

TUFTS MEDICARE PREFERRED HMO

—

Formulario 2019 (Lista de medicamentos cubiertos)

Cuando esta lista de medicamentos (formulario) se refiere a “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa Tufts Health Plan Medicare Preferred. Cuando se refiere al “plan” o “nuestro plan” significa Tufts Medicare Preferred HMO.

Este documento incluye una lista de los medicamentos (formulario) para nuestro plan, que entra en vigencia en septiembre de 2018. Para recibir un formulario actualizado, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del formulario, aparece en la portada y en la contraportada.

Por lo general, debe utilizar farmacias de nuestra red para hacer uso de los beneficios de medicamentos con receta. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias o los coaseguros/copagos pueden cambiar el 1 de enero de 2020, y ocasionalmente durante el año.

¿Cuál es el formulario Tufts Medicare Preferred HMO?

Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos, seleccionados por Tufts Medicare Preferred HMO en consulta con un equipo de proveedores de cuidado de salud, que describe las terapias con receta que se consideran parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Por lo general, Tufts Medicare Preferred HMO cubrirá los medicamentos enumerados en nuestro formulario mientras el medicamento sea medicamento necesario, la receta se abastezca en una farmacia de la red de Tufts Medicare Preferred HMO y se sigan las reglas de otro plan. Para obtener más información sobre cómo abastecer sus recetas, consulte la Evidencia de cobertura.

¿El formulario (lista de medicamentos) puede cambiar?

En general, si usted está tomando un medicamento de nuestro formulario 2019 que estaba cubierto a principios de año, no suspenderemos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2019, excepto cuando un nuevo medicamento genérico menos costoso esté disponible, cuando una nueva información adversa sobre la seguridad o eficacia de un medicamento se divulgue o cuando se retire el medicamento del mercado. (Consulte las viñetas más adelante para obtener más información sobre las modificaciones que afectan a los miembros que toman el medicamento actualmente). Otros tipos de modificaciones del formulario, como la eliminación de un medicamento del formulario, no afectarán a los miembros que están tomando el medicamento actualmente. Permanecerá disponible al mismo costo compartido para aquellos miembros que lo toman durante el resto del año de cobertura. A continuación, se presentan modificaciones a la lista de medicamentos que también afectarán a los miembros que están tomando un medicamento actualmente:

- **Nuevos medicamentos genéricos.** Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca comercial en nuestra lista de medicamentos si vamos a reemplazarlo con un nuevo medicamento genérico que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o uno más bajo y con las mismas o menos restricción. Además, cuando se agregue un nuevo medicamento genérico, es posible que decidamos mantener el medicamento de marca comercial en nuestra lista de medicamentos, pero se mueva a un nivel de costo compartido diferente o se agreguen nuevas restricciones. Si toma actualmente ese medicamento de marca comercial, es posible que no le avisemos antes de que realicemos esa modificación, pero más tarde le brindaremos información al respecto.

- Si realizamos dicha modificación, usted y su proveedor que emite recetas nos pueden solicitar que hagamos una excepción y continuemos cubriendo el medicamento de marca comercial para usted. El aviso

que le proporcionamos también incluirá información sobre los pasos que debe tomar para solicitar una excepción, y también puede encontrar la información en la sección de más adelante titulada “¿Cómo solicito una excepción al formulario de Tufts Medicare Preferred HMO?”.

- **Medicamentos retirados del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA por sus siglas en inglés) considera que algún medicamento del formulario no es seguro o si el fabricante del medicamento lo retira del mercado, lo eliminaremos inmediatamente de nuestro formulario y proporcionaremos un aviso a los miembros que toman el medicamento.
- **Otras modificaciones.** Es posible que realicemos otras modificaciones que afecten a los miembros que toman un medicamento actualmente. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca comercial que se encuentra en el formulario o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca comercial o moverlo a un nivel de costo compartido diferente. O es posible que realicemos modificaciones basadas en directrices clínicas nuevas. Si eliminamos medicamentos de nuestro formulario, agregamos una autorización previa, límites de cantidad o restricciones de terapia escalonada en un medicamento o movemos un medicamento a un nivel de costo compartido más alto, debemos notificar a los miembros afectados por la modificación al menos 30 días antes de que la modificación entre en vigor, o en el momento en el que el miembro solicita un abastecimiento del medicamento, momento en el que el miembro recibirá un suministro del medicamento para 30 días.

El formulario adjunto se encuentra vigente a partir de septiembre de 2018. Para obtener información sobre los medicamentos cubiertos por Tufts Medicare Preferred HMO, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto se encuentra en la portada y en la contraportada. En caso de que se efectúe una modificación del formulario a mitad de año que no corresponda a mantenimiento, usted recibirá una notificación vía fe de erratas.

¿Cómo utilizo el formulario?

Existen dos maneras de encontrar su medicamento dentro del formulario:

Condición médica

El formulario comienza en la página 3. Los medicamentos del formulario están agrupados en categorías según el tipo de condición médica para cuyo tratamiento se los utilice. Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar una cardiopatía están enumerados bajo la categoría “Agentes cardiovasculares”. Si sabe para qué se usa un medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página 1. Luego busque su medicamento según el nombre de la categoría.

Listas alfabéticas

Si no está seguro en qué categoría buscar, debe buscar su medicamento en el Índice que comienza en la página 77. El Índice brinda una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. Tanto los medicamentos de marcas comerciales como los genéricos están enumerados en el Índice. Busque en el Índice y encuentre su medicamento. Al lado de su medicamento, verá el número de página en el que encontrará información sobre la cobertura. Vaya a la página señalada en el Índice y encuentre el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son medicamentos genéricos?

Tufts Medicare Preferred HMO cubre tanto medicamentos de marcas comerciales como medicamentos genéricos. Un medicamento genérico está aprobado por la FDA dado que contiene los mismos principios activos que el medicamento de marca comercial. En general, los medicamentos genéricos cuestan menos que los de marca comercial.

¿Existen restricciones en mi cobertura?

Algunos medicamentos cubiertos pueden tener requerimientos adicionales o límites en la cobertura. Estos requerimientos y límites pueden incluir los siguientes:

- **Autorización previa:** Tufts Medicare Preferred HMO requiere que usted o su médico obtengan autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que necesitará la aprobación de Tufts Medicare Preferred HMO antes de llenar sus recetas. Si no obtiene una aprobación, es posible que Tufts Medicare Preferred HMO no cubra el medicamento.
- **Límite de cantidades:** Para ciertos medicamentos, Tufts Medicare Preferred HMO limita la cantidad de medicamentos que cubriremos. Por ejemplo, Tufts Medicare Preferred HMO ofrece 30 comprimidos de *ROZEMEM* por receta. Esto puede ser además de un suministro estándar de un mes a tres meses.
- **Terapia escalonada:** En algunos casos, Tufts Medicare Preferred HMO requiere que usted pruebe primero con determinados medicamentos para tratar su condición médica antes de que le brindemos cobertura para otro medicamento para esa condición. Por ejemplo, si tanto un medicamento A como un medicamento B tratan su condición médica, es posible que Tufts Medicare Preferred HMO no cubra el medicamento B a menos que usted pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no le funciona, Tufts Medicare Preferred HMO entonces cubrirá el medicamento B.

Usted puede averiguar si su medicamento tiene requerimientos o límites adicionales en el formulario que comienza en la página 3. También puede obtener más información sobre las restricciones que se aplican a determinados medicamentos cubiertos en nuestro sitio web. Hemos publicado en línea un documento que explica nuestras restricciones de autorización previa y las restricciones de la terapia escalonada. También puede solicitar que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del formulario, aparece en la portada y en la contraportada.

Puede solicitarle a Tufts Medicare Preferred HMO que haga una excepción a estas restricciones o límites o pedirle una lista de otros medicamentos similares que puedan tratar su condición médica. Consulte la información sobre cómo solicitar una excepción que aparece a continuación en la sección “¿Cómo solicito una excepción al formulario de Tufts Medicare Preferred HMO?”.

¿Qué sucede si mi medicamento no está en el formulario?

Si su medicamento no se incluye en este formulario (lista de medicamentos cubiertos), debería comunicarse primero con Relaciones con el cliente y pregunte si su medicamento está cubierto.

Si se entera de que Tufts Medicare Preferred HMO no cubre su medicamento, tiene dos opciones:

- Puede solicitar a Relaciones con el cliente una lista de medicamentos similares que Tufts Medicare Preferred HMO cubra. Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que Tufts Medicare Preferred HMO cubra.
- Puede solicitarle a Tufts Medicare Preferred HMO que haga una excepción y cubra su medicamento. Consulte la información sobre cómo solicitar una excepción que aparece a continuación.

¿Cómo solicito una excepción al formulario de Tufts Medicare Preferred HMO?

Puede solicitarle a Tufts Medicare Preferred HMO que haga una excepción y cubra su medicamento. Existen varios tipos de excepciones que puede solicitarnos.

- Puede solicitarnos que cubramos un medicamento aunque no esté en nuestro formulario. Si se aprueba, este medicamento quedará cubierto en un nivel de costo compartido predeterminado, y no podrá pedirnos que proporcionemos el medicamento en un nivel de costo compartido más bajo.
- Puede solicitarnos que cubramos un medicamento en el nivel de costo compartido más bajo si no está en el nivel de especialidad. Si se aprueba, esto reduciría la cantidad que debe pagar por su medicamento.
- Puede solicitarnos que apliquemos una excepción a las restricciones o límites de cobertura en su medicamento. Para ciertos medicamentos, Tufts Medicare Preferred HMO limita la cantidad que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede solicitarnos que apliquemos una excepción al límite y que cubramos una cantidad mayor.

En general, Tufts Medicare Preferred HMO solo aprobará su solicitud para una excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario del plan, el medicamento de costo compartido más bajo o las restricciones de utilización adicionales no serían tan eficaces en el tratamiento de su condición o causaría efectos médicos adversos.

Debería comunicarse con nosotros para pedirnos una decisión de cobertura inicial de excepción al formulario o una excepción de la restricción de utilización. **Cuando solicite una excepción al formulario o la restricción de utilización, debería presentar una declaración de respaldo de su médico u otro profesional que haya emitido la receta.** Por lo general, debemos tomar una decisión dentro de 72 horas de haber recibido su declaración de respaldo de la persona que haya emitido la receta. Puede solicitar una excepción urgente (rápida) si usted o su médico consideran que su salud puede verse gravemente afectada debido a la espera de 72 horas para conocer la decisión. Si se otorga la solicitud de urgencia, debemos tomar una decisión a más tardar en 24 horas luego que recibamos una declaración de respaldo de su médico u otro profesional que haya emitido la receta.

¿Qué debo hacer antes de poder hablar con mi médico sobre modificar mis medicamentos o solicitar una excepción?

Como miembro nuevo o anterior de nuestro plan, puede que esté tomando medicamentos que no estén en nuestro formulario. O puede que esté tomando un medicamento que está en nuestro formulario, pero su capacidad para conseguirlo es limitada. Por ejemplo, es posible que necesite una autorización previa de nuestra parte para poder surtir su receta. Debería hablar con su médico para decidir si debería cambiar a un medicamento apropiado que cubramos o requerir una excepción del formulario para que cubramos el medicamento que usted toma. Mientras habla con su médico para determinar el curso de acción más conveniente para usted, podemos cubrir su medicamento en determinados casos durante los primeros 90 días a partir de su incorporación a nuestro plan.

Para cada uno de sus medicamentos que esté fuera de nuestro formulario o si su capacidad para conseguirlos es limitada, cubriremos un suministro temporal de 30 días. Si su receta está escrita por pocos días, permitiremos resurtidos para proporcionar hasta un suministro de medicamentos máximo de 30 días. Después de su primer suministro de un mes, no pagaremos por estos medicamentos, aunque haya sido miembro del plan por menos de 90 días.

Si es residente de un centro de cuidados a largo plazo y necesita un medicamento que no esté en nuestro formulario o si su habilidad para conseguirlos es limitada, pero han pasado sus primeros 90 días de membresía en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de ese medicamento mientras usted obtiene una excepción al formulario.

Como miembro actual, si ingresa o se le da de alta en un centro de cuidados a largo plazo y se produce un cambio no planificado de los medicamentos que ingiere, puede solicitar que aprobemos un surtido temporal por única vez del medicamento no cubierto para darle tiempo de analizar un plan de transición con su médico. Su médico también puede solicitar una excepción a la cobertura para los medicamentos no cubiertos, con base en una revisión de la necesidad médica a partir del proceso de excepción estándar indicado anteriormente. Por lo general, el “primer surtido” temporal será un suministro de hasta 31 días, pero puede extenderse para brindarle tiempo a usted y a su médico para gestionar las complejidades de medicamentos múltiples o cuando está justificado por circunstancias especiales. Puede solicitar un surtido temporal de medicamentos con receta si llama al departamento de Relaciones con el cliente de Tufts Medicare Preferred HMO.

Para obtener más información

Para obtener más información sobre su cobertura de medicamentos con receta de Tufts Medicare Preferred HMO, revise su Evidencia de cobertura y otros materiales acerca del plan.

Si tiene preguntas sobre Tufts Medicare Preferred HMO, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del formulario, aparecen en la portada y en la contraportada.

Si tiene preguntas generales sobre la cobertura de medicamentos con receta de Medicare, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios con problemas auditivos (TTY) deberían llamar al 1-877-486-2048.

O visite <http://www.medicare.gov>.

Formulario de Tufts Medicare Preferred HMO

El formulario que comienza en la página 3 proporciona información de cobertura sobre los medicamentos cubiertos por Tufts Medicare Preferred HMO. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, consulte el Índice que comienza en la página 77.

La primera columna de la tabla enumera los nombres de los medicamentos. Los nombres de los medicamentos de marcas comerciales están escritos con mayúsculas (p. ej., PROAIR, HFA) y los medicamentos genéricos están enumerados en letra cursiva minúscula (p. ej., *omeprazol*).

La información en la columna de Requerimientos/Límites le indica si Tufts Medicare Preferred HMO tiene algún requerimiento especial para la cobertura de su medicamento.

B versus D: Medicare Parte B o D

Estos medicamentos requieren autorización previa para determinar la cobertura apropiada conforme a Medicare Parte B o Parte D. Es posible que algunos medicamentos de la Parte B requieran un coaseguro del 20% para los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx, Basic Rx y Basic No Rx.

Límite de cantidad (QL por sus siglas en inglés): Se aplica límite de cantidad.

Debido a las posibles inquietudes relacionadas con la utilización o la seguridad, Tufts Medicare Preferred HMO ha establecido limitaciones de distribución a un pequeño número de medicamentos con receta. Esto significa que la farmacia solo despachará una cierta cantidad de un medicamento en un período determinado. Estas cantidades están basadas en pautas reconocidas de atención, como las recomendaciones de uso de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos. Si su médico considera que necesita una cantidad mayor que la que indica la limitación del programa, su médico puede presentar una solicitud de cobertura dentro del proceso de revisión médica. El proceso de revisión médica permite que usted o su médico solicite a Tufts Medicare Preferred HMO que haga una excepción a nuestras reglas de cobertura. Consulte la información que aparece en la página IV sobre cómo solicitar una excepción, en la sección “¿Cómo solicito una excepción al formulario de Tufts Medicare Preferred HMO?”.

Medicamento para infusión a domicilio (HI por sus siglas en inglés): Medicamento para infusión a domicilio.

Este medicamento con receta puede ser cubierto por nuestros beneficios médicos. Es posible que algunos medicamentos de la Parte B requieran un coaseguro del 20% para los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Saver, HMO Basic Rx y HMO Basic No Rx. Para obtener más información, llame a Relaciones con el cliente, al 1-800-701-9000, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. (Del 1 de octubre al 31 de marzo, los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.). Fuera del horario de atención y los días feriados, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil. Los usuarios de TTY deberían llamar al 711.

Medicamento de acceso limitado (LI por sus siglas en inglés): Medicamento de acceso limitado.

Esta receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias. Para obtener más información, consulte su Directorio de Farmacias o llame a Relaciones con el cliente al 1-800-701-9000, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. (Del 1 de octubre al 31 de marzo, los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.). Si llama fuera del horario de servicio o en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil. Los usuarios de TTY deberían llamar al 711.

Autorización previa (PA por sus siglas en inglés): Se requiere autorización previa.

El proceso de autorización previa fomenta la emisión racional de recetas de medicamentos con considerable seguridad o preocupaciones financieras. Un proveedor puede presentar una solicitud de cobertura de un medicamento según la necesidad médica de un miembro. Si se aprueba, el miembro paga el coaseguro del nivel designado. Existe un proceso de apelación para las solicitudes denegadas.

Autorización previa para terapia escalonada (STPA por sus siglas en inglés): Se aplica la autorización previa para la terapia escalonada. La terapia escalonada es una forma automatizada de autorización previa que utiliza el historial de reclamaciones para la aprobación de un medicamento en el punto de venta. Los programas de terapia escalonada ayudan a fomentar el uso clínicamente comprobado de terapias de primera línea y garantizan la utilización de los agentes terapéuticamente más apropiados y asequibles primero, antes de que se cubran otros tratamientos.

Los miembros que toman medicamentos que cumplen con los criterios iniciales de la terapia escalonada podrán automáticamente surtir sus medicamentos con receta para obtener una terapia escalonada. Si el miembro no cumple con el criterio inicial de la terapia escalonada, la receta se rechazará en el punto de venta con un mensaje que indique que se requiere autorización previa (PA por sus siglas en inglés). Los médicos pueden presentar solicitudes de autorización previa a Tufts Medicare Preferred HMO para miembros que no cumplan con los criterios de terapia escalonada en el punto de venta conforme al proceso de revisión médica. El proceso de revisión médica permite que usted o su médico solicite a Tufts Medicare Preferred HMO que haga una excepción a nuestras reglas de cobertura. Consulte la información que aparece en la página IV sobre cómo solicitar una excepción, en la sección “¿Cómo solicito una excepción al formulario de Tufts Medicare Preferred HMO?”.

Trasplante:

Este medicamento está contemplado en la Parte B cuando se utiliza para un trasplante de órganos cubierto por Medicare. Es posible que algunos medicamentos de la Parte B requieran un coaseguro del 20% para los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx, HMO Basic Rx y HMO Basic No Rx.

Brecha de cobertura:

Para los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus, brindamos cobertura adicional para los medicamentos del Nivel 1 y del Nivel 2 en la brecha de cobertura. Para más información, consulte nuestra Evidencia de cobertura.

Medicamentos de la Parte B:

No se requiere un copago y el costo del medicamento no aplica a su beneficio de la Parte D. Es posible que algunos medicamentos de la Parte B requieran un coaseguro del 20% para los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx, HMO Basic Rx y HMO Basic No Rx.

Suministro de medicamentos sin extensión de días (NEDS por sus siglas en inglés): Suministro de medicamentos sin extensión de días. En un esfuerzo por contener los costos, ciertos medicamentos quedarán limitados a un suministro de hasta 30 días por surtido.

Proveedor farmacéutico especial (SP por sus siglas en inglés): Disponibilidad a través de un proveedor farmacéutico especial designado. Tiene la opción de obtener este medicamento a través de un proveedor farmacéutico especial designado. Estas farmacias se especializan en proporcionar un determinado número de medicamentos directamente a nuestros miembros. También brindan envíos gratuitos a su hogar, apoyo educativo por teléfono las 24 horas del día, los 7 días de la semana, apoyo de enfermeros y farmacéuticos, y trabajarán en cercanía con su médico. Entre los medicamentos se encuentran los que se utilizan en el tratamiento de esclerosis múltiple, hepatitis C, artritis reumatoide y neoplasias tratadas con medicamentos orales.

Farmacia de especialidad CVS: 1-800-237-2767

Costos de sus medicamentos con recetas

	Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx Condados de Barnstable, Bristol, Essex, Hampden, Hampshire, Middlesex, Norfolk, Plymouth, Suffolk y Worcester.		HMO Basic Rx Condados de Barnstable, Bristol, Essex, Hampden, Hampshire, Middlesex, Norfolk, Plymouth, Suffolk y Worcester.		HMO Value Rx Condados de Barnstable, Bristol, Essex, Hampden, Hampshire, Middlesex, Norfolk, Plymouth, Suffolk y Worcester.	
Deducible	\$400 (para los medicamentos del Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5)		\$350 (para los medicamentos del Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5)		\$300 (para los medicamentos del Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5)	
Copagos	Suministro para 30 días en farmacia	Suministro para 90 días de pedido por correo	Suministro para 30 días en farmacia	Suministro para 90 días de pedido por correo	Suministro para 30 días en farmacia	Suministro para 90 días de pedido por correo
Nivel 1	\$4	\$8	\$4	\$8	\$4	\$8
Nivel 2	\$8	\$16	\$8	\$16	\$8	\$16
Nivel 3	\$45	\$90	\$45	\$90	\$45	\$90
Nivel 4	\$100	\$300	\$100	\$300	\$100	\$300
Nivel 5	25%	N/A	26%	N/A	27%	N/A
Etapas de brecha de cobertura						
Después de que el costo total de los medicamentos con receta alcance los \$3,820 y hasta que sus pagos alcancen los \$5,100, usted paga:						
	<ul style="list-style-type: none"> • 37% del costo de los medicamentos genéricos de la Parte D • 25 % del costo de los medicamentos de marcas comerciales de la Parte D 					
Período de Cobertura Catastrófica						
Después de la brecha de cobertura, cuando sus pagos por el año sean superiores a los \$5,100, usted paga el costo mayor de lo siguiente:						
	5% por receta o \$3.40 por receta para los medicamentos genéricos de la Parte D, \$8.50 por receta para los medicamentos de marcas comerciales de la Parte D.					

Costos de sus medicamentos con recetas

	HMO Prime Rx Condados de Barnstable, Bristol, Essex, Hampden, Hampshire, Middlesex, Norfolk, Plymouth, Suffolk y Worcester.		HMO Prime Rx Plus Condados de Barnstable, Bristol, Essex, Hampden, Hampshire, Middlesex, Norfolk, Plymouth y Suffolk.	
Deducible	\$0		\$0	
Copagos	Suministro para 30 días en farmacia	Suministro para 90 días de pedido por correo	Suministro para 30 días en farmacia	Suministro para 90 días de pedido por correo
Nivel 1	\$4	\$8	\$2	\$4
Nivel 2	\$8	\$16	\$4	\$8
Nivel 3	\$45	\$90	\$30	\$60
Nivel 4	\$100	\$300	\$80	\$240
Nivel 5	33%	N/A	33%	N/A
Etapas de brecha de cobertura				
Después de que el costo total de los medicamentos con receta alcance los \$3,820 y hasta que sus pagos alcancen los \$5,100, usted paga:				
	<ul style="list-style-type: none"> • 37% del costo de los medicamentos genéricos de la Parte D • 25% del costo de los medicamentos de marcas comerciales de la Parte D 		<ul style="list-style-type: none"> • Copagos del Nivel 1 para los medicamentos genéricos preferidos en el Nivel 1 • Copagos del Nivel 2 para los medicamentos genéricos en el Nivel 2 • 37% de los costos de todos los demás medicamentos genéricos de la Parte D • 25% del costo de los medicamentos de marcas comerciales de la Parte D 	
Período de Cobertura Catastrófica				
Después de la brecha de cobertura, cuando sus pagos por el año sean superiores a los \$5,100, usted paga el costo mayor de lo siguiente:				
	5% por receta o \$3.40 por receta para los medicamentos genéricos de la Parte D, \$8.50 por receta para los medicamentos de marcas comerciales de la Parte D.			

Tufts Health Plan cumple con las leyes federales vigentes sobre derechos civiles y no discrimina por motivo de raza, color, origen étnico, edad, discapacidad o sexo. Tufts Health Plan no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivo de raza, color, origen étnico, edad, discapacidad o sexo.

Tufts Health Plan:

- Provee ayudas y servicios gratuitos para que las personas con discapacidad se comuniquen eficazmente con nosotros, por ejemplo:
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Provee servicios lingüísticos gratuitos para personas cuyo idioma principal no sea el inglés, por ejemplo:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Tufts Health Plan al 1-800-701-9000 (TTY: 711).

Si usted considera que Tufts Health Plan no ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado de otra manera por motivo de raza, color, origen étnico, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante:

Tufts Health Plan, Attention:

Civil Rights Coordinator, Legal Dept.
705 Mount Auburn St. Watertown, MA 02472
Teléfono: 1-888-880-8699 ext. 48000 (TTY: 711)
Fax: 1-617-972-9048
Correo electrónico: OCRCoordinator@tufts-health.com

Puede presentar una queja en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Coordinador de Derechos Civiles de Tufts Health Plan está a la orden.

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, por vía electrónica, a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697)

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

thpmp.org | 1-800-701-9000 (TTY: 711)

English: ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-701-9000 (TTY: 711).

Arabic: ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-701-9000 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

Chinese: 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-701-9000 (TTY: 711)。

Farsi: توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با تماس بگیرد. 1-800-701-9000 (TTY: 711) فراهم می باشد.

French: ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-701-9000 (TTY: 711).

German: ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-701-9000 (TTY: 711).

Greek: ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-800-701-9000 (TTY: 711).

Gujarati: સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-800-701-9000 (TTY: 711).

Haitian Creole: ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-701-9000 (TTY: 711).

Italian: ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-701-9000 (TTY: 711).

Japanese: 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-701-9000 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

Khmer (Cambodian): ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អូល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ថ្ងៃ ទូរស័ព្ទ 1-800-701-9000 (TTY: 711)

Korean: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-701-9000 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

Laotian: ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-800-701-9000 (TTY: 711).

Navajo: Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yánílti'go Diné Bizaad, saad bee áká'anída'áwo'deęę, t'áá jiikeh, éí ná hóló, koji' hódíílnih 1-800-701-9000 (TTY: 711).

Polish: UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-701-9000 (TTY: 711).

Portuguese: ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-800-701-9000 (TTY: 711).

Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-701-9000 (TTY: 711).

Spanish: ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-701-9000 (TTY: 711).

Tagalog: PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-701-9000 (TTY: 711).

Vietnamese: CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-701-9000 (TTY: 711).