

IdealCare Plateado 87 / \$10 PCP / \$20 Especialista / \$8
Medicamentos Genéricos/ Telemedicina gratuita
Programa de cobertura de Beneficios de farmacia

La siguiente información resume los beneficios descritos en su Evidencia de Cobertura. Es importante que la lea detenidamente para conocer los requisitos, las disposiciones, las limitaciones y las exclusiones del plan.

Sendero prohíbe la terapia escalonada para medicamentos recetados utilizados para tratar el cáncer metastásico avanzado en estadio cuatro o afecciones asociadas. La prohibición solo se aplica a un medicamento aprobado por la FDA (Administración de Alimentos y Medicamentos) cuando su uso sea de conformidad con las mejores prácticas para el tratamiento del cáncer metastásico avanzado en estadio cuatro o una afección asociada y esté respaldado por literatura revisada por pares y basada en evidencia.

La cobertura de medicamentos recetados está sujeta a cambios. Cualquier medicamento recetado que haya sido aprobado o cubierto por el plan para una afección médica o enfermedad mental, independientemente de si el medicamento se eliminó del formulario de medicamentos del plan de beneficios de salud antes de la fecha de renovación del plan.

De acuerdo con la ley estatal, se requiere un aviso por escrito con anticipación para la siguiente modificación que afecta la cobertura de medicamentos recetados:

1. Eliminación de un medicamento del formulario de medicamentos;
2. Requisito de que reciba autorización previa para un medicamento;
3. Un límite de cantidad impuesto o modificado;
4. Una restricción impuesta a la terapia escalonada;
5. Mover un medicamento a un nivel de costo compartido más alto, a menos que haya disponible una alternativa genérica al medicamento.

Sendero solo realizará este tipo de cambios en la cobertura de medicamentos recetados al momento de la renovación del contrato. Le enviaremos una notificación por escrito a más tardar 60 días antes de la fecha de vigencia del cambio.

Esta sección no prohíbe que un médico u otro profesional de la salud que esté autorizado para recetar un medicamento, recete un medicamento que sea una alternativa a un medicamento para el cual se requiere la continuación de la cobertura en la Subsección

(a) si la droga alternativa es:

- (1) cubierto por el plan de beneficios de salud;
- (2) medicamento apropiado para el afiliado.

Aclaración: El presente Plan de Beneficios de Salud a Elección del Cliente no incluye todos los beneficios de seguro de salud obligatorios del Estado. El siguiente beneficio se proporciona a un nivel reducido de lo que exige el Estado:

| Descripción del Beneficio obligatorio | Beneficio reducido |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| Una HMO (Organización para el Mantenimiento de la Salud) puede cobrar un deducible solo por servicios prestados fuera del área de servicio de la HMO o por servicios brindados por un médico o proveedor fuera de la red de prestaciones la HMO. | Se aplicará un deducible a los No preferidos (Nivel 3) y Medicamentos especiales (Nivel 4) |

| Disposiciones generales sobre el pago | Beneficios dentro de la red | Beneficios fuera de la red |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Deducibles por año calendario (se aplica a todos los Gastos elegibles, incluidos los de Farmacia) | \$900.00 Individual / \$1,800.00 Familiar (Los Servicios fuera de la red quedan excluidos a menos que estén aprobados por el Plan o sean Servicios de emergencia) | |
| Límites de pago de bolsillo (se aplica a todos los Gastos elegibles, incluidos los de Farmacia) | \$2,850.00 Individual / \$5,700.00 Familiar (Los Servicios fuera de la red quedan excluidos a menos que estén aprobados por el Plan o sean Servicios de emergencia) | |
| Beneficios máximos de por vida – por participante | Ilimitados (Los Servicios fuera de la red quedan excluidos a menos que estén aprobados por el Plan o sean Servicios de emergencia) | |
| Genéricos (Nivel 1) | 100% del Monto permitido luego de un copago de \$8.00 por suministro para 30 días | Sin cobertura para Servicios fuera de la red |
| Preferidos (Nivel 2) | 100% del Monto permitido luego de un copago de \$32.00 por suministro para 30 días | Sin cobertura para Servicios fuera de la red |
| No preferidos (Nivel 3) | 100% del Monto permitido luego de un copago de \$50.00 después del Deducible por año calendario por suministro para 30 días | Sin cobertura para Servicios fuera de la red |
| Medicamentos especiales (Nivel 4) | 30% del Monto permitido después del Deducible por año calendario por suministro para 30 días | Sin cobertura para Servicios fuera de la red |
| Preventivos. Incluye Vacunas obtenidas en la Farmacia (Nivel 6) | 100% del Monto | Sin cobertura para Servicios fuera de la red |