

CALENDARIO DEL BENEFICIO DE FARMACIA

Fecha de vigencia del beneficio

1 de enero de 2020

Tipo de beneficio

Mercado de Seguros Médicos

Grupo	Suministro para 1 a 30 días en farmacias minoristas dentro de la red			Suministro para 90 días en farmacias minoristas dentro de la red		
	Nivel 1 Productos genéricos y de marca de menor costo	Nivel 2 Marca preferida y genéricos de mayor costo	Nivel 3 Marca no preferida (puede incluir productos de marca y genéricos)	Nivel 1 Productos genéricos y de marca de menor costo	Nivel 2 Marca preferida y genéricos de mayor costo	Nivel 3 Marca no preferida (puede incluir productos de marca y genéricos)
HMO Bronze 003 Fuera de la Bolsa	\$15 Todos los genéricos de Nivel 1 omiten el deducible	\$70 Después del deducible	\$120 Después del deducible	\$45 Todos los genéricos de Nivel 1 omiten el deducible	\$210 Después del deducible	\$360 Después del deducible
HMO Bronze 003	\$15 Todos los genéricos de Nivel 1 omiten el deducible	\$70 Después del deducible	\$120 Después del deducible	\$45 Todos los genéricos de Nivel 1 omiten el deducible	\$210 Después del deducible	\$360 Después del deducible
HMO Bronze 003 Variación de plan sin gastos compartidos	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
HMO Bronze 003 Variación de plan con gastos compartidos limitados	\$15 Todos los genéricos de Nivel 1 omiten el deducible	\$70 Después del deducible	\$120 Después del deducible	\$45 Todos los genéricos de Nivel 1 omiten el deducible	\$210 Después del deducible	\$360 Después del deducible
\$0 cuando sea surtido por un proveedor de Indian Health Service						
HMO Silver 004 Fuera de la Bolsa	\$10 Todos los genéricos de Nivel 1 omiten el deducible	\$60 Después del deducible	\$100 Después del deducible	\$30 Todos los genéricos de Nivel 1 omiten el deducible	\$180 Después del deducible	\$300 Después del deducible
HMO Silver 004	\$10 Todos los genéricos de Nivel 1 omiten el deducible	\$60 Después del deducible	\$100 Después del deducible	\$30 Todos los genéricos de Nivel 1 omiten el deducible	\$180 Después del deducible	\$300 Después del deducible

HMO Silver 004 Variación de plan sin gastos compartidos	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
HMO Silver 004 Variación de plan con gastos compartidos limitados	\$10 Todos los genéricos de Nivel 1 omiten el deducible	\$60 Después del deducible	\$100 Después del deducible	\$30 Todos los genéricos de Nivel 1 omiten el deducible	\$180 Después del deducible	\$300 Después del deducible
\$0 cuando sea surtido por un proveedor de Indian Health Service						
HMO Silver 004 94	\$5	\$20	\$40	\$15	\$60	\$120
HMO Silver 004 87	\$10	\$50	\$85	\$30	\$150	\$255
HMO Silver 004 73	\$10 Todos los genéricos de Nivel 1 omiten el deducible	\$50 Después del deducible	\$90 Después del deducible	\$30 Todos los genéricos de Nivel 1 omiten el deducible	\$150 Después del deducible	\$270 Después del deducible
HMO Gold 001 Fuera de la Bolsa	\$20	\$40	\$80	\$60	\$120	\$240
HMO Gold 001	\$20	\$40	\$80	\$60	\$120	\$240
HMO Gold 001 Variación de plan sin gastos compartidos	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
HMO Gold 001 Variación de plan con gastos compartidos limitados	\$20	\$40	\$80	\$60	\$120	\$240
\$0 cuando sea surtido por un proveedor de Indian Health Service						
HMO Gold 005 Fuera de la Bolsa	\$10 Todos los genéricos de Nivel 1 omiten el deducible	\$40 Después del deducible	\$70 Después del deducible	\$30 Todos los genéricos de Nivel 1 omiten el deducible	\$120 Después del deducible	\$210 Después del deducible
HMO Gold 005	\$10 Todos los genéricos de Nivel 1 omiten el deducible	\$40 Después del deducible	\$70 Después del deducible	\$30 Todos los genéricos de Nivel 1 omiten el deducible	\$120 Después del deducible	\$210 Después del deducible
HMO Gold 005 Variación de plan sin gastos compartidos	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
HMO Gold 005 Variación de plan con gastos compartidos limitados	\$10 Todos los genéricos de Nivel 1 omiten el deducible	\$40 Después del deducible	\$70 Después del deducible	\$30 Todos los genéricos de Nivel 1 omiten el deducible	\$120 Después del deducible	\$210 Después del deducible
\$0 cuando sea surtido por un proveedor de Indian Health Service						

HMO Bronze 008 Plan de salud fuera de la bolsa con deducible alto	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible
HMO Bronze 008 Plan de salud con deducible alto	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible
HMO Bronze 008 Variación de plan sin gastos compartidos	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
HMO Bronze 008 Variación de plan con gastos compartidos limitados	Sin cargos después del deducible	Sin cargos después del deducible	Sin cargos después del deducible	Sin cargos después del deducible	Sin cargos después del deducible	Sin cargos después del deducible
HMO Silver 009 Fuera de la Bolsa	\$15 Todos los genéricos de Nivel 1 omiten el deducible	\$70 Después del deducible	\$120 Después del deducible	\$45 Todos los genéricos de Nivel 1 omiten el deducible	\$210 Después del deducible	\$360 Después del deducible
HMO Silver 009	\$15 Todos los genéricos de Nivel 1 omiten el deducible	\$70 Después del deducible	\$120 Después del deducible	\$45 Todos los genéricos de Nivel 1 omiten el deducible	\$210 Después del deducible	\$360 Después del deducible
HMO Silver 009 Variación de plan sin gastos compartidos	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
HMO Silver 009 Variación de plan con gastos compartidos limitados	\$15 Todos los genéricos de Nivel 1 omiten el deducible	\$70 Después del deducible	\$120 Después del deducible	\$45 Todos los genéricos de Nivel 1 omiten el deducible	\$210 Después del deducible	\$360 Después del deducible
\$0 cuando sea surtido por un proveedor de Indian Health Service						
HMO Silver 009 94	\$5	\$20	\$40	\$15	\$60	\$120
HMO Silver 009 87	\$10	\$50	\$85	\$30	\$150	\$255
HMO Silver 009 73	\$10 Todos los genéricos de Nivel 1 omiten el deducible	\$50 Después del deducible	\$100 Después del deducible	\$30 Todos los genéricos de Nivel 1 omiten el deducible	\$150 Después del deducible	\$300 Después del deducible

El monto anual máximo de gastos directos de bolsillo (GDB) se basa en la combinación de recetas y gastos médicos, y se calcula por año calendario. El monto del copago/coaseguro de un miembro es de \$0.00 para el tiempo restante del año calendario después de haber alcanzado el monto máximo de GDB.

Grupo	Monto de GDB individual	Monto de GDB familiar
HMO Bronze 003 Fuera de la Bolsa	\$8,150.00	\$16,300.00
HMO Bronze 003	\$8,150.00	\$16,300.00
HMO Bronze 003 Variación de plan sin gastos compartidos	\$0.00	\$0.00
HMO Bronze 003 Variación de plan con gastos compartidos limitados	\$8,150.00	\$16,300.00
HMO Silver 004 Fuera de la Bolsa	\$7,900.00	\$15,800.00
HMO Silver 004	\$7,900.00	\$15,800.00
HMO Silver 004 Variación de plan sin gastos compartidos	\$0.00	\$0.00
HMO Silver 004 Variación de plan con gastos compartidos limitados	\$7,900.00	\$15,800.00
HMO Silver 004 94	\$2,500.00	\$5,000.00
HMO Silver 004 87	\$2,700.00	\$5,400.00
HMO Silver 004 73	\$6,500.00	\$13,000.00
HMO Gold 001 Fuera de la Bolsa	\$8,150.00	\$16,300.00
HMO Gold 001	\$8,150.00	\$16,300.00
HMO Gold 001 Variación de plan sin gastos compartidos	\$0.00	\$0.00
HMO Gold 001 Variación de plan con gastos compartidos limitados	\$8,150.00	\$16,300.00
HMO Gold 005 Fuera de la Bolsa	\$6,500.00	\$13,000.00
HMO Gold 005	\$6,500.00	\$13,000.00
HMO Gold 005 Variación de plan sin gastos compartidos	\$0.00	\$0.00
HMO Gold 005 Variación de plan con gastos compartidos limitados	\$6,500.00	\$13,000.00
HMO Bronze 008 Plan de salud fuera de la bolsa con deducible alto	\$6,750.00	\$13,500.00
HMO Bronze 008 Plan de salud con deducible alto	\$6,750.00	\$13,500.00
HMO Bronze 008 Variación de plan sin gastos compartidos	\$0.00	\$0.00
HMO Bronze 008 Variación de plan con gastos compartidos limitados	\$6,750.00	\$13,500.00
HMO Silver 009 Fuera de la Bolsa	\$7,000.00	\$14,000.00
HMO Silver 009	\$7,000.00	\$14,000.00
HMO Silver 009 Variación de plan sin gastos compartidos	\$0 .00	\$0 .00
HMO Silver 009 Variación de plan con gastos compartidos limitados	\$7,000.00	\$14,000.00
HMO Silver 009 94	\$2,500.00	\$5,000.00
HMO Silver 009 87	\$2,700.00	\$5,400.00
HMO Silver 009 73	\$6,000.00	\$12,000.00

Multa por medicamento de marca cuando hay un genérico disponible

Community Health Choice exige a sus miembros que utilicen medicamentos genéricos cuando haya uno disponible. Si se dispensa un medicamento de marca cuando uno genérico está disponible (marca de diferentes proveedores), el miembro pagará el copago correspondiente además de la diferencia de precio entre el medicamento de marca y el genérico, independientemente de que la receta del médico indique que se debe dispensar el medicamento de marca. Este monto no se tomará como parte del monto máximo de gasto directo de bolsillo del miembro.

Servicios de pedidos por correo:

El servicio de pedidos por correo le permite recibir medicamentos de mantenimiento hasta para 90 días. No todos los medicamentos de mantenimiento están disponibles por pedidos por correo. Este programa es parte de su beneficio de farmacia y es **voluntario**.

Suministro de medicamento para 90 días en farmacias con servicio de correo dentro de la red

Grupo	Monto del copago		
	Nivel 1 Productos genéricos y de marca de menor costo	Nivel 2 Marca preferida y genéricos de mayor costo	Nivel 3 Marca no preferida (puede incluir productos de marca y genéricos)
HMO Bronze 003 Fuera de la Bolsa	\$37.5 Todos los genéricos de Nivel 1 omiten el deducible	\$175 Después del deducible	\$300 Después del deducible
HMO Bronze 003	\$37.5 Todos los genéricos de Nivel 1 omiten el deducible	\$175 Después del deducible	\$300 Después del deducible
HMO Bronze 003 Variación de plan sin gastos compartidos	\$0	\$0	\$0
HMO Bronze 003 Variación de plan con gastos compartidos limitados	\$37.5 Todos los genéricos de Nivel 1 omiten el deducible	\$175 Después del deducible	\$300 Después del deducible
	\$0 cuando sea surtido por un proveedor de Indian Health Service		
HMO Silver 004 Fuera de la Bolsa	\$25 Todos los genéricos de Nivel 1 omiten el deducible	\$150 Después del deducible	\$250 Después del deducible
HMO Silver 004	\$25 Todos los genéricos de Nivel 1 omiten el deducible	\$150 Después del deducible	\$250 Después del deducible
HMO Silver 004 Variación de plan sin gastos compartidos	\$0	\$0	\$0

HMO Silver 004 Variación de plan con gastos compartidos limitados	\$25 Todos los genéricos de Nivel 1 omiten el deducible	\$150 Después del deducible	\$250 Después del deducible
	\$0 cuando sea surtido por un proveedor de Indian Health Service		
HMO Silver 004 94	\$12.50	\$50	\$100
HMO Silver 004 87	\$25	\$125.00	\$212.50
HMO Silver 004 73	\$25 Todos los genéricos de Nivel 1 omiten el deducible	\$125 Después del deducible	\$225 Después del deducible
HMO Gold 001 Fuera de la Bolsa	\$50.00	\$100	\$200
HMO Gold 001	\$50.00	\$100	\$200
HMO Gold 001 Variación de plan sin gastos compartidos	\$0	\$0	\$0
HMO Gold 001 Variación de plan con gastos compartidos limitados	\$50.00	\$100	\$200
	\$0 cuando sea surtido por un proveedor de Indian Health Service		
HMO Gold 005 Fuera de la Bolsa	\$25 Todos los genéricos de Nivel 1 omiten el deducible	\$100 Después del deducible	\$175 Después del deducible
HMO Gold 005	\$25 Todos los genéricos de Nivel 1 omiten el deducible	\$100 Después del deducible	\$175 Después del deducible
HMO Gold 005 Variación de plan sin gastos compartidos	\$0	\$0	\$0
HMO Gold 005 Variación de plan con gastos compartidos limitados	\$25 Todos los genéricos de Nivel 1 omiten el deducible	\$100 Después del deducible	\$175 Después del deducible
	\$0 cuando sea surtido por un proveedor de Indian Health Service		
HMO Bronze 008 Plan de salud fuera de la bolsa con deducible alto	Sin cargos después del deducible	Sin cargos después del deducible	Sin cargos después del deducible
HMO Bronze 008 Plan de salud con deducible alto	Sin cargos después del deducible	Sin cargos después del deducible	Sin cargos después del deducible
HMO Bronze 008 Variación de plan sin gastos compartidos	\$0	\$0	\$0
HMO Bronze 008 Variación de plan con gastos compartidos limitados	Sin cargos después del deducible	Sin cargos después del deducible	Sin cargos después del deducible

HMO Silver 009 Fuera de la Bolsa	\$37.50 Todos los genéricos de Nivel 1 omiten el deducible	\$175 Después del deducible	\$300 Después del deducible
HMO Silver 009	\$37.50 Todos los genéricos de Nivel 1 omiten el deducible	\$175 Después del deducible	\$300 Después del deducible
HMO Silver 009 Variación de plan sin gastos compartidos	\$0	\$0	\$0
HMO Silver 009 Variación de plan con gastos compartidos limitados	\$37.50 Todos los genéricos de Nivel 1 omiten el deducible	\$175 Después del deducible	\$300 Después del deducible
HMO Silver 009 94	\$12.50	\$50	\$100
HMO Silver 009 87	\$25	\$125.00	\$212.50
HMO Silver 009 73	\$25 Todos los genéricos de Nivel 1 omiten el deducible	\$125 Después del deducible	\$250 Después del deducible

RxCENTS (Partición de comprimidos como ahorro habilitado)

A través de este programa, los miembros pagan solo la mitad de su copago usual de un grupo selecto de medicamentos recetados. Este programa es parte de su beneficio de farmacia y es **voluntario**.

Farmacia especializada

Navitus SpecialtyRx ayuda a los miembros que toman medicamentos para ciertas enfermedades crónicas o con enfermedades complejas mediante servicios que les brindan conveniencia y apoyo. Este programa es parte de su beneficio de farmacia y es **obligatorio**.

Medicamento para 1 a 30 días en farmacias especializadas dentro de la red

Grupo	Monto del coaseguro
HMO Bronze 003 Fuera de la Bolsa	45% de coseguro después del deducible
HMO Bronze 003	45% de coseguro después del deducible
HMO Bronze 003 Variación de plan sin gastos compartidos	\$0
HMO Bronze 003 Variación de plan con gastos compartidos limitados	45% de coseguro después del deducible \$0 cuando sea surtido por un Proveedor de Indian Health Service
HMO Silver 004 Fuera de la Bolsa	45% de coseguro después del deducible
HMO Silver 004	45% de coseguro después del deducible
HMO Silver 004 Variación de plan sin gastos compartidos	\$0
HMO Silver 004 Variación de plan con gastos compartidos limitados	45% de coseguro después del deducible \$0 cuando sea surtido por un proveedor de Indian Health Service
HMO Silver 004 94	20% de coseguro

HMO Silver 004 87	30% de coseguro
HMO Silver 004 73	40% de coseguro después del deducible
HMO Gold 001 Fuera de la Bolsa	30% de coseguro
HMO Gold 001	30% de coseguro
HMO Gold 001 Variación de plan sin gastos compartidos	\$0
HMO Gold 001 Variación de plan con gastos compartidos limitados	30% de coseguro \$0 cuando sea surtido por un proveedor de Indian Health Service
HMO Gold 005 Fuera de la Bolsa	30% de coseguro después del deducible
HMO Gold 005	30% de coseguro después del deducible
HMO Gold 005 Variación de plan sin gastos compartidos	\$0
HMO Gold 005 Variación de plan con gastos compartidos limitados	30% de coseguro después del deducible \$0 cuando sea surtido por un Proveedor de Indian Health Service
HMO Bronze 008 Plan de salud fuera de la bolsa con deducible alto	\$0 después del deducible
HMO Bronze 008 Plan de salud con deducible alto	\$0 después del deducible
HMO Bronze 008 Variación de plan sin gastos compartidos	\$0
HMO Bronze 008 Variación de plan con gastos compartidos limitados	\$0 después del deducible
HMO Silver 009 Fuera de la Bolsa	45% de coseguro después del deducible
HMO Silver 009	45% de coseguro después del deducible
HMO Silver 009 Variación de plan sin gastos compartidos	\$0
HMO Silver 009 Variación de plan con gastos compartidos limitados	45% de coseguro después del deducible \$0 cuando sea surtido por un proveedor de Indian Health Service
HMO Silver 009 94	20% de coseguro
HMO Silver 009 87	30% de coseguro
HMO Silver 009 73	45% de coseguro después del deducible

Programa de vacunación

El programa de vacunación de Navitus les permite a los miembros recibir vacunas selectas en farmacias de la red participantes con un copago de \$0.00. Este programa es parte de su beneficio de farmacia y es **voluntario**.

Exclusiones

Esta es una lista parcial de las limitaciones y las exclusiones. Una lista completa se encuentra disponible en el Manual de miembro y prueba de cobertura, el documento según el cual se determinarán los pagos de beneficios. Este documento está disponible en el sitio web Community Health Choice web, www.CommunityCares.com.

A menos que se indique específicamente lo contrario, no se brindarán beneficios para o debidos a los siguientes artículos:

1. Medicamentos que no están incluidos en el Formulario de medicamentos
2. Medicamentos recetados que no se consideran médicamente necesarios según el plan de salud calificado
3. Cualquier medicamento considerado como experimental, en investigación o con fines de investigación, aunque la persona cubierta deba hacer un pago

4. Dispositivos o aparatos terapéuticos, excepto como se indica expresamente en el documento Manual de miembro y prueba de cobertura (contrato), incluidos, entre otros:
 - a. Jeringas y agujas hipodérmicas, a excepción de jeringas y agujas para usar con insulina y medicamentos inyectables autoadministrados cuya cobertura está aprobada por el Mercado de Seguros Médicos de Community Health Choice
 - b. Prendas de soporte
 - c. Bombas mecánicas para el suministro de medicamentos
 - d. Otras sustancias no médicas
5. Anorexígenos o cualquier medicamento para el control de peso
6. Cualquier medicamento que se use con fines estéticos.
7. Medicamentos que se surten sin receta
8. Servicios por esterilidad, incluyendo medicamentos
9. Cualquier medicamento recetado por impotencia o disfunción sexual, por ejemplo, Viagra
10. Resurtidos de receta:
 - a. Más de la cantidad especificada por el profesional médico
 - b. Dispensadas más de un año desde la fecha del pedido original
11. Cualquier parte de un medicamento para el cual se requiere autorización previa o tratamiento escalonado y no se obtuvo
12. Cualquier medicamento que reciba la persona cubierta:
 - a. Antes de estar cubierto por este beneficio
 - b. Después de la fecha en que la cobertura de la persona cubierta ha finalizado
13. Cualquier gasto relacionado con el envío de medicamentos recetados
14. Cualquier receta o resurtido de medicamentos que se hayan perdido, volcado, arruinado o dañado o que hayan sido robados

Estas limitaciones y exclusiones se aplican incluso si un profesional médico ha realizado o recetado un procedimiento, tratamiento o suministro médicamente adecuado. Esto no evita que su profesional médico le proporcione o realice el tratamiento o suministro; sin embargo, el procedimiento o tratamiento no será un gasto cubierto.