

Resumen de Beneficios

HMO Platinum POS Plan

Teamsters Local 1932 Health and Welfare Trust

Desde el 18 de julio de 2020
Plan de beneficios de Shield Signature

Este Resumen de Beneficios muestra la cantidad que pagará usted por los Servicios Cubiertos con este Plan de beneficios de Blue Shield of California. Es solo un resumen y forma parte del contrato de cobertura de atención de la salud llamado Evidencia de Cobertura (EOC, por sus siglas en inglés).¹ Para obtener detalles, lea ambos documentos con cuidado.

Red de Proveedores Médicos:

Red de Shield Signature

Este Plan de beneficios usa una red específica de Proveedores de Atención de la Salud llamada red de proveedores de Shield Signature. Este Plan ofrece beneficios en dos niveles diferentes:

- **Nivel I de Shield Signature (Proveedores Participantes de HMO):** Los servicios deben ser brindados o estar autorizados previamente por su Médico de Atención Primaria o su Grupo Médico/IPA, excepto en una Emergencia o cuando se especifique lo contrario. Lea su EOC para saber cómo obtener acceso a la atención en este nivel.
- **Nivel II de Shield Signature (Proveedores Participantes de PPO):** Los servicios son brindados por Proveedores Participantes en el caso de servicios profesionales para pacientes ambulatorios recibidos en un consultorio. Cualquier Copago o Coseguro se calcula a partir de la Cantidad Permitida.

Usted es responsable de cualquier Copago o Coseguro y de cualquier cargo que sea mayor que la Cantidad Permitida. Puede encontrar Proveedores Participantes de esta red en blueshieldca.com.

Deducibles por Año Civil (CYD)²

El Deducible por Año Civil (CYD, por sus siglas en inglés) es la cantidad que paga un Miembro cada Año Civil antes de que Blue Shield pague los Servicios Cubiertos del Plan de beneficios. Blue Shield paga algunos Servicios Cubiertos antes de que se llegue al Deducible por Año Civil, como se ve en el cuadro de Beneficios que está abajo.

	Proveedores del Plan HMO de Nivel I de Shield Signature ³	Proveedores Participantes de Nivel II de Shield Signature ³
Deducible médico por Año Civil		
<i>Cobertura individual</i>	\$0	\$0
<i>Cobertura familiar</i>	\$0: por persona \$0: por Familia	\$0: por persona \$0: por Familia

Gastos de Bolsillo Máximos por Año Civil⁴

Los Gastos de Bolsillo Máximos son la cantidad máxima que pagará un Miembro cada Año Civil por los Servicios Cubiertos. Las excepciones están en la sección Notas al final de este Resumen de Beneficios.

	Proveedores del Plan HMO de Nivel I de Shield Signature ³	Proveedores Participantes de Nivel II de Shield Signature ³
<i>Cobertura individual</i>	\$1,500	\$8,000
<i>Cobertura familiar</i>	\$1,500: por persona \$3,000: por Familia	\$8,000: por persona \$16,000: por Familia

Declaración reglamentaria en trámite

Sin Límite de Dinero Anual ni Durante la Membresía

En este Plan de beneficios, no hay un límite de dinero en la cantidad total que pagará Blue Shield por los Servicios Cubiertos durante la membresía.

Beneficios⁵

Su pago

	Proveedores del Plan HMO de Nivel I de Shield Signature ³	Se aplica el CYD2	Proveedores Participantes de Nivel II de Shield Signature ³	Se aplica el CYD2
Servicios de Salud Preventivos⁶				
Servicios de Salud Preventivos	\$0		\$30/visita	
Programa de Detección Prenatal de California	\$0		\$0	
Servicios del médico				
Visita al consultorio para recibir atención primaria	\$10/visita		\$30/visita	
Visita al consultorio para recibir atención de un especialista	\$10/visita		\$30/visita	
Visita del médico en el hogar	\$10/visita		\$30/visita	
Servicios del médico o del cirujano en un centro de atención para pacientes ambulatorios	\$0		Sin cobertura	
Servicios del médico o del cirujano en un centro de atención para pacientes internados	\$0		Sin cobertura	
Otros servicios profesionales				
Visita al consultorio de otro profesional <i>Se incluyen enfermeros practicantes, auxiliares médicos y terapeutas.</i>	\$10/visita		\$30/visita	
Servicios de acupuntura	Sin cobertura		Sin cobertura	
Servicios de quiropráctica	Sin cobertura		Sin cobertura	
Consulta mediante Teladoc	\$0/consulta		Sin cobertura	
Planificación familiar				
• Asesoramiento, consultas y educación	\$0		Sin cobertura	
• Colocación del diafragma, dispositivo intrauterino (IUD, por sus siglas en inglés), anticonceptivo implantable y procedimiento relacionado	\$0		Sin cobertura	
• Anticonceptivo inyectable <i>En el Nivel II, los servicios solamente están cubiertos si se reciben en el consultorio del Médico.</i>	\$0		\$30/visita	
• Ligadura de trompas	\$0		Sin cobertura	
• Vasectomía	\$10/cirugía		Sin cobertura	
Servicios de podología	\$10/visita		\$30/visita	

	Proveedores del Plan HMO de Nivel I de Shield Signature3	Se aplica el CYD2	Proveedores Participantes de Nivel II de Shield Signature3	Se aplica el CYD2
Atención por embarazo y maternidad⁶				
Visitas al consultorio del médico: atención prenatal y posnatal	\$0		20%	
Servicios del médico para interrumpir el embarazo	\$0		20%	
Servicios de emergencia				
Servicios de la sala de emergencias	\$50/visita		\$50/visita	
<i>Si es admitido en el Hospital, no se aplica este pago para los servicios de la sala de emergencias. En cambio, se aplica el pago correspondiente a Proveedores Participantes que aparece en los Servicios de un centro de atención para pacientes internados/Servicios hospitalarios y estadia en un hospital.</i>				
Servicios del Médico en la sala de emergencias	\$0		\$0	
Servicios de un centro de atención urgente	\$10/visita		\$10/visita	
Servicios de ambulancia				
	\$0		\$0	
<i>Este pago es para transporte autorizado o de emergencia.</i>				
Servicios de un centro de atención para pacientes ambulatorios				
Centro Quirúrgico Ambulatorio	\$0		Sin cobertura	
Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital: cirugía	\$0		Sin cobertura	
Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital: tratamiento de una enfermedad o lesión, radioterapia, quimioterapia y suministros necesarios	\$0		Sin cobertura	
Servicios de un centro de atención para pacientes internados				
Servicios hospitalarios y estadia en un hospital	\$0		Sin cobertura	
Servicios de trasplante				
<i>Este pago es para todos los trasplantes cubiertos, excepto los trasplantes de tejido y de riñón. Para los servicios de trasplante de tejido y de riñón, se aplica el pago de los Servicios de un centro de atención para pacientes internados/Servicios hospitalarios y estadia en un hospital.</i>				
• Servicios para pacientes internados de un centro de trasplantes especiales	\$0		Sin cobertura	

	Proveedores del Plan HMO de Nivel I de Shield Signature3	Se aplica el CYD2	Proveedores Participantes de Nivel II de Shield Signature3	Se aplica el CYD2
<ul style="list-style-type: none"> Servicios para pacientes internados por parte de un médico 	\$0		Sin cobertura	
Servicios de cirugía bariátrica, en condados de California designados				
<p><i>Este pago es para los servicios de cirugía bariátrica que reciben las personas que viven en condados de California designados. Para los servicios de cirugía bariátrica que reciben las personas que viven en condados de California no designados, se aplican los pagos de los Servicios de un centro de atención para pacientes internados y los Servicios para pacientes internados por parte de un médico cuando se trata de servicios para pacientes internados; en cambio, cuando se trata de servicios para pacientes ambulatorios, se aplican los pagos de los Servicios de un centro de atención para pacientes ambulatorios y los Servicios para pacientes ambulatorios por parte de un Médico.</i></p>				
Servicios de un centro de atención para pacientes internados	\$0		Sin cobertura	
Servicios de un centro de atención para pacientes ambulatorios	\$0		Sin cobertura	
Servicios del médico	\$0		Sin cobertura	
Servicios de diagnóstico mediante radiografías, imágenes, patología y laboratorio				
<p><i>Este pago es para los Servicios Cubiertos que son Servicios de Salud de diagnóstico no Preventivos y procedimientos radiológicos de diagnóstico, como tomografías computarizadas, imágenes por resonancia magnética, angiografías por resonancia magnética y tomografías por emisión de positrones (CT, MRI, MRA y PET, respectivamente, por sus siglas en inglés). Para conocer los pagos para los Servicios Cubiertos que son Servicios de Salud Preventivos, vea Servicios de Salud Preventivos.</i></p>				
<p>Servicios de laboratorio</p> <p><i>Se incluye prueba de Papanicolaou (Pap) de diagnóstico.</i></p>				

	Proveedores del Plan HMO de Nivel I de Shield Signature3	Se aplica el CYD2	Proveedores Participantes de Nivel II de Shield Signature3	Se aplica el CYD2
<ul style="list-style-type: none"> Centro de laboratorio <p><i>En el Nivel II, los servicios solamente están cubiertos si se reciben en el consultorio del Médico.</i></p>	\$0		\$0	
<ul style="list-style-type: none"> Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital <p>Servicios de radiografías e imágenes</p> <p><i>Se incluye mamografía de diagnóstico.</i></p>	\$0		Sin cobertura	
<ul style="list-style-type: none"> Centro de radiología para Pacientes Ambulatorios <p><i>En el Nivel II, los servicios solamente están cubiertos si se reciben en el consultorio del Médico.</i></p>	\$0		\$0	
<ul style="list-style-type: none"> Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital <p>Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios</p> <p><i>Pruebas para diagnosticar enfermedades o lesiones, como pruebas de función vestibular, electrocardiograma, ecocardiograma (EKG y ECG, respectivamente, por sus siglas en inglés), monitoreo cardíaco, estudios vasculares no invasivos, pruebas del sueño, pruebas musculares y de amplitud de movimientos, electroencefalograma y electromiografía (EEG y EMG, respectivamente, por sus siglas en inglés).</i></p>	\$0		Sin cobertura	
<ul style="list-style-type: none"> Consultorio <p><i>En el Nivel II, los servicios solamente están cubiertos si se reciben en el consultorio del Médico.</i></p>	\$0		\$0	
<ul style="list-style-type: none"> Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital <p>Servicios de diagnóstico por imágenes radiológicas y de medicina nuclear</p>	\$0		Sin cobertura	
<ul style="list-style-type: none"> Centro de radiología para Pacientes Ambulatorios 	\$0		Sin cobertura	
<ul style="list-style-type: none"> Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital 	\$0		Sin cobertura	

	Proveedores del Plan HMO de Nivel I de Shield Signature3	Se aplica el CYD2	Proveedores Participantes de Nivel II de Shield Signature3	Se aplica el CYD2
Servicios de Rehabilitación y Habilitación				
<i>Se incluyen servicios de Fisioterapia, Terapia Ocupacional y Terapia Respiratoria. En el Nivel II, hasta 12 visitas por Miembro, por Año Civil.</i>				
Consultorio	\$10/visita		\$30/visita	
Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	\$0		Sin cobertura	
Servicios de terapia del habla				
Consultorio	\$10/visita		\$30/visita	
Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	\$0		Sin cobertura	
Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés)				
DME	\$0		Sin cobertura	
Sacaleches	\$0		Sin cobertura	
Dispositivos y equipos ortóticos	\$0		Sin cobertura	
Dispositivos y equipos protésicos	\$0		Sin cobertura	
Servicios de atención de la salud en el hogar				
<i>Se incluyen visitas en el hogar por parte de un enfermero, un Auxiliar de la Salud en el Hogar, un trabajador social médico, un fisioterapeuta, un terapeuta del habla o un terapeuta ocupacional.</i>				
	\$0		Sin cobertura	
Servicios de infusión y de inyección en el hogar				
Servicios de una agencia de infusión en el hogar	\$0		Sin cobertura	
<i>Se incluyen medicamentos para los servicios de infusión en el hogar y suministros médicos.</i>				
Visitas en el hogar por parte de personal de enfermería de infusión	\$0		Sin cobertura	
Servicios de infusión en el hogar para pacientes con hemofilia	\$0		Sin cobertura	
<i>Se incluyen productos de factor de coagulación.</i>				
Servicios de un Centro de Enfermería Especializada (SNF, por sus siglas en inglés)				
SNF independiente	\$0		Sin cobertura	

Beneficios⁵

Su pago

	Proveedores del Plan HMO de Nivel I de Shield Signature ³	Se aplica el CYD2	Proveedores Participantes de Nivel II de Shield Signature ³	Se aplica el CYD2
SNF en un hospital	\$0		Sin cobertura	
Servicios del programa de cuidados para pacientes terminales <i>Se incluye consulta previa a la Atención para Pacientes Terminales, atención de rutina en el hogar, atención continua las 24 horas en el hogar, atención a corto plazo para pacientes internados para controlar el dolor y los síntomas, y atención de relevo para pacientes internados.</i>	\$0		Sin cobertura	
Otros servicios y suministros				
Servicios de atención de la diabetes				
• Dispositivos, equipos y suministros	\$0		Sin cobertura	
• Entrenamiento para el autocontrol de la diabetes	\$0		\$30/visita	
Servicios de diálisis	\$0		Sin cobertura	
Productos Alimenticios Especiales y fórmulas para la fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés)	\$0		Sin cobertura	
Suero antialérgico facturado aparte de la visita al consultorio	\$0		\$0	
Inmunizaciones y vacunas para viajar	\$10/inyección		\$30/inyección	
Examen ocular Un examen ocular completo en un periodo de 12 meses <i>seguidos</i> brindado a través del Administrador del Plan de la Vista (VPA, por sus siglas en inglés) contratado.				
• Examen oftalmológico	\$10/visita		\$0 hasta \$60/año más 100% de los cargos adicionales	
• Examen optométrico	\$10/visita		\$0 hasta \$50/año más 100% de los cargos adicionales	

Beneficios de Salud Mental y por Trastornos por el Uso de Sustancias Adictivas

Su pago

<i>Los Beneficios de salud mental y por trastornos por el uso de sustancias adictivas se brindan por medio del Administrador de Servicios de Salud Mental (MHSA, por sus siglas en inglés) de Blue Shield.</i>	Proveedores Participantes del MHSA de Nivel I de Shield Signature ³	Se aplica el CYD2	Proveedores No Participantes del MHSA de Nivel II de Shield Signature ³	Se aplica el CYD2
Servicios para pacientes ambulatorios				

Declaración reglamentaria en trámite

<i>Los Beneficios de salud mental y por trastornos por el uso de sustancias adictivas se brindan por medio del Administrador de Servicios de Salud Mental (MHSA, por sus siglas en inglés) de Blue Shield.</i>	Proveedores Participantes del MHSA de Nivel I de Shield Signature3	Se aplica el CYD2	Proveedores No Participantes del MHSA de Nivel II de Shield Signature3	Se aplica el CYD2
Visita al consultorio, incluso visita al consultorio del Médico	\$10/visita		\$10/visita	
Atención intensiva para pacientes ambulatorios	\$0		Sin cobertura	
Tratamiento de Salud Conductual en el consultorio	\$0		\$0	
Tratamiento de Salud Conductual en el hogar o en otro centro de atención no institucional	\$0		\$0	
Tratamiento con opioides en el consultorio	\$0		\$0	
Programa de Hospitalización Parcial	\$0		Sin cobertura	
Pruebas psicológicas	\$0		Sin cobertura	
Servicios para pacientes internados				
Servicios para pacientes internados por parte de un médico	\$0		Sin cobertura	
Servicios hospitalarios	\$0		Sin cobertura	
Atención en una residencia	\$0		Sin cobertura	

Notas

1 Evidencia de Cobertura (EOC):

La Evidencia de Cobertura (EOC) describe los beneficios, las limitaciones y las exclusiones que se aplican a la cobertura con este Plan de beneficios. Lea la EOC para saber más sobre la cobertura descrita en este Resumen de Beneficios. Puede pedir una copia de la EOC en cualquier momento.

Las definiciones de los términos en mayúscula están en la EOC. Consulte la EOC para leer una explicación de los términos usados en este Resumen de Beneficios.

2 Deducible por Año Civil (CYD):

Deducible por Año Civil explicado. El Deducible por Año Civil es la cantidad que paga cada Año Civil antes de que Blue Shield pague los Servicios Cubiertos del Plan de beneficios.

Si este Plan de beneficios tiene algún Deducible por Año Civil, los Servicios Cubiertos sujetos a dicho Deducible están indicados con una marca de verificación (✓) en el cuadro de Beneficios que está más arriba.

3 Uso de Proveedores Participantes de Nivel I y Nivel II de Shield Signature:

Los Proveedores Participantes de Nivel I y Nivel II de Shield Signature tienen un contrato para brindarles a los Miembros servicios de atención de la salud.

Cuando recibe Servicios Cubiertos de un Proveedor Participante, usted es responsable solamente del Copago o el Coseguro, una vez que se haya llegado a cualquier Deducible por Año Civil.

4 Gastos de Bolsillo Máximos (OOPM, por sus siglas en inglés) por Año Civil:

Su pago después de llegar a los OOPM por Año Civil. Seguirá pagando todos los cargos que sean mayores que un Beneficio máximo.

Los beneficios de salud esenciales cuentan para los OOPM.

Cualquier Deducible cuenta para los OOPM. Cualquier cantidad que pague que cuente para el Deducible médico por Año Civil también cuenta para los Gastos de Bolsillo Máximos por Año Civil.

Este plan tiene aparte un proveedor de plan HMO de Nivel I y un proveedor participante OOPM de Nivel II. Cualquier cantidad que pague que cuente para los OOPM de Nivel I también cuenta para los OOPM de Nivel II. Los Costos Compartidos de Nivel II que correspondan solo cuentan para los OOPM de Nivel II.

La cobertura familiar tiene OOPM individuales dentro de los OOPM Familiares. Esto significa que llegará a los OOPM toda persona con cobertura Familiar que llegue a los OOPM individuales antes de que la Familia llegue a los OOPM Familiares dentro de un Año Civil.

5 Pagos del Miembro por separado cuando se reciben varios Servicios Cubiertos:

Cuando reciba varios Servicios Cubiertos, puede que deba pagar cada servicio por separado (Copago o Coseguro). Cuando pasa esto, es posible que sea responsable de pagar varios Copagos o Coseguros. Por ejemplo, es posible que tenga que pagar un Copago por visita al consultorio, además de un Copago por suero antialérgico cuando vaya al médico para que le dé una inyección para la alergia.

6 Servicios de Salud Preventivos:

Si recibe solamente Servicios de Salud Preventivos durante una visita al consultorio del Médico, no tiene que pagar ningún Copago ni Coseguro por la visita en la red de proveedores de Nivel I de Shield Signature. Si recibe Servicios de Salud Preventivos y otros Servicios Cubiertos durante la visita al consultorio del Médico, es posible que tenga que pagar un Copago o un Coseguro por la visita.

Los Planes de beneficios pueden ser cambiados para asegurar el cumplimiento de los requisitos Estatales y Federales.



Cláusula adicional sobre los Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios

Teamsters Local 1932 Health and Welfare Trust
Desde el 18 de julio de 2020
HMO/POS

HMO Platinum POS, HMO Platinum Trio Enhanced Rx \$5/10/25
Resumen de Beneficios

Este Resumen de Beneficios muestra la cantidad que pagará usted por los Medicamentos cubiertos con este Beneficio de Medicamentos recetados.

Red de farmacias:

Rx Ultra

Formulario de Medicamentos:

Plus Formulary

Deducible de Farmacias por Año Civil (CYPD)¹

El Deducible de Farmacias por Año Civil (CYPD, por sus siglas en inglés) es la cantidad que paga un Miembro cada Año Civil antes de que Blue Shield pague los Medicamentos cubiertos del Beneficio de Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Blue Shield paga algunos Medicamentos recetados antes de que se llegue al Deducible de Farmacias por Año Civil, como se ve en el cuadro de Beneficios de Medicamentos Recetados que está abajo.

Cuando se usan Farmacias Participantes²

Deducible de Farmacias por Año Civil *Por Miembro* \$0

Beneficios de Medicamentos Recetados^{3, 4}

	Su pago	
	Cuando se usan Farmacias Participantes ²	Se aplica el CYPD ¹
Medicamentos recetados en farmacia al por menor		
<i>Por receta, hasta 30 días de suministro.</i>		
Dispositivos y Medicamentos Anticonceptivos	\$0	
Medicamentos de Nivel 1	\$5/receta	
Medicamentos de Nivel 2	\$10/receta	
Medicamentos de Nivel 3	\$25/receta	
Medicamentos de Nivel 4 (no incluye Medicamentos Especializados)	\$10/receta	
Medicamentos recetados en farmacia de servicio por correo		
<i>Por receta, hasta 90 días de suministro.</i>		
Dispositivos y Medicamentos Anticonceptivos	\$0	
Medicamentos de Nivel 1	\$10/receta	
Medicamentos de Nivel 2	\$20/receta	
Medicamentos de Nivel 3	\$50/receta	
Medicamentos de Nivel 4 (no incluye Medicamentos Especializados)	\$20/receta	
Medicamentos de una Farmacia Especializada de la Red		
<i>Por receta, hasta 30 días de suministro.</i>		
Medicamentos Especializados de Nivel 4	\$10/receta	

Medicamentos orales anticancerígenos

\$10/receta

Por receta, hasta 30 días de suministro.

Notas

1 Deducible de Farmacias por Año Civil (CYPD):

Deducible de Farmacias por Año Civil explicado. El Deducible de Farmacias por Año Civil es la cantidad que paga cada Año Civil antes de que Blue Shield pague los Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios de este Beneficio.

Si este Beneficio tiene un Deducible de Farmacias por Año Civil, los Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios sujetos al Deducible están indicados con una marca de verificación (✓) en el cuadro de Beneficios que está más arriba.

Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios que no están sujetos al Deducible de Farmacias por Año Civil. Algunos Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios que se reciben de Farmacias Participantes son pagados por Blue Shield antes de que usted llegue a cualquier Deducible de Farmacias por Año Civil. Dichos Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios no están indicados con una marca de verificación (✓) en la columna "Se aplica el CYPD" del cuadro de Beneficios de Medicamentos Recetados que está más arriba.

2 Uso de Farmacias Participantes:

Las Farmacias Participantes tienen un contrato para brindarles a los Miembros Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Cuando recibe Medicamentos recetados cubiertos de una Farmacia Participante, usted es responsable solamente del Copago o el Coseguro, una vez que se haya llegado a cualquier Deducible de Farmacias por Año Civil.

Farmacias Participantes y Formulario de Medicamentos. Puede encontrar una Farmacia Participante y el Formulario de Medicamentos en www.blueshieldca.com/wellness/drugs/formulary#heading2.

Farmacias No Participantes. Los Medicamentos que se obtienen en Farmacias No Participantes no están cubiertos, excepto en situaciones de emergencia.

3 Cobertura de Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios:

Parte D de Medicare (cobertura acreditable)

En términos generales, esta cobertura de Medicamentos recetados es equivalente o superior al beneficio estándar establecido por el gobierno federal para la Parte D de Medicare (también llamada cobertura acreditable). Como esta cobertura de Medicamentos recetados es acreditable, no es necesario que se inscriba en la Parte D de Medicare mientras mantenga esta cobertura; sin embargo, debe tener en cuenta que, si no se inscribe en la Parte D de Medicare dentro de los 63 días siguientes a la cancelación de esta cobertura, podría quedar sujeto al pago de multas por la prima de la Parte D de Medicare.

4 Cobertura de Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios:

Cobertura de un Medicamento de Marca cuando hay un Medicamento Genérico equivalente. Si usted selecciona un Medicamento de Marca cuando hay un Medicamento Genérico equivalente, usted es el responsable de pagar el costo que le supone a Blue Shield la diferencia de precio entre el Medicamento de Marca y su equivalente Genérico, además del Copago o el Coseguro por el Medicamento de Nivel 1. Esta diferencia de precio no contará para ningún Deducible médico ni Deducible de Farmacias por Año Civil, ni para los Gastos de Bolsillo Máximos por Año Civil. Si su Médico o su Proveedor de Atención de la Salud le recetan un Medicamento de Marca y le indican que no debería reemplazarlo por un Medicamento Genérico equivalente, usted paga el Copago o el Coseguro que corresponda según el nivel del medicamento. Si su Médico o su Proveedor de Atención de la Salud no le indican que no debería reemplazarlo por un Medicamento Genérico equivalente, usted puede pedir una Evaluación por

Notas

Necesidad Médica. Si se aprueba, el Medicamento de Marca se cubrirá de acuerdo con el Copago o el Coseguro que corresponda según el nivel del Medicamento.

Programa de Medicamentos Especializados de Ciclo Corto. Este programa deja que, con su aprobación, se surta un suministro de 15 días en el caso de las recetas iniciales para determinados Medicamentos Especializados. Cuando pase esto, el Copago o el Coseguro se calculará de manera proporcional.

Los modelos de beneficios pueden ser cambiados para asegurar el cumplimiento de los requisitos Estatales y Federales.