su deducible). Luego usted pasa a la etapa de pago 2, Cobertura Inicial.>

ETAPA 2

Cobertura Inicial

- < Usted comienza en esta etapa de pago cuando dispensa su primera receta del año. Durante esta etapa> <Durante esta etapa de pago>, el plan paga una parte del costo de sus medicamentos <genéricos/ de nivel <tier level>> y usted (u otros en su nombre) paga(n) la otra.
- < Después de que usted (u otros en su nombre) haya(n) alcanzado su deducible para los medicamentos <de marca/ de nivel <tier level>>, el plan paga una parte del costo de sus medicamentos <de marca/ de nivel <tier level>> y usted (u otros en su nombre) paga(n) la otra.
- Por lo general, usted permanece en esta etapa hasta que el monto de sus “costos totales por medicamentos” del año a la fecha alcanza \$<0.00 >. Luego usted pasa a la etapa de pago 3, Intervalo sin Cobertura.

ETAPA 3

Intervalo sin Cobertura

- Durante esta etapa de pago, <usted (u otros en su nombre) recibe(n) un descuento en medicamentos de marca y solo paga el 86% de los costos de los medicamentos genéricos.> <usted recibe una cobertura limitada del plan y un descuento sobre los medicamentos de marca. Usted (u otros en su nombre) paga(n) hasta el 86% de los costos de los medicamentos genéricos.>
- Por lo general, usted permanece en esta etapa hasta que el monto de sus “gastos de bolsillo” del año a la fecha alcanza \$<0.00>. Luego usted pasa a la etapa de pago 4, Cobertura para Catástrofes.

Usted está en esta etapa:

ETAPA 4

Cobertura para Catástrofes

- Durante esta etapa de pago, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos cubiertos.
- <Para cada receta, usted paga el monto más alto de los siguientes: un pago igual al 5% del costo del medicamento (esto se llama “coseguro”), o un copago (\$2.60 por un medicamento genérico o un medicamento tratado como genérico, y \$6.50 para todos los medicamentos restantes)>.

¿Qué sucede a continuación?

Por lo general, usted permanece en esta etapa de pago, cobertura para catástrofes, por el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre de <year>).

SECCIÓN 2. ¿En qué “etapa de pago de medicamentos” está usted?

Como se muestra más abajo, su cobertura de medicamentos con receta tiene “etapas de pago de medicamentos”. Lo que usted paga por un medicamento depende de la etapa de pago en la que usted se encuentre al dispensarlo. Durante el año calendario, pasar de una etapa de pago a la siguiente depende de cuánto gaste por sus medicamentos.

Usted está en esta etapa:

ETAPA 1

Deducible Anual

- Usted comienza en esta etapa de pago cuando dispensa su primera receta del año. Durante esta etapa, usted (u otros en su nombre) paga(n) el costo total de sus medicamentos.
- Usted generalmente permanece en esta etapa **hasta que usted (u otros en su nombre) haya(n) pagado \$<0.00>** por sus medicamentos. <(El deducible del plan es usualmente \$<0.00>, pero usted paga \$<0.00> porque está recibiendo “Ayuda Adicional” de Medicare).>
- Desde el <end date for month>, usted ha pagado \$<0.00> por sus medicamentos.

¿Qué sucede a continuación?

Una vez que usted (u otros en su nombre) haya(n) pagado \$<0.00> **adicionales** por sus medicamentos, usted pasa a la siguiente etapa de pago (etapa 2, Cobertura Inicial).

ETAPA 2

Cobertura Inicial

- Durante esta etapa de pago, el plan paga una parte del costo de sus medicamentos y usted (u otros en su nombre, incluida la “Ayuda Adicional” de Medicare) paga(n) la otra parte del costo.
- Por lo general, usted permanece en esta etapa hasta que el monto de sus “gastos de bolsillo” del año a la fecha alcanza \$<0.00>. Cuando esto sucede, usted pasa a la etapa de pago 4, Cobertura para Catástrofes.

ETAPA 3

Intervalo sin Cobertura

(Debido a que usted está recibiendo “Ayuda Adicional” de Medicare, esta etapa de pago no se aplica a usted).

ETAPA 4

Cobertura para Catástrofes

- Durante esta etapa de pago, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos cubiertos.
- Por lo general, usted permanece en esta etapa por el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre de <year>).

SECCIÓN 2. ¿En qué “etapa de pago de medicamentos” está usted?

Como se muestra más abajo, su cobertura de medicamentos con receta tiene “etapas de pago de medicamentos”. Lo que usted paga por un medicamento depende de la etapa de pago en la que usted se encuentre al dispensarlo. Durante el año calendario, pasar de una etapa de pago a la siguiente depende de cuánto gaste por sus medicamentos.

ETAPA 1

Deducible Anual

< (Debido a que este plan no tiene deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.)>

< (Debido a que usted está recibiendo “Ayuda Adicional” de Medicare, esta etapa de pago no se aplica a usted.)>

- <Durante esta etapa de pago, usted (u otros en su nombre) paga(n) el costo total de sus medicamentos <de marca/de nivel <tier level>>.>
- Por lo general, usted paga el costo total de sus medicamentos <de marca/de nivel <tier level>> hasta que usted (u otros en su nombre) haya(n) pagado \$<0.00> por sus medicamentos <de marca/de nivel <tier level>> (\$<0.00> es el monto de su deducible por los medicamentos <de marca/de nivel <tier level>>).
< (El deducible del plan es

Usted está en esta etapa:

ETAPA 2

Cobertura Inicial

- < Usted comienza en esta etapa de pago cuando dispensa su primera receta del año. Durante esta etapa <Durante esta etapa de pago>, el plan paga una parte del costo de sus medicamentos <genéricos/de nivel <tier level>> y usted (u otros en su nombre, incluida la “Ayuda Adicional” de Medicare) paga la otra parte del costo.
- < Después de que usted (u otros en su nombre) haya(n) alcanzado su deducible para los medicamentos <de marca/de nivel <tier level>>, el plan paga una parte del costo de sus medicamentos <de marca/de nivel <tier level>> y usted (u otros en su nombre) paga(n) la otra parte del costo.
- Por lo general, usted permanece en esta etapa **hasta que el monto de sus “gastos de bolsillo” del año a la fecha alcanza \$<0.00>**. Desde el < end date of month>, sus “costos de bolsillo” del año a la fecha eran de \$<0.00> (vea las definiciones en la Sección 3).

ETAPA 3

Intervalo sin Cobertura

(Debido a que usted está recibiendo “Ayuda Adicional” de Medicare, esta etapa de pago no se aplica a usted).

ETAPA 4

Cobertura para Catástrofes

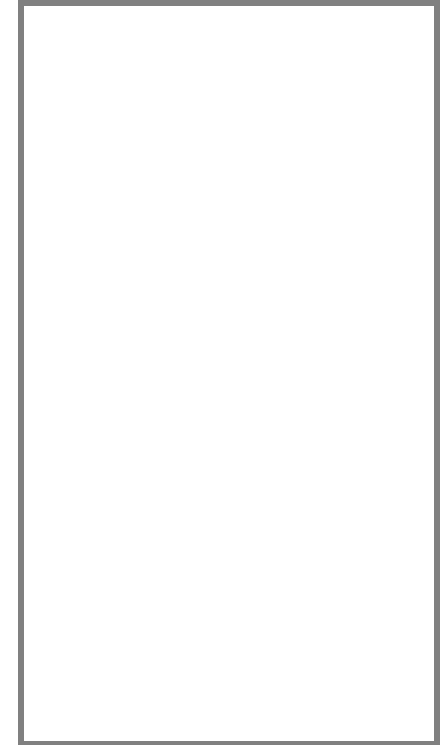
- Durante esta etapa de pago, el plan paga <la mayor parte del costo de> <por todos> sus medicamentos cubiertos.
- Por lo general, usted permanece en esta etapa por el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre de < year>).

usualmente \$<0.00>, pero usted paga \$ <0.00> porque está recibiendo “Ayuda Adicional” de Medicare).>>

- <Usted comienza en esta etapa de pago cuando dispensa su primera receta del año. Durante esta etapa, usted (u otros en su nombre) paga(n) el costo total de sus medicamentos.
- Usted generalmente permanece en esta etapa hasta que usted (u otros en su nombre) haya(n) pagado \$<0.00> por sus medicamentos (\$<0.00> es el monto de su deducible). Luego usted pasa a la etapa de pago 2, Cobertura Inicial>

¿Qué sucede a continuación?

Una vez que usted (u otros en su nombre) ha(n) pagado \$<0.00> **adicionales en “gastos de bolsillo”** por sus medicamentos, usted pasa a la siguiente etapa de pago (etapa 4, Cobertura para Catástrofes).



SECCIÓN 2. ¿En qué “etapa de pago de medicamentos” está usted?

Como se muestra más abajo, su cobertura de medicamentos con receta tiene “etapas de pago de medicamentos”. Lo que usted paga por un medicamento depende de la etapa de pago en la que usted se encuentre al dispensarlo. Durante el año calendario, pasar de una etapa de pago a la siguiente depende de cuánto gaste por sus medicamentos.

ETAPA 1

Deducible Anual

< (Debido a que este plan no tiene deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.)>

< (Debido a que usted está recibiendo “Ayuda Adicional” de Medicare, esta etapa de pago no se aplica a usted).>

- <Durante esta etapa de pago, usted (u otros en su nombre) paga(n) el costo total de sus medicamentos <de marca/de nivel <tier level>>.>
- Por lo general, usted paga el costo total de sus medicamentos <de marca/de nivel <tier level>> hasta que usted (u otros en su nombre) haya(n) pagado \$<0.00> por sus medicamentos <de marca/de nivel <tier level>> (\$<0.00> es el monto de su deducible por los medicamentos <de marca/de nivel <tier level>>).>

ETAPA 2

Cobertura Inicial

- < Usted comienza en esta etapa de pago cuando dispensa su primera receta del año. Durante esta etapa <Durante esta etapa de pago>, el plan paga una parte del costo de sus medicamentos <genéricos/de nivel <tier level>> y usted (u otros en su nombre, incluida la “Ayuda Adicional” de Medicare) paga(n) la otra parte del costo.

- < Después de que usted (u otros en su nombre) haya(n) alcanzado su deducible para los medicamentos <de marca/de nivel <tier level>>, el plan paga una parte del costo de sus medicamentos <de marca/de nivel <tier level>> y usted (u otros en su nombre) paga(n) la otra.>

ETAPA 3

Intervalo sin Cobertura

(Debido a que usted está recibiendo “Ayuda Adicional” de Medicare, esta etapa de pago no se aplica a usted).

Usted está en esta etapa:

ETAPA 4

Cobertura para Catástrofes

- Durante esta etapa de pago, el plan paga <la mayor parte del costo de> <por todos> sus medicamentos cubiertos.
- <Por cada medicamento usted paga hasta \$2.60 por un medicamento genérico o un medicamento tratado como genérico, y \$6.50 por todos los otros medicamentos> <usted no paga nada>.

- <Usted comienza en esta etapa de pago cuando dispensa su primera receta del año. Durante esta etapa, usted (u otros en su nombre) paga(n) el costo total de sus medicamentos.
- Usted generalmente permanece en esta etapa hasta que usted (u otros en su nombre) haya(n) pagado \$<0.00> por sus medicamentos (\$<0.00> es el monto de su deducible). Luego usted pasa a la etapa de pago 2, Cobertura Inicial.>

- Por lo general, usted permanece en esta etapa hasta que el monto de sus “gastos de bolsillo” alcanza \$<0.00>. Luego usted pasa a la etapa de pago 4, Cobertura para Catástrofes.

¿Qué sucede a continuación?

Por lo general, usted permanece en esta etapa, cobertura para catástrofes, por el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre de <year>).

SECCIÓN 2. ¿En qué “etapa de pago de medicamentos” está usted?

Esta sección no es aplicable para su nivel de subsidio de la Parte D de Medicare.

SECCIÓN 3. Sus “gastos de bolsillo” y sus “costos totales por medicamentos” (montos y definiciones)

Incluimos esta sección para ayudarle a mantener el control de sus “gastos de bolsillo” y sus “costos totales por medicamentos”, porque estos costos determinan la etapa de pago de medicamentos en la que usted se encuentra. Tal como se explica en la Sección 2, la etapa de pago en la que usted se encuentra determina cuánto usted paga por sus recetas.

Sus “gastos de bolsillo”

\$<0.00> del mes de <name of month> de <year>

\$<0.00> del año a la fecha (desde <enero de <year>>)

<(Este total incluye \$<0.00> en gastos de bolsillo de cuando usted estaba en un plan diferente a principios de este año).>

DEFINICIÓN:

Los “gastos de bolsillo” incluyen:

- Lo que usted paga al dispensar o volver a dispensar una receta de un medicamento cubierto por la Parte D. (Esto incluye los pagos por sus medicamentos, si los hay, realizados por familiares o amigos).
- Los pagos por sus medicamentos efectuados por cualquiera de los siguientes programas u organizaciones: la “Ayuda Adicional” de Medicare; el Programa de Descuentos para el Intervalo sin Cobertura de Medicare; el Servicio de Salud para Comunidades Indígenas; los programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA; la mayoría de las organizaciones de caridad; y la mayoría de los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP).

Sus “costos totales por medicamentos”

\$<0.00> del mes de <name of month> de <year>

\$<0.00> del año a la fecha (desde <enero de <year>>)

<(Este total incluye \$<0.00> en costos totales por medicamentos de cuando usted estaba en un plan diferente a principios de este año).>

DEFINICIÓN:

Los “costos totales por medicamentos” son el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos por la Parte D. Esto incluye:

- Lo que el plan paga.
- Lo que usted paga.
- Lo que otros (programas u organizaciones) pagan por sus medicamentos.

< **NOTA:** Nuestro plan ofrece Cobertura Suplementaria de Medicamentos para algunos medicamentos que generalmente no están cubiertos por Medicare. Si usted ha dispensado alguna receta de estos medicamentos durante este mes, esto se muestra en una tabla separada (Tabla 2), en la Sección 1. Los montos pagados por estos medicamentos no se consideran a los fines de sus gastos de bolsillo o de los costos totales por medicamentos.>

No incluye:

- Los pagos efectuados para: a) las primas del plan, b) los medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan, c) los medicamentos que no son de la Parte D (tales como los que usted recibe durante una internación en un hospital), **<d) los medicamentos cubiertos por la Cobertura Suplementaria de Medicamentos de nuestro plan; e) los medicamentos obtenidos en una farmacia no perteneciente a la red que no cumple con nuestra política de acceso a farmacias fuera de la red.>**
- Los pagos por sus medicamentos efectuados por cualquiera de los siguientes programas u organizaciones: planes de salud de empleadores o sindicatos; algunos programas financiados por el gobierno, incluidos TRICARE y la Administración de Veteranos; Compensación de Trabajadores; y algunos otros programas.

Aprenda más. Medicare ha establecido reglas sobre qué tipos de pagos deben o no considerarse para los “gastos de bolsillo” y los “costos totales por medicamentos”. Las definiciones de esta página sólo se refieren a las reglas principales. Para más detalles, incluidos los “medicamentos cubiertos por la Parte D”, vea la Evidencia de Cobertura, que es nuestro folleto de beneficios (para más información sobre la Evidencia de Cobertura, vea la Sección 6).

SECCIÓN 4. Actualizaciones a la Lista de Medicamentos del plan que afectarán los medicamentos que usted toma

- <Formulary update information.>
- < En este momento no hay cambios a nuestra Lista de Medicamentos que afecten la cobertura o el costo de los medicamentos que usted toma. (Por “medicamentos que usted toma” nos referimos a cualquier medicamento cubierto por el plan para el cual usted haya dispensado recetas en <year> como miembro de nuestro plan.)>
- <Si usted está actualmente tomando este medicamento, este cambio no afectará su cobertura durante el resto del año del plan.>

Acerca de la Lista de Medicamentos y nuestras actualizaciones

El plan < plan name> tiene una “Lista de Medicamentos Cubiertos” – o “Lista de Medicamentos” para abreviar. Si necesita una copia, la lista de medicamentos en nuestro sitio web (<www.wellcare.com/ohanahealthplan.com/www.wellcarepdp.com>) siempre es la más actualizada. O llame a Servicio al Cliente de <plan name> (los números de teléfono están indicados en la cubierta de este resumen).

La Lista de Medicamentos indica qué medicamentos con receta de la Parte D están cubiertos por el plan. También indica a cuál de los < number of cost-sharing tiers> “niveles de costo compartido” pertenece cada medicamento y si existen restricciones a la cobertura de un medicamento.

Durante el año, con la aprobación de Medicare, podemos realizar cambios a nuestra Lista de Medicamentos.

- Podemos agregar nuevos medicamentos, eliminar otros, y agregar o eliminar restricciones a la cobertura de medicamentos. Asimismo, se nos permite cambiar los medicamentos de un nivel de costo compartido a otro.

- A menos que se indique otra cosa, usted dispondrá de al menos 60 días de aviso antes de que los cambios tengan vigencia, a menos que estén relacionados con un problema de seguridad grave (por ejemplo, si un medicamento es retirado del mercado).

Actualizaciones que afectan los medicamentos que usted toma

La lista a continuación indica *únicamente* las actualizaciones a la Lista de Medicamentos que cambiarán la cobertura o el costo de los **medicamentos que usted toma**.

(A los fines de esta lista de actualización, por “medicamentos que usted toma” nos referimos a cualquier medicamento cubierto por el plan para el cual usted haya dispensado recetas en <year> como miembro de nuestro plan).

< name of step therapy drug; strength or form in which the drug is dispensed >

- **Fecha y tipo de cambio:** A partir del <effective date of the change>, este medicamento requerirá una “terapia escalonada”. Esto significa que usted estará obligado a probar <primero un medicamento diferente> <uno o más medicamentos diferentes> antes de que cubramos <name of step therapy drug>. Este requisito le recomienda probar otro medicamento que es menos costoso, pero igual de seguro y efectivo que <name of step therapy drug>. Si <este otro medicamento no actúa><los otros medicamentos no actúan> adecuadamente para usted, el plan cubrirá entonces <name of step therapy drug>.
- **Nota:** Vea la información incluida más adelante en esta sección, titulada “Qué pueden hacer usted y su médico”. <{Tal vez usted y su médico quieran probar {alternate-drug-1} o {alternate drug-2}. Ambos están en nuestra Lista de Medicamentos y no tienen restricciones a la cobertura. Se utilizan de manera similar que <name of step therapy drug> y están en un nivel de costo compartido más bajo}>

< name of quantity limits drug; strength or form in which the drug is dispensed >

- **Fecha y tipo de cambio:** A partir del < effective date of the change>, habrá un nuevo límite a la cantidad de medicamento que usted podrá obtener: < description of how the quantity will be limited>.
- **Nota:** Vea la información incluida a continuación que indica “Qué pueden hacer usted y su médico”.

< name of prior authorization drug; strength or form in which the drug is dispensed >

- **Fecha y tipo de cambio:** A partir del < effective date of the change>, para este medicamento se requerirá una “autorización previa”. Esto significa que usted o su médico necesitan obtener la aprobación del plan antes de que acordemos cubrir el medicamento para usted.
- **Nota:** Vea la información incluida más adelante en esta sección, titulada “Qué pueden hacer usted y su médico”. < Sus opciones incluyen solicitar una autorización previa para continuar recibiendo cobertura del medicamento, o cambiar por otro medicamento.>

<name of brand-name drug to be replaced with generic; strength or form in which the drug is dispensed>

- **Fecha y tipo de cambio:** A partir del <effective date of the change>, el medicamento de marca <name of brand-name drug to be replaced with generic> será retirado de nuestra Lista de Medicamentos. Agregaremos una nueva versión genérica de <name of brand-name drug to be replaced with generic> a la lista de medicamentos (se llama <name of replacement generic drug>).
- **Nota:** <A partir del <effective date of the change>, toda receta escrita para <name of brand-name drug to be replaced with generic> será automáticamente dispensada con <name of replacement generic drug>. Este cambio le puede ahorrar dinero porque <name of replacement generic drug> (nivel <cost-sharing tier number or name for the replacement generic drug>) está en un

nivel de costo compartido más bajo que <name of brand-name drug to be replaced with generic> (nivel <cost-sharing tier number or name for the replacement generic drug>). Si desea seguir usando <name of brand-name drug to be replaced with generic>, vea la información incluida más adelante en esta sección, titulada “Qué pueden hacer usted y su médico”.

<name of drug for which cost-sharing will increase; strength or form in which the drug is dispensed>

- **Fecha y tipo de cambio:** A partir del <effective date of the change>, <el medicamento de marca <name of drug for which cost-sharing will increase> pasará del Nivel 2 a un nivel de costo compartido más alto (Nivel 3).> El monto que usted pague por este medicamento depende de la etapa de pago de medicamentos en la que usted se encuentre en el momento de dispensar la receta. Para verificar cuánto pagará, por favor llame a Servicios a Miembros de <plan name> (nuestros números de teléfono y el horario de atención se indican en la cubierta).
- **Nota:** Vea la información incluida más adelante en esta sección, titulada “Qué pueden hacer usted y su médico”. < Tal vez usted y su médico quieran considerar un medicamento genérico de menor costo, < name of lower-cost generic drug>, que está en el nivel de costo compartido < number or name of cost-sharing tier>.

Qué pueden hacer usted y su médico

Le estamos notificando ahora sobre estos cambios ahora para que usted y su médico tengan tiempo (al menos 60 días) para decidir qué hacer.

Dependiendo del tipo de cambio, puede haber diferentes opciones a considerar. Por ejemplo:

- **Tal vez pueda encontrar un medicamento diferente** cubierto por el plan que pueda actuar con la misma eficacia para usted.
 - Puede llamarnos a Servicio al Cliente de < plan name> para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma condición médica.

- Esta lista puede ayudar a su médico a encontrar un medicamento cubierto que podría funcionar para usted, y que tenga menos restricciones o un menor costo.
- **Usted y su médico pueden solicitar al plan que haga una excepción para usted.** Esto significa pedirnos que aceptemos que un próximo cambio en la cobertura o el nivel de costo compartido de un medicamento no se aplique a usted.
 - Su médico tendrá que informarnos por qué una excepción es médicamente necesaria para usted.
- Para aprender qué debe hacer para pedir una excepción, consulte la *Evidencia de Cobertura* que le hemos enviado. < Consulte el Capítulo 9, *Qué hacer si usted tiene un problema o una queja.*> < Consulte el Capítulo 7, *Qué hacer si usted tiene un problema o una queja.*>
- (La Sección 6 de este resumen mensual indica cómo obtener una copia de la *Evidencia de Cobertura*, en caso de que la necesite).

SECCIÓN 5. Si ve errores en este resumen o tiene preguntas, ¿qué debe hacer?

Si tiene preguntas, llámenos

Si algo le parece confuso o equivocado en este resumen mensual de medicamentos con receta, por favor llámenos a Servicio al Cliente de [< plan name >](#) (los números de teléfono están indicados en la cubierta de este resumen). También puede encontrar las respuestas a muchas de sus preguntas en nuestro sitio web:

www.wellcare.com/ohanahealthplan.com/www.wellcarepdp.com.

¿Qué hay de un posible fraude?

La mayoría de los profesionales y las organizaciones de cuidado de la salud que proporcionan servicios de Medicare son honestos. Desafortunadamente, puede haber algunos que no lo sean.

Si este resumen mensual muestra medicamentos que usted no está tomando, o cualquier otra cosa que le parezca sospechosa, por favor comuníquese con nosotros.

- Llámenos a Servicio al Cliente de [< plan name >](#) (los números de teléfono están indicados en la cubierta de este resumen).
- O llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números gratis las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

SECCIÓN 6. Cosas importantes para saber sobre su cobertura de medicamentos y sus derechos

Su “Evidencia de Cobertura” [<contiene>](#) [<y el suplemento sobre el Subsidio por Bajos Ingresos \(LIS\) contienen>](#) los detalles sobre su cobertura de medicamentos y los costos.

La *Evidencia de Cobertura* es nuestro folleto sobre los beneficios del plan. Allí se explican la cobertura de medicamentos y las reglas que usted debe seguir al utilizar su cobertura de medicamentos. [< Su suplemento LIS \(“Suplemento de Evidencia de Cobertura para personas que reciben Ayuda Adicional para pagar sus recetas”\) es un breve documento separado que le informa lo que usted debe pagar por sus recetas.>](#)

Le hemos enviado una copia de la *Evidencia de Cobertura* [<y del Suplemento LIS>](#). Si necesita otra copia [<de cualquiera de ellos>](#), por favor llámenos (los números de teléfono se indican en la cubierta de este resumen).

Recuerde que para obtener cobertura de medicamentos bajo nuestro plan, usted debe utilizar farmacias de nuestra red, excepto en ciertas circunstancias. Además, es posible que se apliquen limitaciones de cantidad y restricciones.

¿Qué hacer si tiene problemas relacionados con la cobertura o los pagos de sus medicamentos?

Su *Evidencia de Cobertura* contiene instrucciones paso a paso que explican qué hacer si tiene problemas relacionados con su cobertura de medicamentos y sus costos. Estos son los capítulos que debe consultar:

- [< Capítulo 7.>](#) [< Capítulo 5.>](#) Cómo pedir al plan que pague su parte de una factura que usted ha recibido por servicios o medicamentos cubiertos.
- [< Capítulo 9.>](#) [< Capítulo 7.>](#) Qué hacer si usted tiene un problema o una queja (decisiones sobre cobertura, apelaciones, quejas).

Estas son las cosas que debe tener en cuenta:

- Cuando decidimos si un medicamento está cubierto o no y cuánto usted debe pagar, esto se llama “decisión sobre cobertura”. Si no está de acuerdo con nuestra decisión sobre cobertura, usted puede apelar nuestra decisión (vea el < [Capítulo 9](#) <[Capítulo 7](#)> de la *Evidencia de Cobertura*).
- Medicare ha establecido reglas sobre cómo manejar las decisiones de cobertura y las apelaciones. Estos son procedimientos legales y los plazos son importantes. El proceso puede iniciarse si su médico nos informa que su salud requiere una decisión rápida.

Por favor solicite ayuda si la necesita. Aquí le indicamos cómo:

- Puede llamarnos a Servicio al Cliente de <[plan name](#)> (los números de teléfono están indicados en la cubierta de este resumen mensual).
- Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números gratis las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Puede llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP). El nombre y los números de teléfono de esta organización se encuentran en el Capítulo 2, Sección 3 de su *Evidencia de Cobertura*.

¿Sabía usted que hay programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos?

- **“Ayuda Adicional” de Medicare.** Es posible que pueda obtener Ayuda Adicional para pagar sus primas y los costos de sus medicamentos con receta. Este programa también recibe el nombre de “subsídios por bajos ingresos” o LIS. Las personas cuyos ingresos anuales y recursos se encuentran por debajo de ciertos límites pueden calificar para recibir esta ayuda. Para verificar si califica para recibir Ayuda Adicional, vea la Sección < [section number](#)> de su folleto *Medicare y Usted* <[year](#)>

o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números gratis las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Además puede llamar a la Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes entre las 7 a.m. y 7 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. También puede llamar a la oficina de Medicaid de su estado.

- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** Muchos estados cuentan con Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP) que ayudan a algunas personas a pagar los medicamentos con receta según su necesidad económica, edad o condición médica. Cada estado tiene reglas diferentes. Consulte con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP). El nombre y los números de teléfono de esta organización se encuentran en el Capítulo 2, Sección 3 de su *Evidencia de Cobertura*.

