

## IdealCare Silver 87% AV

### 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.

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 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)	\$800 Individual/\$1,600 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)	\$2,700 Individual/\$5,400 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 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 después del Deducible por año calendario 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 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 por suministro para 30 días después del Deducible por año calendario	Sin cobertura para Servicios fuera de la red
Preventivos. Incluye Vacunas obtenidas en la Farmacia. (Nivel 6)	100% del Monto permitido	Sin cobertura para Servicios fuera de la red