



Mercado de Seguros Médicos
de Community Health Choice

FOLLETO DE BENEFICIO DE FARMACIA





SU BENEFICIO DE FARMACIA

Bienvenido a Navitus Health Solutions, administrador del beneficio de farmacia de Community Health Choice. Estamos comprometidos con disminuir los costos de medicamentos, mejorar la salud y brindar servicio de calidad superior. Este folleto contiene información de importancia acerca de su beneficio de farmacia.

¡Esperamos servirlo!

Calendario del beneficio de farmacia	2
Surtido de su receta médica	11
Datos del formulario	12
Pedidos por correo	13
Preguntas frecuentes	15
Términos comunes	19

ATENCIÓN AL CLIENTE

HORARIO:

Las 24 horas del día | los 7 días de la semana

1-866-333-2757 (número gratuito)

TTY (número gratuito) 711

DIRECCIÓN POSTAL:

Navitus Health Solutions

P.O. Box 999 | Appleton, WI 54912-0999

SITIO WEB:

www.navitus.com

CALENDARIO DEL BENEFICIO DE FARMACIA

FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA DEL BENEFICIO 1 de enero de 2020	TIPO DE BENEFICIO Mercado de Seguros Médicos
---	--

Grupo	Farmacia minorista de la red Suministro de 1 a 30 días			Farmacia minorista de la red Suministro de 90 días		
	Nivel 1 Productos genéricos y productos 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 productos 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 Ningún genérico de Nivel 1 paga deducible	\$70 Después del deducible	\$120 Después del deducible	\$45 Ningún genérico de Nivel 1 paga deducible	\$210 Después del deducible	\$360 Después del deducible
HMO Bronze 003	\$15 Ningún genérico de Nivel 1 paga deducible	\$70 Después del deducible	\$120 Después del deducible	\$45 Ningún genérico de Nivel 1 paga deducible	\$210 Después del deducible	\$360 Después del deducible
Variación de plan sin gastos compartidos HMO Bronze 003	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Variación de plan con gastos compartidos limitados HMO Bronze 003	\$15 Ningún genérico de Nivel 1 paga deducible	\$70 Después del deducible	\$120 Después del deducible	\$45 Ningún genérico de Nivel 1 paga 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 Ningún genérico de Nivel 1 paga deducible	\$60 Después del deducible	\$100 Después del deducible	\$30 Ningún genérico de Nivel 1 paga deducible	\$180 Después del deducible	\$300 Después del deducible
HMO Silver 004	\$10 Ningún genérico de Nivel 1 paga deducible	\$60 Después del deducible	\$100 Después del deducible	\$30 Ningún genérico de Nivel 1 paga deducible	\$180 Después del deducible	\$300 Después del deducible

Variación de plan sin gastos compartidos HMO Silver 004	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Variación de plan con gastos compartidos limitados HMO Silver 004	\$10 Ningún genérico de Nivel 1 paga deducible	\$60 Después del deducible	\$100 Después del deducible	\$30 Ningún genérico de Nivel 1 paga 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 Ningún genérico de Nivel 1 paga deducible	\$50 Después del deducible	\$90 Después del deducible	\$30 Ningún genérico de Nivel 1 paga 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
Variación de plan sin gastos compartidos HMO Gold 001	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Variación de plan con gastos compartidos limitados HMO Gold 001	\$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 Ningún genérico de Nivel 1 paga deducible	\$40 Después del deducible	\$70 Después del deducible	\$30 Ningún genérico de Nivel 1 paga deducible	\$120 Después del deducible	\$210 Después del deducible
HMO Gold 005	\$10 Ningún genérico de Nivel 1 paga deducible	\$40 Después del deducible	\$70 Después del deducible	\$30 Ningún genérico de Nivel 1 paga deducible	\$120 Después del deducible	\$210 Después del deducible
Variación de plan sin gastos compartidos HMO Gold 005	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Variación de plan con gastos compartidos limitados HMO Gold 005	\$10 Ningún genérico de Nivel 1 paga deducible	\$40 Después del deducible	\$70 Después del deducible	\$30 Ningún genérico de Nivel 1 paga deducible	\$120 Después del deducible	\$210 Después del deducible
	\$0 cuando sea surtido por un proveedor de Indian Health Service					

Plan de salud con deducible alto fuera de la bolsa HMO Bronze 008	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
Plan de salud con deducible alto HMO Bronze 008	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
Variación de plan sin gastos compartidos HMO Bronze 008	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Variación de plan con gastos compartidos limitados HMO Bronze 008	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 Silver 009 Fuera de la Bolsa	\$15 Ningún genérico de Nivel 1 paga deducible	\$70 Después del deducible	\$120 Después del deducible	\$45 Ningún genérico de Nivel 1 paga deducible	\$210 Después del deducible	\$360 Después del deducible
HMO Silver 009	\$15 Ningún genérico de Nivel 1 paga deducible	\$70 Después del deducible	\$120 Después del deducible	\$45 Ningún genérico de Nivel 1 paga deducible	\$210 Después del deducible	\$360 Después del deducible
Variación de plan sin gastos compartidos HMO Silver 009	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Variación de plan con gastos compartidos limitados HMO Silver 009	\$15 Ningún genérico de Nivel 1 paga deducible	\$70 Después del deducible	\$120 Después del deducible	\$45 Ningún genérico de Nivel 1 paga 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 Ningún genérico de Nivel 1 paga deducible	\$50 Después del deducible	\$100 Después del deducible	\$30 Ningún genérico de Nivel 1 paga deducible	\$150 Después del deducible	\$300 Después del deducible

El monto máximo de gasto directo de bolsillo (OOP) anual 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 OOP.

Grupo	Monto de OOP individual	Monto de OOP familiar
HMO Bronze 003 Fuera de la Bolsa	\$8,150.00	\$16,300.00
HMO Bronze 003	\$8,150.00	\$16,300.00
Variación de plan sin gastos compartidos HMO Bronze 003	\$0.00	\$0.00
Variación de plan con gastos compartidos limitados HMO Bronze 003	\$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
Variación de plan sin gastos compartidos HMO Silver 004	\$0.00	\$0.00
Variación de plan con gastos compartidos limitados HMO Silver 004	\$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
Variación de plan sin gastos compartidos HMO Gold 001	\$0.00	\$0.00
Variación de plan con gastos compartidos limitados HMO Gold 001	\$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
Variación de plan sin gastos compartidos HMO Gold 005	\$0.00	\$0.00
Variación de plan con gastos compartidos limitados HMO Gold 005	\$6,500.00	\$13,000.00
Plan de salud con deducible alto fuera de la bolsa HMO Bronze 008	\$6,750.00	\$13,500.00
Plan de salud con deducible alto HMO Bronze 008	\$6,750.00	\$13,500.00
Variación de plan sin gastos compartidos HMO Bronze 008	\$0.00	\$0.00
Variación de plan con gastos compartidos limitados HMO Bronze 008	\$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
Variación de plan sin gastos compartidos HMO Silver 009	\$0 .00	\$0 .00
Variación de plan con gastos compartidos limitados HMO Silver 009	\$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

Sanción por utilizar un medicamento de marca cuando hay uno 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.

Servicio de pedidos por correo

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

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

Grupo	Monto del copago		
	Nivel 1 Productos genéricos y productos 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 Ningún genérico de Nivel 1 paga deducible	\$175 Después del deducible	\$300 Después del deducible
HMO Bronze 003	\$37.5 Ningún genérico de Nivel 1 paga deducible	\$175 Después del deducible	\$300 Después del deducible
Variación de plan sin gastos compartidos HMO Bronze 003	\$0	\$0	\$0
Variación de plan con gastos compartidos limitados HMO Bronze 003	\$37.5 Ningún genérico de Nivel 1 paga 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 Ningún genérico de Nivel 1 paga deducible	\$150 Después del deducible	\$250 Después del deducible
HMO Silver 004	\$25 Ningún genérico de Nivel 1 paga deducible	\$150 Después del deducible	\$250 Después del deducible
Variación de plan sin gastos compartidos HMO Silver 004	\$0	\$0	\$0
Variación de plan con gastos compartidos limitados HMO Silver 004	\$25 Ningún genérico de Nivel 1 paga 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 Ningún genérico de Nivel 1 paga 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
Variación de plan sin gastos compartidos HMO Gold 001	\$0	\$0	\$0
Variación de plan con gastos compartidos limitados HMO Gold 001	\$50.00	\$100	\$200
	\$0 cuando sea surtido por un proveedor de Indian Health Service		
HMO Gold 005 Fuera de la Bolsa	\$25 Ningún genérico de Nivel 1 paga deducible	\$100 Después del deducible	\$175 Después del deducible
HMO Gold 005	\$25 Ningún genérico de Nivel 1 paga deducible	\$100 Después del deducible	\$175 Después del deducible
Variación de plan sin gastos compartidos HMO Gold 005	\$0	\$0	\$0
Variación de plan con gastos compartidos limitados HMO Gold 005	\$25 Ningún genérico de Nivel 1 paga deducible	\$100 Después del deducible	\$175 Después del deducible
	\$0 cuando sea surtido por un proveedor de Indian Health Service		
Plan de salud con deducible alto fuera de la bolsa HMO Bronze 008	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible
Plan de salud con deducible alto HMO Bronze 008	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible
Variación de plan sin gastos compartidos HMO Bronze 008	\$0	\$0	\$0
Variación de plan con gastos compartidos limitados HMO Bronze 008	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible
HMO Silver 009 Fuera de la Bolsa	\$37.50 Ningún genérico de Nivel 1 paga deducible	\$175 Después del deducible	\$300 Después del deducible
HMO Silver 009	\$37.50 Ningún genérico de Nivel 1 paga deducible	\$175 Después del deducible	\$300 Después del deducible
Variación de plan sin gastos compartidos HMO Silver 009	\$0	\$0	\$0

Variación de plan con gastos compartidos limitados HMO Silver 009	\$37.50 Ningún genérico de Nivel 1 paga 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 Ningún genérico de Nivel 1 paga deducible	\$125 Después del deducible	\$250 Después del deducible

RxCENTS (ahorros de Tablet Splitting [partir tabletas])

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 complejas mediante servicios que les brindan conveniencia y apoyo. Este programa es parte de su beneficio de farmacia y es **obligatorio**.

Suministro 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 coaseguro después del deducible
HMO Bronze 003	45% de coaseguro después del deducible
Variación de plan sin gastos compartidos HMO Bronze 003	\$0
Variación de plan con gastos compartidos limitados HMO Bronze 003	45% de coaseguro después del deducible \$0 cuando sea surtido por un proveedor de Indian Health Service
HMO Silver 004 Fuera de la Bolsa	45% de coaseguro después del deducible
HMO Silver 004	45% de coaseguro después del deducible
Variación de plan sin gastos compartidos HMO Silver 004	\$0
Variación de plan con gastos compartidos limitados HMO Silver 004	45% de coaseguro después del deducible \$0 cuando sea surtido por un proveedor de Indian Health Service
HMO Silver 004 94	20% de coaseguro
HMO Silver 004 87	30% de coaseguro
HMO Silver 004 73	40% de coaseguro después del deducible
HMO Gold 001 Fuera de la Bolsa	30% de coaseguro
HMO Gold 001	30% de coaseguro
Variación de plan sin gastos compartidos HMO Gold 001	\$0
Variación de plan con gastos compartidos limitados HMO Gold 001	30% de coaseguro \$0 cuando sea surtido por un proveedor de Indian Health Service
HMO Gold 005 Fuera de la Bolsa	30% de coaseguro después del deducible
HMO Gold 005	30% de coaseguro después del deducible

Variación de plan sin gastos compartidos HMO Gold 005	\$0
Variación de plan con gastos compartidos limitados HMO Gold 005	30% de coaseguro después del deducible \$0 cuando sea surtido por un proveedor de Indian Health Service
Plan de salud con deducible alto fuera de la bolsa HMO Bronze 008	\$0 después del deducible
Plan de salud con deducible alto HMO Bronze 008	\$0 después del deducible
Variación de plan sin gastos compartidos HMO Bronze 008	\$0
Variación de plan con gastos compartidos limitados HMO Bronze 008	\$0 después del deducible
HMO Silver 009 Fuera de la Bolsa	45% de coaseguro después del deducible
HMO Silver 009	45% de coaseguro después del deducible
Variación de plan sin gastos compartidos HMO Silver 009	\$0
Variación de plan con gastos compartidos limitados HMO Silver 009	45% de coaseguro después del deducible \$0 cuando sea surtido por un proveedor de Indian Health Service
HMO Silver 009 94	20% de coaseguro
HMO Silver 009 87	30% de coaseguro
HMO Silver 009 73	45% de coaseguro 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 exclusiones. Una lista completa se encuentra disponible en el documento Evidencia de cobertura y Manual del miembro, según el que se determinarán los pagos de beneficios. Este documento está disponible en el sitio web de Community Health Choice: www.CommunityCares.com.

A menos que se indique específicamente lo contrario, no se brindarán beneficios para o a cuenta de 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 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 Evidencia de cobertura y Manual del miembro (contrato), incluidos, entre otros:
 - a. Jeringas y agujas hipodérmicas, a excepción de jeringas y agujas para usar con insulina y medicamentos inyectables para administración del paciente cuya cobertura está aprobada por el Mercado de Seguros Médicos de Community Health Choice
 - b. Prendas de compresión
 - 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 usa con fines estéticos
7. Medicamentos que se surten sin receta
8. Servicios por esterilidad, incluidos medicamentos
9. Cualquier medicamento recetado para la impotencia o disfunción sexual; por ejemplo, Viagra
10. Resurtido de recetas:
 - 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.

SURTIDO DE SU RECETA MÉDICA



Surtido de su receta en una farmacia de la red

El primer paso para surtir su receta es decidirse por una farmacia participante. En muchos casos, puede continuar usando la farmacia que acostumbra a visitar. Vea una lista completa en el sitio web para miembros. Puede encontrar información sobre cómo obtener acceso al sitio web para miembros en la sección de Preguntas frecuentes de este folleto.

Uso de su tarjeta de identificación de beneficios médicos

Usted no necesitará una tarjeta de identificación de beneficio de farmacia por separado. Su tarjeta de beneficios médicos contiene información acerca de su beneficio de farmacia. Presente su tarjeta de beneficios médicos en la farmacia cuando resurta su receta. Si desea determinar su copago antes de ir a la farmacia, llame al número gratuito de Atención al cliente.

Cómo recibir sus medicamentos a través de pedidos por correo

Nuestro servicio de pedidos por correo le brinda una manera sencilla de obtener sus medicamentos de mantenimiento o de uso a largo plazo. Los medicamentos le son entregados en su puerta, lo que le ahorra un viaje a la farmacia. Si desea obtener más información sobre cómo empezar a usar nuestro servicio de pedidos por correo, visite www.navitus.com > **Members (Miembros)** > **Member Login (Inicio de sesión para miembros)** o comuníquese con Atención al cliente de Navitus.

Cómo presentar una reclamación

En caso de una emergencia, podría ser necesario que solicite el reembolso de recetas que surtió y pagó de su propio bolsillo. A fin de presentar una reclamación, debe proporcionar información específica sobre la receta, la razón por la que solicita el reembolso y todo pago que haya hecho un asegurador primario. Llene el formulario de reclamación apropiado y envíelo por correo, junto con el recibo de compra, a:

Navitus Health Solutions
Operations Division - Claims
P.O. Box 999,
Appleton, WI 54912-0999

Los formularios de reclamación están disponibles en el sitio web para miembros o llamando a atención al cliente.

DATOS DEL FORMULARIO



Acerca de los formularios de medicamentos

Un formulario es una lista completa de medicamentos preferidos que un comité de médicos y farmacéuticos elige sobre la base de su calidad y eficacia. El formulario de medicamentos sirve como guía para la comunidad de proveedores de la salud, al identificar cuáles son los medicamentos cubiertos. Se actualiza con regularidad e incluye medicamentos de marca y genéricos.

Selección de los medicamentos para su formulario

Un grupo independiente de médicos y farmacéuticos se reúne con regularidad durante el año para revisar y seleccionar medicamentos para su formulario que sean seguros, eficaces y asequibles. El comité evalúa los medicamentos según su valor terapéutico, efectos secundarios y costo, en comparación con medicamentos similares. De acuerdo a la revisión que hace el comité de medicamentos nuevos y existentes, se evalúa su formulario para asegurarnos de que esté actualizado.

Cómo verificar su formulario

Su formulario está en el sitio web de Navitus, a través del portal para miembros. Puede tener acceso al portal para miembros si visita www.navitus.com > **Members (Miembros)** > **Member Login (Inicio de sesión para miembros)**. En el formulario, puede buscar un medicamento específico. También puede ver la lista alfabéticamente o por categoría de uso. Asimismo, se incluye información acerca de qué productos farmacéuticos necesitan autorización previa o tienen límites de cantidad. El formulario es una lista resumida y no incluye todos los medicamentos cubiertos. La cobertura o el nivel de cada medicamento se indican en el formulario; sin embargo, no se incluye el importe en dólares a pagar por cada medicamento. Vea más información en el Calendario del beneficio de farmacia incluido en este folleto, que incluye el monto compartido que paga por cada medicamento.

Cambios a su formulario

Su formulario se evalúa de forma continua y podría cambiar. Navitus no envía avisos cada vez que un medicamento de marca se vuelve disponible como medicamento genérico. El farmacéutico usualmente le proporciona esta información cuando surte la receta siguiente. Si tiene más preguntas acerca del formulario o su costo compartido, comuníquese con Atención al cliente de Navitus.

PEDIDOS POR CORREO



Cómo obtener sus recetas a través de pedidos por correo

Navitus Health Solutions se ha asociado con Postal Prescription Services (PPS), empresa subsidiaria de The Kroger Co, para ofrecer servicios de pedidos por correo. Las recetas cubiertas como parte de su beneficio de farmacia se encuentran disponibles a través de pedidos por correo. Recomendamos usar el servicio de pedidos por correo únicamente para medicamentos de mantenimiento (de uso a largo plazo). Recomendamos usar una farmacia minorista para medicamentos necesarios a corto plazo (p. ej., antibióticos para una enfermedad de breve duración).

Es fácil empezar:

Paso 1: Inscripción

Complete el proceso de inscripción para pedidos por correo por Internet en **www.ppsrx.com**.

También puede comunicarse telefónicamente con Atención al cliente de PPS. Puede contactarlos al número gratuito 1-800-552-6694.

Paso 2: Surtido de su receta médica

Envíe por correo la receta original a PPS con su formulario de inscripción o solicite a su proveedor del cuidado de la salud que envíe la receta directamente a PPS. Su proveedor puede enviar la receta a PPS mediante las siguientes opciones:

- **Por Internet:** www.ppsrx.com
- **Por teléfono:** 1-800-552-6694
- **Por fax:** 1-800-723-9023
- **Por correo:** PPS Prescription Services, P.O. Box 2718
Portland, OR 97208-2718
- **Receta electrónica:** NABP 3812674

Paso 3: Pago

Puede realizar su copago por teléfono, llamando al 1-800-552-6694, o por correo. PPS acepta cheques personales, giros postales y la mayoría de las tarjetas de crédito principales.

Cómo obtener resurtidos

Después de recibir su primera receta a través de pedidos por correo, puede solicitar su resurtido mediante cualquiera de los siguientes métodos:

- **Por Internet:** www.ppsrx.com
- **Por teléfono:** 1-800-552-6694

Los horarios de Atención al cliente son de lunes a viernes, de 6:00 a.m. a 6:00 p.m., hora estándar del Pacífico, y los sábados, de 9:00 a.m. a 2:00 p.m., hora estándar del Pacífico.

Inclusión voluntaria en el programa de recordatorios de resurtidos

Puede comunicarse con PPS y pedir que lo incluyan en el programa de recordatorios de resurtidos una vez que tenga una receta preparada.

- Comuníquese con PPS al 1-800-552-6694 y dígales que le gustaría que lo incluyan en el programa de recordatorios de resurtidos.
- Dígale al representante si prefiere recibir notificaciones por mensaje de texto o por correo electrónico.
- Una vez registrada su elección, usted recibirá un recordatorio de resurtido con los últimos cuatro dígitos de la/s receta/s a resurtir.
- Llame a PPS al 1-800-552-6694 o **visite ppsrx.com** para resurtir la/s receta/s.
- Los resurtidos de recetas se enviarán dentro de 24 a 48 horas.

Espere un plazo de 7 a 10 días para recibir su receta. Las recetas no se pueden enviar por correo fuera de Estados Unidos. Las excepciones incluyen los territorios, protectorados e instalaciones militares estadounidenses.

PREGUNTAS FRECUENTES



¿Qué es Navitus?

Navitus Health Solutions es su administrador de beneficios de farmacia (Pharmacy Benefits Manager, PBM).

¿Qué es un administrador de beneficios de farmacia?

Un PBM dirige los programas de medicamentos recetados y procesa las reclamaciones de recetas al negociar los costos de los medicamentos con los fabricantes, celebrar contratos con farmacias, y crear y mantener los formularios de medicamentos. Estas estrategias de ahorro de costos ayudan a mantener bajos los costos de los medicamentos y fomentan la buena salud de los miembros.

¿Con quién debo comunicarme en relación con preguntas o problemas fuera del horario normal de Atención al cliente? ¿Con quién debe comunicarse mi farmacéutico?

Puede encontrar la lista de medicamentos preferidos, lista de farmacias participantes y otra información relacionada con su beneficio de farmacia en www.navitus.com, a través del portal para miembros Navi-Gate for Members®. También puede llamar a Atención al cliente de Navitus al número gratuito 1-866-333-2757 y hacer las preguntas que tenga acerca de su beneficio de farmacia.

¿Dónde puedo encontrar mi formulario?

La lista de los medicamentos cubiertos por su beneficio se encuentra disponible en nuestro sitio web; visite www.navitus.com > **Members (Miembros)** > **Member Login (Inicio de sesión para miembros)**.

¿Puedo usar mi tarjeta del plan de salud para surtir recetas en mi farmacia?

Sí; Community Health Choice le ha proporcionado una tarjeta de identificación para atención médica/ medicamentos recetados combinada. Presente su tarjeta de identificación de Community Health Choice cuando desee surtir sus recetas en su farmacia y en todas sus citas médicas. Puede solicitar tarjetas de reposición de Community Health Choice si llama a Atención al cliente al número gratuito 1-855-315-5386.

¿A quién debo llamar para cambiar la información de mi tarjeta de identificación?

Si es necesario modificar la información en su tarjeta de identificación, comuníquese con Community Health Choice llamando al número gratuito 1-855-315-5386. Se le enviará por correo una nueva tarjeta de identificación y deberá recibirla dentro de los 7 a 10 días calendario siguientes a partir de su solicitud.

¿Cómo surto una receta cuando estoy en un viaje de negocios o de placer?

Si viaja por menos de un mes, en cualquier farmacia de la red de Navitus puede hacer los arreglos por anticipado para que tenga un mes adicional de suministro de su medicamento. Se aplicará un copago.

Si viaja por más de un mes, puede solicitar a su farmacia que transfiera su receta a otra farmacia de la red localizada en el área a la cual viajará. Visite www.navitus.com para obtener instrucciones sobre cómo surtir recetas mientras viaja. También puede comunicarse con Atención al cliente llamando al número gratuito 1-866-333-2757.

¿Se me pueden enviar mis recetas por correo mientras estoy fuera de Estados Unidos?

No, los medicamentos no se pueden enviar legalmente por correo desde una farmacia de pedidos por correo o cualquier farmacia en Estados Unidos a ubicaciones que están fuera de territorios estadounidenses, con la excepción de territorios, protectorados e instalaciones militares estadounidenses.

¿Cómo uso el programa SpecialtyRx de Navitus?

SpecialtyRx de Navitus trabaja con Lumicera Health Services para brindar servicios con el nivel de atención más alto. Recibirá atención personalizada de farmacéuticos capacitados. Responderán a sus preguntas sobre efectos secundarios y lo asesorarán para que mantenga el rumbo de su tratamiento. Con SpecialtyRx de Navitus, la entrega de sus medicamentos especializados es gratuita y se realiza en su puerta o en el consultorio del profesional que le prescribe las recetas por medio de distintos métodos de envío, según los requisitos del medicamento que usted esté tomando. La entrega al día siguiente como prioridad está disponible y se requiere para ciertos medicamentos. Si desea empezar a usar SpecialtyRx de Navitus, llame al número gratuito 1-855-847-3553. Coordinaremos con el profesional de la salud para sus recetas actuales o futuras de medicamentos especializados.

¿Cómo funciona el programa RxCENTS (Tablet Splitting)?

Son dos las formas en que puede empezar a usar el programa Tablet Splitting:

1. Llame a su médico y pregúntele acerca del programa RxCENTS. Su médico puede actualizar la receta con su farmacia.
2. Pida a su farmacéutico que lo ayude a cambiar su receta a otro medicamento que se pueda partir con el programa Tablet Splitting de Navitus.

Navitus no requiere que se partan las tabletas, sino que lo ofrece simplemente como una manera de ayudar al control de costos. Si tiene preguntas o le gustaría tener un cortador de tabletas, comuníquese con Atención al cliente de Navitus llamando al número gratuito 1-866-333-2757.

¿Cómo puedo realizar un reclamo o presentar una apelación?

Si tiene una inquietud y necesita realizar un reclamo o presentar una apelación, comuníquese con Community Health Choice al 1-713-295-6704 o al 1-855-315-5386. Si su problema o inquietud no se resuelve mediante una llamada a Community Health Choice, usted tiene derecho a presentar una apelación por escrito a Community Health Choice. Envíe esta apelación, junto con la información relacionada de su médico, a:

POR CORREO Community Health Choice, Inc.
Attn: Appeals Coordinator
2636 South Loop West, Suite 125
Houston, TX 77054

POR FAX Community Health Choice, Inc.
713-295-7033
Attn: Appeals Coordinator

Language Assistance

Community Health Choice, Inc. is required by federal law to provide the following information.

1. Arabic	يتضمن هذا الإشعار معلومات مهمة. وتتعلق هذه المعلومات الهامة في الإشعار بخصوص طلبك أو التغطية تحت التأمين الصحي Community Health Choice. ابحث عن التواريخ الهامة في هذا الإشعار. قد تحتاج لاتخاذ إجراءات قبل مواعيد محددة للحفاظ على تأمينك الصحي أو مساعدتك في دفع التكاليف. لديك الحق في الحصول على هذه المعلومات والمساعدة بلغتك دون أي تكلفة. اتصل على 1.855.315.5386.
2. Chinese	本通知有重要信息。本通知包含關於您透過Community Health Choice提交的申請或保險的重要訊息。請留意本通知內的重要日期。您可能需要在截止日期之前採取行動，以保留您的健康保險或費用補貼。您有權免費以您的母語得到本訊息和幫助。請撥電話 1.855.315.5386。
3. English	This Notice has Important Information. This notice has important information about your application or coverage through Community Health Choice. Look for key dates in this notice. You may need to take action by certain deadlines to keep your health coverage or help with costs. You have the right to get this information and help in your language at no cost. Call 1.855.315.5386.
4. French	Cet avis contient d'importantes informations. Cet avis contient d'importantes informations concernant votre demande ou votre couverture avec Community Health Choice. Consultez les dates figurant dans le présent avis car il est possible que vous ayez à prendre certaines mesures avant ces dates pour conserver votre assurance santé ou profiter de meilleurs coûts. Vous êtes en droit de recevoir ces informations et de bénéficier gratuitement d'une aide dans votre langue. Appelez le 1.855.315.5386.
5. German	Diese Mitteilung enthält wichtige Informationen. Diese Mitteilung enthält wichtige Informationen zu Ihrem Antrag auf Krankenversicherung bzw. Ihren Versicherungsschutz mit Community Health Choice. Achten Sie auf wichtige Termine in dieser Mitteilung. Eventuell müssen Sie zu bestimmten Stichtagen Maßnahmen ergreifen, um die Beibehaltung Ihres Versicherungsschutzes bzw. finanzieller Unterstützung zu gewährleisten. Sie haben ein Recht auf die kostenfreie Bereitstellung dieser Informationen und weiterer Unterstützung in Ihrer Sprache. Rufen Sie an unter 1.855.315.5386.
6. Gujarati	આ નોટિસમાં મહત્વની માહિતી છે. આ નોટિસમાં Community Health Choice દ્વારા તમારી અરજી અથવા કવરેજ વિશે મહત્વની જાણકારી છે. આ નોટિસમાં મહત્વની તારીખો માટે જુઓ. તમારા આરોગ્ય કવરેજને રાખવા અથવા ખર્ચ બાબતે મદદ કરવા માટે અમુક ચોક્કસ મુદત સુધી પગલાં લેવાની તમારે જરૂર પડી શકે છે. તમને કોઈ પણ ખર્ચ વિના તમારી ભાષામાં આ જાણકારી અને મદદ મેળવવાનો અધિકાર છે. 1.855.315.5386 પર કોલ કરો.
7. Hindi	इस सूचनामें महत्वपूर्ण जानकारी है। इस सूचनामें आपके आवेदन या Community Health Choice द्वारा कवरेज के बारे में महत्वपूर्ण जानकारी है। इस सूचना में महत्वपूर्ण तारीखों के लिए खोजिये। आप अपने स्वास्थ्यके कवरेज रखने के लिए या लागत के मदद के लिए निश्चित समय सीमासे कार्रवाई करना जरूरत हो सकती है। आपको अपनी भाषा में इस जानकारी और सहायता निःशुल्क प्राप्त करने का अधिकार है। 1.855.315.5386 बुलाइये।
8. Japanese	この通知には必要な情報が含まれています。この通知にはCommunity Health Choice の申請または補償範囲に関する重要な情報が含まれています。この通知に記載されている重要な日付をご確認ください。健康保険や有料サポートを維持するには、特定の期日までに行動を取らなければならない場合があります。ご希望の言語による情報とサポートが無料で提供されます。1.855.315.5386 までお電話ください。
9. Korean	이 통지서는 중요한 정보를 담고 있습니다. 이 통지서는 Community Health Choice를 통한 귀하의 신청이나 보험보장에 대해 중요한 정보를 담고 있습니다. 이 통지서에서 주요 날짜를 확인하십시오. 귀하의 건강보험 보장을 유지하거나 비용에서 도움을 받기 위해서는 일정한 마감일까지 조치를 취해야 할 수 있습니다. 귀하에게는, 이러한 정보를 받고 무료로 귀하의 언어로 도움을 받을 권리가 있습니다. 1.855.315.5386로 연락하십시오.
10. Laotian	ຫນັງສືແຈ້ງການນີ້ມີຂໍ້ມູນທີ່ສໍາຄັນ. ຫນັງສືແຈ້ງການນີ້ມີຂໍ້ມູນທີ່ສໍາຄັນກ່ຽວກັບໃບສະຫມັກຫຼືການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານໂດຍຜ່ານ Community Health Choice. ໃຫ້ຊອກຫາຂໍ້ມູນວັນທີ່ສໍາຄັນໃນຫນັງສືແຈ້ງການນີ້. ທ່ານອາດຈະຕ້ອງປະຕິບັດຜ່ານໃນກຳນົດເວລາເພື່ອທີ່ຈະຮັກສາການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບຂອງທ່ານຫຼືການຊ່ວຍເຫຼືອໃນເຮືອງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ມັນເປັນສິດທິຂອງທ່ານທີ່ຈະໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນຂ່າວສານນີ້ແລະການຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ໂທລະສັບ 1.855.315.5386.
11. Persian	این اطلاعیه حاوی اطلاعات مهمی می باشد. این اطلاعیه حاوی نکات مهمی درباره تقاضاتنامه و پوشش بیمه ای شما توسط Community Health Choice می باشد. به تاریخ های ذکر شده در این اطلاعیه توجه نمایید. به منظور برقرار نگه داشتن پوشش بیمه ای یا دریافت کمک هزینه، ممکن است نیاز باشد که تا مهلت های مقرر، اقداماتی را انجام دهید. حق شماست که این اطلاعات و کمک را بطور رایگان به زبان خودتان دریافت نمایید. با شماره تلفن 1.855.315.5386 تماس بگیرید.
12. Russian	Настоящее уведомление содержит важную информацию. Настоящее уведомление содержит важную информацию о вашем заявлении или страховом покрытии, предоставляемым Community Health Choice. Обратите внимание на основные даты, указанные в настоящем уведомлении. Возможно, будет необходимо предпринять действия до наступления конечного срока для сохранения страхового полиса или для получения помощи в оплате расходов. Вы имеете право на бесплатное получение этой информации и помощи на вашем языке. Звоните по телефону: 1.855.315.5386.

13. Spanish or Spanish Creole	Este aviso contiene información importante. Este aviso contiene información importante acerca de su solicitud o cobertura a través de Community Health Choice. Preste atención a las fechas clave que se incluyen en este aviso. Es posible que deba tomar alguna medida antes de determinadas fechas para mantener su cobertura médica o ayuda con los costos. Usted tiene derecho a recibir esta información y ayuda en su idioma sin costo alguno. Llame al teléfono 1.855.315.5386.
14. Tagalog	Ang Notisyang ito ay naglalaman ng Importanteng Impormasyon. Maayroon itong importanteng impormasyon tungkol sa inyong aplikasyon o pagpapaseguro sa pamamagitan Community Health Choice. Hanapin ang mga importanteng petsa sa notisyang ito. Maaaring may kailangan kayong gawin bago ang mga itinakdang deadline para manatiling nakaseguro o para matulungan kayo sa mga kailangang babayaran. Kayo ay may karapatang makatanggap nitong impormasyon at makatanggap ng pagsasalin sa inyong wika na wala kayong babayaran. Tawagan ang 1.855.315.5386.
15. Urdu	اس نوٹس میں اہم معلومات ہیں۔ اس نوٹس میں Community Health Choice کے ذریعے آپ کی درخواست یا بیمے کے تحفظ سے متعلق اہم معلومات ہیں۔ اس نوٹس میں اہم تاریخوں کو دیکھیے۔ اپنی صحت کے بیمے کے تحفظ کو برقرار رکھنے یا اخراجات میں مدد کے لیے آپ کو کچھ خاص تاریخوں تک کارروائی کرنے کی ضرورت ہو سکتی ہے۔ آپ کو ان معلومات اور مدد کو اپنی زبان میں مفت حاصل کرنے کا حق حاصل ہے۔ 1.855.315.5386 پر رابطہ کریں۔
16. Vietnamese	Thông báo này có Thông Tin Quan Trọng. Thông báo này có thông tin quan trọng về mẫu đơn của bạn hoặc bảo hiểm qua chương trình Community Health Choice. Xem những ngày quan trọng trong thông báo này. Bạn có thể cần phải thực hiện trong thời hạn nhất định để giữ bảo hiểm sức khỏe của bạn hay giúp đỡ chi phí. Bạn có quyền được thông tin này và giúp đỡ trong ngôn ngữ của bạn miễn phí. Xin gọi 1.855.315.5386.

Declaración de no discriminación: Community Health Choice, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no ejerce discriminación por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Community Health Choice, Inc. no excluye a las personas ni les brinda un trato diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Community Health Choice, Inc. suministra servicios y recursos de ayuda gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen con nosotros de forma eficaz, por ejemplo intérpretes de lenguaje de señas calificados e información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos para facilitar el acceso y otros formatos). Community Health Choice, Inc. brinda servicios de idioma gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas. Si necesita estos servicios, comuníquese con el centro de Atención al cliente de Community Health Choice, Inc. al 1.855.315.5386. Si cree que Community Health Choice, Inc. no ha proporcionado estos servicios o ha ejercido discriminación de algún otro modo por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja.

Si necesita ayuda para presentar una queja, el área de Administración de Riesgos y Cumplimiento Corporativo (Corporate Compliance & Risk Management) está a su disposición para ayudarlo. Puede presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico:

Nombre del funcionario responsable de privacidad: Corporate Compliance & Risk Management
 2636 South Loop West, Suite 125
 Houston, Texas 77054
Teléfono: 713.295.2200
Correo electrónico: Compliance@CommunityCares.com

También puede presentar una queja relacionada con derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services). La queja puede presentarse por medios electrónicos a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo electrónico o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
 200 Independence Avenue, SW
 Room 509F, HHH Building
 Washington, D.C. 20201
 1.800.369.1019, 900.537.7697

TÉRMINOS COMUNES

Autorización previa

Aprobación de Navitus para la cobertura de un medicamento recetado.

Copago/coaseguro

Se refiere a la porción del costo total de la receta que debe pagar el miembro.

Deducible

El miembro paga el 100% del costo de cada receta hasta un importe en dólares especificado previamente, punto a partir del cual se aplica el beneficio de medicamentos recetados.

Equivalente terapéutico

Medicamento similar de la misma categoría de medicamentos usado para tratar la misma afección.

Formulario

Lista de medicamentos que están cubiertos por el plan de beneficios.

Medicamento recetado

Todo medicamento que solamente puede obtener con una receta médica.

Medicamentos de venta libre

Medicamentos que puede comprar sin una receta médica.

Medicamentos genéricos

Medicamentos recetados que tienen los mismos ingredientes activos, la misma formulación y la misma concentración que sus equivalentes de marca.

Medicamento de marca

Un medicamento con una marca comercial o registrada, protegido por una patente de la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) de EE. UU. La patente permite a la empresa farmacéutica comercializar y vender exclusivamente el medicamento por un período de tiempo. Cuando la patente caduca, otras empresas farmacéuticas pueden fabricar y vender una versión genérica del medicamento de marca.

Medicamento especializado

Todo medicamento, como los autoinyectables y los productos biológicos, que se usa habitualmente para tratar a pacientes con enfermedades crónicas o complejas.

Monto máximo de gastos directos de bolsillo

El monto máximo en dólares que el miembro puede pagar por año de contrato.

Háganos llegar sus comentarios, inquietudes, reclamos o informes de error acerca de su beneficio de medicamentos recetados. Sus comentarios son bienvenidos y deseamos recibir esta información y actuar en consecuencia con una respuesta rápida y amable. Garantizar una atención segura y de calidad, corregir los errores y evitar problemas futuros son nuestras prioridades principales.

Para obtener una copia de sus derechos y responsabilidades como miembro, visite el sitio web para miembros o llame al número de Atención al cliente que figura a continuación.

Navitus no discrimina sobre la base de incapacidades o discapacidades para brindar programas, servicios o actividades. Si necesita que este material impreso le sea interpretado o presentado en un formato alternativo, o necesita asistencia en el uso de cualquiera de nuestros servicios, comuníquese con Atención al cliente de Navitus al 1-866-333-2757 (número gratuito) o al 711 (TTY).