

PHARMA PREMIUM (PDP)
Resumen de Beneficios
1ro de enero de 2010 – 31 de diciembre de 2010
TODA LA ISLA DE PUERTO RICO

**Introducción al Resumen de Beneficios de
PHARMA PREMIUM (PDP)
1ro de enero de 2010 – 31 de diciembre de 2010
TODA LA ISLA DE PUERTO RICO**

SECCION I – INTRODUCCION AL RESUMEN DE BENEFICIOS

Gracias por su interés en Pharma Premium (PDP). Nuestros planes son ofrecidos por FIRST MEDICAL HEALTH PLAN, INC, un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare contratado con el gobierno federal. Este Resumen de Beneficios le habla sobre algunas características de nuestros planes. No le muestra cada medicamento que cubrimos, cada limitación o exclusión. Para obtener un listado completo de nuestros beneficios, favor de llamar a Pharma Premium (PDP) y preguntar por la “Evidencia de Cobertura”.

USTED TIENE ALTERNATIVAS EN SU COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS

Como beneficiario de Medicare, usted puede escoger entre diferentes opciones de cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Una opción es obtener cobertura de de medicamentos recetados a través de un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare como Pharma Premium (PDP) Otra opción es obtener una cobertura de medicamentos recetados a través de un plan Medicare Advantage que ofrezca cobertura de medicamentos recetados. Usted escoge la alternativa.

¿COMO PUEDO COMPARAR MIS OPCIONES?

Las tablas en este panfleto muestran algunos beneficios de medicamentos importantes. Usted puede usar este Resumen de Beneficios para comparar los beneficios ofrecidos por Pharma Premium (PDP) con los beneficios ofrecidos por otros Planes de Medicamentos Recetados de Medicare o Planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados.

¿DONDE ESTA DISPONIBLE PHARMA PREMIUM (PDP)?

El área de servicio de este plan incluye a: Puerto Rico. Usted debe vivir en una de estas áreas para afiliarse a este plan.

¿QUIEN ES ELEGIBLE PARA AFILIARSE?

Usted puede afiliarse a este plan si usted tiene la Parte A de Medicare y se afilió a la Parte B de Medicare y vive en el área de servicio.

Si usted está afiliado en un Plan de Cuidado Coordinado Medicare Advantage (HMO o PPO) o en un Plan Privado de Pago por Servicio Medicare Advantage (MA PFFS) que incluya medicamentos recetados, usted no puede afiliarse en un PDP a menos que se desafilie del plan HMO, PPO ó MA PFFS.

Suscriptores en un Plan Privado de Pago por Servicio (PFFS) que no proporciona cobertura de medicamentos recetados de Medicare, o un Plan de Cuenta de Ahorros Médicos MA (MSA) pueden inscribirse en un PDP. Suscriptores en un Plan de Costo de 1876 pueden inscribirse en un PDP.

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

Pharma Premium (PDP) no cubre medicamentos que están cubiertos bajo la Parte B de Medicare como prescritos y dispensados. Generalmente cubrimos medicamentos, vacunas, productos biológicos y suministros médicos que están cubiertos bajo el Beneficio (Parte D) de Medicamentos Recetados de Medicare y que están en nuestro formulario.

¿DONDE PUEDO OBTENER MIS MEDICAMENTOS

Pharma Premium (PDP) ha formado una red de farmacias. Usted debe utilizar una farmacia dentro de la red para recibir los beneficios de este plan. Nosotros no pagaremos por sus medicamentos si usted usa una farmacia fuera de la red, excepto en algunos casos.

Las farmacias en nuestra red pueden cambiar en cualquier momento. Usted puede solicitar un Directorio de Farmacias o llamar a Servicio al Cliente para un listado actualizado.

¿QUE ES UN FORMULARIO DE MEDICAMENTOS RECETADOS?

Pharma Premium (PDP) utiliza un formulario. Un formulario es un listado de medicamentos cubiertos por su plan que reúne las necesidades del paciente. Nosotros periódicamente añadiremos, removeremos y haremos cambios a las limitaciones de la cobertura en ciertos medicamentos o cambiaremos cuanto usted pague por el medicamento. Si hacemos algún cambio en el formulario que limite la habilidad de obtener sus recetas, nosotros notificaremos a los afiliados afectados antes de que el cambio sea efectuado. Nosotros le enviaremos un formulario y usted podrá ver el formulario completo en nuestra dirección electrónica <http://www.firstpluspr.com>.

Si usted está tomando actualmente un medicamento que no está en nuestro formulario o está sujeto a requisitos o límites adicionales, usted debe obtener un suministro temporero del medicamento. Usted debe comunicarse con nosotros para solicitar una excepción o cambiar a un medicamento alterno del listado en nuestro formulario con la ayuda de su médico. Llámenos para ver si puede obtener un suministro temporero del medicamento o para más detalles sobre nuestra política de transición de medicamento.

¿QUE DEBO HACER SI TENGO OTRO SEGURO ADEMÁS DE MEDICARE?

Si usted tiene una póliza Medigap (Seguro Suplementario de Medicare) que incluye cobertura de medicamentos recetados, usted debe comunicarse con su representante Medigap para hacerle saber que usted se ha afiliado a un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. Si usted decide quedarse con su póliza de seguro suplementario Medigap, su representante de Medigap quitará de su póliza la parte de cobertura de medicamentos recetados. Esto ocurrirá el día de efectividad de su cobertura en el Plan de Medicamentos Recetados de Medicare y ellos ajustarán su prima. Comuníquese con su representante de Medigap para detalles.

Si usted o su cónyuge tiene, o están disponibles para obtener, cobertura grupal patronal, usted debe hablar con su patrono para saber como sus beneficios serán afectados si se afilia a Pharma Premium (PDP). Obtenga esta información antes de decidir afiliarse a este plan.

¿COMO PUEDO OBTENER AYUDA CON LOS COSTOS DE MEDICAMENTOS DE MI PLAN?

Usted puede conseguir la ayuda suplementaria para pagar para sus primas de medicamentos recetados y gastos. Para ver si

usted cualifica para obtener ayuda adicional, llame al:

- * 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, 24 horas, 7 días a la semana.
- * La Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213 entre 7 a.m. y 7 p.m., de lunes a viernes. Usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-325-0778 o
- * A su Oficina Local de Medicaid.

¿QUE PROTECCIONES TENGO EN ESTE PLAN?

Todos los planes Medicare Advantage están de acuerdo en quedarse en el programa por un año a la vez (al mismo tiempo). Cada año, los planes deciden si continuar por otro año. Aunque un Plan Medicare Advantage deje el programa, usted no perderá la cobertura de Medicare. Si el plan decide no continuar, este debe enviar una carta al menos 60 días antes de que la cobertura termine. La carta explicará sus opciones de la cobertura en su área.

Como suscriptor de PBP_002_Pharma Premium (PDP), usted tiene el derecho de solicitar una determinación de cobertura, la cual incluye el derecho de solicitar una excepción, el derecho a llenar una apelación si nosotros negamos la cobertura de medicamentos recetados, y el derecho de llenar una querrela. Usted tiene el derecho de una determinación de cobertura si usted quiere que nosotros cubramos el medicamento de la Parte D que usted crea debe ser cubierto. Una excepción es el tipo de determinación de cobertura. Usted debe preguntar por una excepción si usted cree necesitar un medicamento que no está en el listado de medicamentos cubiertos o cree debe obtener un medicamento no preferido a un costo más bajo fuera del bolsillo. Usted puede también preguntar por una excepción a las reglas de costos de utilización, tales como un límite en la cantidad del medicamento. Si usted piensa que necesita una excepción, usted debe comunicarse con nosotros antes de tratar de adquirir su receta en una farmacia. Su médico debe proveer una justificación que sustente una solicitud de excepción. Si negamos cubrir su medicamento(s) recetado(s), usted tiene el derecho de apelar y pedir que revisemos nuestra decisión. Finalmente, usted tiene el derecho de llenar una querrela si usted tiene algún tipo de problema con nosotros o una de nuestras farmacias de la red que no quiere cubrir un medicamento recetado. Si su problema se trata de calidad de cuidado, usted también tiene el derecho de presentar una querrela con la Organización de Mejoramiento de Calidad (QIO) de su

estado. En Puerto Rico se conoce como QIPRO y sus números de teléfono son 1-800-981-5062 o 1-787-641-1240.

¿QUE ES EL PROGRAMA DE MANEJO DE TERAPIA DE MEDICAMENTOS (MTM)?

El Programa de Manejo de Terapia de Medicamentos es un servicio gratis que nosotros ofrecemos. Usted puede ser invitado a participar en un programa diseñado para sus necesidades de salud y farmacia. Usted puede decidir no participar pero es recomendado que tome total ventaja de este servicio cubierto si usted es seleccionado. Favor contactar a Pharma Premium (PDP) para más detalles.

El programa Medicare evalúa cuan bien los planes se desenvuelven en diferentes categorías (por ejemplo, detectar y prevenir la enfermedad, las calificaciones de los pacientes y servicio al cliente). Si tiene acceso a la web, puede utilizar las herramientas de la web en www.medicare.gov y seleccionar "Comparar Planes de Medicamentos Recetados de Medicare" o "Comparar planes y pólizas Medigap en su área" para comparar las calificaciones de los planes Medicare en su área. También puedes llamarnos directamente al (888) 767-7717 para obtener una copia de las calificaciones de este plan. Los usuarios de TTY deben llamar al (877) 672-4242.

Favor comuníquese con First Medical Health Plan, Inc. para más detalles sobre Pharma Premium (PDP).

Visítenos en [www.first pr.com](http://www.firstpr.com) o llámenos:

Horario de Servicio al Cliente:

Lunes, Martes, Miércoles, Jueves, Viernes, Sábado y Domingo. Atlántico 8:00 a.m. - 8:00 p.m. (PR,VI)

Suscriptores actuales deben llamar libre de costo al (888)-767-7717 (TTY/TDD (877)-672-4242)

Suscriptores futuros deben llamar libre de costo al (877)-662-4242.. (TTY/TDD (877) 672-4242)

Para llamadas locales suscriptores actuales deben llamar al (888) 767-7717. (TTY/TDD (877) 672-4242)

Para llamadas locales suscriptores futuros deben llamar al (877)-662-4242. (TTY/TDD (877) 672-4242)

Para más información sobre Medicare, favor llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

Usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar 24 horas al día, 7 días a la semana.

O, visite www.medicare.gov en la web.

Si tiene necesidades especiales, este documento debe estar disponible en otros formatos.

SECCION II – RESUMEN DE BENEFICIOS

Si usted tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, favor comunicarse con First Medical Health Plan, Inc. al (888) 767-7717 (para suscriptores) o al (877) 662-4242 (para prospectos). Usuarios de TTY deben llamar al (877) 672-4242. Nuestro horario de oficina es de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

Beneficio	Medicare Original	Pharma Premium (PDP)
Medicamentos Recetados	La mayoría de los medicamentos no están cubiertos bajo Medicare Original. Usted puede añadir cobertura de medicamentos recetados a Medicare Original afiliándose a un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare, o puede obtener toda su cobertura de Medicare, incluyendo cobertura de	Medicamentos recetados bajo la Parte D de Medicare General Este plan utiliza un formulario. El plan le enviará el formulario. Usted también puede ver el formulario en http://www.firstpluspr.com en la web.

medicamentos recetados, uniéndose a un Plan de Medicare Advantage o a un Plan de Costos de Medicare que ofrezca cobertura de medicamentos recetados.

Diferentes costos fuera de su bolsillo podrían aplicar para personas que

- tienen ingresos limitados,
- viven en facilidades de cuidado prolongado, o
- tiene acceso al Indian/Tribal/Urban (Servicio de Salud Indígena).

\$50.60 prima mensual

El plan ofrece cobertura nacional de recetas dentro de la red (es decir, esto incluiría los 50 estados y el Distrito de Columbia). Esto significa que usted pagará la misma cantidad por sus medicamentos recetados si usted los obtiene en una farmacia de la red fuera del área de servicio del plan. (por ejemplo, cuando usted viaja).

El total anual de costos de medicamentos son el total de costos de medicamentos pagados por ambos usted y el plan.

El plan puede requerirle primero un medicamento para tratar su condición antes de

cubrirle otro medicamento para esa condición.

Algunos medicamentos tienen límites en cantidad

Su proveedor debe obtener una autorización previa de Pharma Premium (PDP) para ciertos medicamentos.

Usted debe ir a ciertas farmacias para un número muy limitado de medicamentos, debido a manejo especial, coordinación de proveedores, o exigencias de educación a pacientes para estos medicamentos que no pueden ser encontrados en la mayor parte de farmacias en su red. Estos medicamentos son puestas en un listado en la dirección electrónica del plan, formulario, y los materiales impresos, así como en el buscador de Medicare.gov del Plan de Medicamentos Recetados de Medicare.

Si el costo actual de un medicamento es menor que la cantidad normal de copago de ese medicamento, usted pagará el costo actual, no la cantidad de copago mayor.

Dentro de la Red

\$0 deducible.

Cobertura Inicial

Usted paga lo siguiente hasta que el total anual de costos en medicamentos alcance los \$2830:

Farmacia de Venta al Detal

Genéricos

- \$5 copago por un suministro mensual (30-días) de medicamentos en esta categoría

- \$15 copago por un suministro trimestral (90 días) de medicamentos en esta categoría

No todos los medicamentos en esta categoría están disponibles para suministro de día extendido. Para más información, favor comunicarse con el plan.

Marca Preferida

- \$15 copago por un suministro mensual (30-días) de medicamentos en esta categoría

- \$45 copago por un suministro trimestral (90 días) de medicamentos en esta categoría

No todos los medicamentos en esta categoría están disponibles para suministro de día extendido. Para más información, favor

comunicarse con el plan.

Marca No Preferida

- \$30 copago por un suministro mensual (30-días) de medicamentos en esta categoría

- \$90 copago por un suministro trimestral (90 días) de medicamentos en esta categoría

Medicamentos Especializados

- 25% coseguro por un suministro mensual (30-días) de medicamentos en esta categoría

- 25% coseguro por un suministro trimestral (90 días) de medicamentos en esta categoría

No todos los medicamentos en esta categoría están disponibles para suministro de día extendido. Para más información, favor comunicarse con el plan.

Farmacia de Cuidado Prolongado

Genéricos

- \$5 copago por un suministro mensual (31-días) de medicamentos en esta categoría

Marca Preferida

- \$15 copago por un suministro mensual (31-días) de medicamentos en esta categoría

Marca No Preferida

- \$30 copago por un suministro mensual (31-días) de medicamentos en esta categoría

Medicamentos Especializados

- 25% coseguro por un suministro mensual (31-días) de medicamentos en esta categoría

Periodo de Cobertura

El plan cubre todos los Genéricos a través del periodo sin cobertura.

Usted paga lo siguiente:

Farmacia de Venta al Detal

Genéricos

- \$5 copago por un suministro mensual (30-días) de todos los medicamentos cubiertos en esta categoría

- \$15 copago por un suministro trimestral (90

días) de todos los medicamentos cubiertos en esta categoría

No todos los medicamentos en esta categoría están disponibles para suministro de día extendido. Para más información, favor comunicarse con el plan.

Medicamentos Especializados

- 25% coseguro por un suministro mensual (30 días) de todos los medicamentos genéricos del formulario cubiertos en esta categoría.

- 25% coseguro por un suministro trimestral (90 días) de todos los medicamentos genéricos del formulario cubiertos en esta categoría.

No todos los medicamentos en esta categoría están disponibles para suministro de día extendido. Para más información, favor comunicarse con el plan.

Farmacia de Cuidado Prolongado

Genéricos

- \$5 copago por un suministro mensual (31-días) de todos los medicamentos

Medicamentos Especializados

- 25% coseguro por un suministro mensual (31 días) de todos los medicamentos genéricos del formulario cubiertos en esta categoría

Por todos los otros medicamentos, luego que su total anual de costos en medicamentos alcance los \$2,830 usted paga 100% hasta que su costo anual en medicamentos fuera de su bolsillo alcance los \$4,550.

Cobertura Catastrófica

Luego que su costo anual en medicamentos fuera de su bolsillo alcance los \$4,550, usted paga el máximo de:

- \$2.50 de copago por genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$6.30 de copago por todos los otros medicamentos, o

-5% de coseguro

Fuera de la Red

Medicamentos del Plan pueden ser cubiertos en circunstancias especiales, por ejemplo, enfermedad mientras viaje fuera del área de servicio del plan donde no existen farmacias de la red. Usted también podría pagar más que el copago si usted obtiene sus medicamentos en una farmacia fuera de la red. Además, usted

tendrá que pagar probablemente el precio total de la farmacia por el medicamento y presentar la documentación para recibir el reembolso de Pharma Premium (PDP).

Cobertura Inicial Fuera de la Red

Usted será reembolsado por el costo total del medicamento menos por los siguientes medicamentos comprados fuera de la red hasta que el costo total anual en medicamentos alcance los \$2,830:

Genéricos

- \$5 copago por un suministro mensual (30 días) de medicamentos en esta categoría

Marca Preferida

- \$15 copago por un suministro mensual (30 días) de medicamentos en esta categoría

Marca No Preferida

- \$30 copago por un suministro mensual de medicamentos (30 días) en esta categoría

Medicamentos Especializados

- 25% coseguro por un suministro mensual (30 días) de medicamentos en esta categoría

Periodo sin Cobertura Fuera de la Red

Se le reembolsará por estos medicamentos comprados fuera de la red hasta el costo total menos lo siguiente:

Genéricos

- \$5 copago por un suministro mensual (30 días) de medicamentos en esta categoría

Marca Preferida

-Luego que el costo total anual en medicamentos alcance los \$2,830, usted paga 100% del precio total de la farmacia por medicamentos comprados fuera de la red hasta que el costo total anual fuera de su bolsillo alcance los \$4,550. Usted no será reembolsado por Pharma Premium (PDP) por compras hechas fuera de la red cuando usted está en la brecha de cobertura. Sin embargo, usted todavía debe someter documentación a Pharma Premium (PDP), de manera que podamos sumar las cantidades que usted gastó fuera de la red a su costo total fuera de su bolsillo por el año.

Marca No Preferida

- Luego que el costo total anual en medicamentos alcance los \$2,830, usted paga 100% del precio total de la farmacia por medicamentos comprados fuera de la red hasta que el costo total anual fuera de su bolsillo alcance los \$4,550. Pharma Premium (PDP) no le reembolsará por compras hechas fuera de la red cuando usted se encuentre en el periodo sin cobertura. Sin embargo, usted todavía debe someter documentación a Pharma Premium (PDP), de manera que podamos sumar las cantidades que usted gastó fuera de la red a su costo total fuera de su bolsillo por el año.

Medicamentos Especializados

- 25% coseguro por un suministro mensual (30 días) de todos los medicamentos genéricos del formulario cubiertos en esta categoría

Cobertura Catastrófica Fuera de la Red

Luego que su costo anual en medicamentos fuera de su bolsillo alcance los \$4,350, usted paga el máximo de:

- \$2.50 de copago por genéricos (incluyendo

medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$6.30 de copago por todos los otros medicamentos, o
-5% de coseguro