

SUS BENEFICIOS DE FARMACIA



NAVITUS
PHARMACY BENEFITS REINVENTED™



Información de contacto

ATENCIÓN AL CLIENTE: 24 horas al día | 7 días a la semana | 1.866.333.2757 | 711 (TTY)

PEDIDOS POR CORREO: Postal Prescription Services | 1.800.552.6694 | www.ppsrx.com

FARMACIA ESPECIALIZADA: Lumicera Health Services | 1.855.847.3553

RECLAMACIONES:

Navitus Health Solutions
ATTN: Claims Department
P.O. Box 999
Appleton, WI 54912-0999

FAX GRATUITO: 1.855.668.8550

SITIO WEB: www.navitus.com

Bienvenido a Navitus

Estamos comprometidos a brindarle un apoyo sólido e integral y una atención personalizada porque sabemos que cuando está más saludable, está más feliz. Es por eso que hemos reinventado los beneficios de farmacia para trabajar de manera más inteligente y brindarle claridad, orientación y tranquilidad cuando se trata de medicamentos recetados y mejorar su salud. Puede contar con nosotros para:

- ▶ Ayudarlo a comprender sus beneficios.
- ▶ Brindar acceso conveniente a sus medicamentos recetados.
- ▶ Responder sus preguntas de salud.
- ▶ Proporcionarle el apoyo que necesita.

Esperamos servirlo en su camino hacia una vida más saludable y feliz.

Surtido de su receta

En una farmacia de la red. Surtir su receta es fácil. Puede encontrar una lista completa de su red de farmacias en el portal seguro para miembros, así como herramientas que lo ayudarán a seleccionar una farmacia cercana.

Pedido por correo. Según el diseño de sus beneficios, nuestro servicio de pedidos por correo puede ser una manera conveniente de obtener un suministro de sus medicamentos de mantenimiento para 90 días.

Un farmacéutico registrado estará disponible para realizar las mismas verificaciones de seguridad que su farmacéutico minorista local, incluida una revisión de su historial de medicamentos. Puede quedarse tranquilo que su medicamento sea seguro, preciso y adecuado para usted. Además, puede ahorrarse un viaje a la farmacia si recibe sus medicamentos directamente en su puerta.

En una farmacia especializada. El programa de farmacia especializada brinda a los miembros con afecciones crónicas un acceso conveniente a los medicamentos especializados. Esto brinda un alto nivel de atención personalizada y orientación para ayudar a reducir con éxito los efectos secundarios, minimizar las complicaciones y mejorar la calidad de vida.

Cómo presentar una reclamación

Nos dedicamos a lograr que sus beneficios de farmacia sean fáciles y accesibles. Si tiene una inquietud sobre un beneficio, una reclamación u otro servicio, comuníquese con Atención al cliente. Si no podemos resolver su problema, tiene derecho a presentar una apelación. Para presentar una reclamación manual, complete el formulario que se encuentra en su portal para miembros y envíenos por correo o fax el formulario y la documentación. Nuestro número de Atención al cliente y la dirección de reclamaciones se indican en la página anterior. Trabajaremos para responder sus preguntas y resolver sus inquietudes rápidamente.

Cómo compartir sus comentarios

Lo invitamos a compartir sus comentarios, inquietudes o quejas, o informar cualquier error. Consideramos que es de máxima prioridad actuar sobre esta información y corregir los errores, prevenir futuros problemas y garantizar una atención de calidad y segura. Para proporcionar comentarios, llame al número de Atención al cliente que figura en la página anterior.

Cómo ahorrar dinero en sus medicamentos recetados

Elegir medicamentos genéricos es una de las mejores maneras de reducir sus gastos en medicamentos recetados. Los medicamentos genéricos son clínicamente idénticos a sus equivalentes de marca y atraviesan el mismo proceso riguroso de la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) de los Estados Unidos que los medicamentos de marca. Puede estar tranquilo ya que tienen la misma seguridad, calidad, concentración y efectividad que los medicamentos de marca. Para comenzar, simplemente pregúntele al médico que le receta si hay un genérico disponible para su medicamento recetado.

Calendario del beneficio de farmacia

Community Health Choice

Fecha de entrada en vigor del beneficio

1 de enero de 2021

Tipo de beneficio

Mercado de Seguros Médicos

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)

Grupo	Farmacia minorista de la red Suministro de 1-30 días			Farmacia minorista de la red Suministro de 90 días		
	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3
HMO Bronze 003 (no disponible a través del mercado de seguros)	\$16 Ningún producto del Nivel 1 paga deducible	\$70 Después del deducible	\$120 Después del deducible	\$48 Ningún producto del Nivel 1 paga deducible	\$210 Después del deducible	\$360 Después del deducible
HMO Bronze 003	\$16 Ningún producto del Nivel 1 paga deducible	\$70 Después del deducible	\$120 Después del deducible	\$48 Ningún producto del Nivel 1 paga 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)	\$16 Ningún producto del Nivel 1 paga deducible	\$70 Después del deducible	\$120 Después del deducible	\$48 Ningún producto del 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 (no disponible a través del mercado de seguros)	\$10 Ningún producto del Nivel 1 paga deducible	\$70 Después del deducible	\$110 Después del deducible	\$30 Ningún producto del Nivel 1 paga deducible	\$210 Después del deducible	\$330 Después del deducible
HMO Silver 004	\$10 Ningún producto del Nivel 1 paga deducible	\$70 Después del deducible	\$110 Después del deducible	\$30 Ningún producto del Nivel 1 paga deducible	\$210 Después del deducible	\$330 Después del deducible
HMO Silver 004 (Variación de plan sin gastos compartidos)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0

Grupo	Farmacia minorista de la red Suministro de 1-30 días			Farmacia minorista de la red Suministro de 90 días		
	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3
HMO Silver 004 (Variación de plan con gastos compartidos limitados)	\$10 Ningún producto del Nivel 1 paga deducible	\$70 Después del deducible	\$110 Después del deducible	\$30 Ningún producto del Nivel 1 paga deducible	\$210 Después del deducible	\$330 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 producto del Nivel 1 paga deducible	\$60 Después del deducible	\$100 Después del deducible	\$30 Ningún producto del Nivel 1 paga deducible	\$120 Después del deducible	\$300 Después del deducible
HMO Gold HSA 14 (no disponible a través del mercado de seguros)	\$5 después del deducible	\$80 después del deducible	\$100 después del deducible	\$15 Después del deducible	\$240 Después del deducible	\$300 Después del deducible
HMO Gold 001 (no disponible a través del mercado de seguros)	\$20	\$40	\$80	\$60	\$120	\$240
HMO Gold 005 (no disponible a través del mercado de seguros)	\$10 Ningún producto del Nivel 1 paga deducible	\$50 Después del deducible	\$75 Después del deducible	\$30 Ningún producto del Nivel 1 paga deducible	\$120 Después del deducible	\$210 Después del deducible
HMO Gold 005	\$10 Ningún producto del Nivel 1 paga deducible	\$50 Después del deducible	\$75 Después del deducible	\$30 Ningún producto del Nivel 1 paga deducible	\$150 Después del deducible	\$225 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 Ningún producto del Nivel 1 paga deducible	\$50 Después del deducible	\$75 Después del deducible	\$30 Ningún producto del Nivel 1 paga deducible	\$150 Después del deducible	\$225 Después del deducible
	\$0 cuando sea surtido por un proveedor de Indian Health Service					
HMO Bronze 008 (Plan de salud con deducible alto no disponible a través del mercado de seguros)	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

Grupo	Farmacia minorista de la red Suministro de 1-30 días			Farmacia minorista de la red Suministro de 90 días		
	Nivel 1	Nivel 2	Nivel	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3
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 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
	\$0 cuando sea surtido por un proveedor de Indian Health Service					
HMO Bronze 10 (no disponible a través del mercado de seguros)	\$0 después del deducible	\$0 después del deducible	\$0 después del deducible	\$0 después del deducible	\$0 después del deducible	\$0 después del deducible
HMO Bronze 10	\$0 después del deducible	\$0 después del deducible	\$0 después del deducible	\$0 después del deducible	\$0 después del deducible	\$0 después del deducible
HMO Bronze 10 (Variación de plan sin gastos compartidos)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
HMO Bronze 10 (Variación de plan con gastos compartidos limitados)	\$0 después del deducible	\$0 después del deducible	\$0 después del deducible	\$0 después del deducible	\$0 después del deducible	\$0 después del deducible
	\$0 cuando sea surtido por un proveedor de Indian Health Service					
HMO Bronze 11 (no disponible a través del mercado de seguros)	\$0 después del deducible	\$0 después del deducible	\$0 después del deducible	\$0 después del deducible	\$0 después del deducible	\$0 después del deducible
HMO Bronze 11	\$0 después del deducible	\$0 después del deducible	\$0 después del deducible	\$0 después del deducible	\$0 después del deducible	\$0 después del deducible
HMO Bronze 11 (Variación de plan sin gastos compartidos)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
HMO Bronze 11 (Variación de plan con gastos compartidos limitados)	\$0 después del deducible	\$0 después del deducible	\$0 después del deducible	\$0 después del deducible	\$0 después del deducible	\$0 después del deducible
	\$0 cuando sea surtido por un proveedor de Indian Health Service					
HMO Silver 009 (no disponible a través del mercado de seguros)	\$15 Ningún producto del Nivel 1 paga deducible	\$70 Después del deducible	\$120 Después del deducible	\$45 Ningún producto del Nivel 1 paga deducible	\$210 Después del deducible	\$360 Después del deducible
	\$15 Ningún producto del Nivel 1 paga deducible	\$70 Después del deducible	\$120 Después del deducible	\$45 Ningún producto del Nivel 1 paga deducible	\$210 Después del deducible	\$360 Después del deducible
HMO Silver 009	\$15 Ningún producto del Nivel 1 paga deducible	\$70 Después del deducible	\$120 Después del deducible	\$45 Ningún producto del Nivel 1 paga deducible	\$210 Después del deducible	\$360 Después del deducible
HMO Silver 009 (Variación de plan sin gastos compartidos)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0

Grupo	Farmacia minorista de la red Suministro de 1-30 días			Farmacia minorista de la red Suministro de 90 días		
	Nivel 1	Nivel 2	Nivel	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3
HMO Silver 009 (Variación de plan con gastos compartidos limitados)	\$15 Ningún producto del Nivel 1 paga deducible	\$70 Después del deducible	\$120 Después del deducible	\$45 Ningún producto del 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 producto del Nivel 1 paga deducible	\$60 Después del deducible	\$110 Después del deducible	\$30 Ningún producto del Nivel 1 paga deducible	\$180 Después del deducible	\$330 Después del deducible
HMO Silver 12 (no disponible a través del mercado de seguros)	\$10 Ningún producto del Nivel 1 paga deducible	\$80 Después del deducible	\$120 Después del deducible	\$30 Ningún producto del Nivel 1 paga deducible	\$240 Después del deducible	\$360 Después del deducible
HMO Silver 12	\$10 Ningún producto del Nivel 1 paga deducible	\$80 Después del deducible	\$120 Después del deducible	\$30 Ningún producto del Nivel 1 paga deducible	\$240 Después del deducible	\$360 Después del deducible
HMO Silver 12 (Variación de plan sin gastos compartidos)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
HMO Silver 12 (Variación de plan con gastos compartidos limitados)	\$10 Ningún producto del Nivel 1 paga deducible	\$80 Después del deducible	\$120 Después del deducible	\$30 Ningún producto del Nivel 1 paga deducible	\$240 Después del deducible	\$360 Después del deducible
	\$0 cuando sea surtido por un proveedor de Indian Health Service					
HMO Silver 12 73	\$10 Ningún producto del Nivel 1 paga deducible	\$80 Después del deducible	\$120 Después del deducible	\$30 Ningún producto del Nivel 1 paga deducible	\$240 Después del deducible	\$360 Después del deducible
HMO Silver 12 87	\$5 Ningún producto del Nivel 1 paga deducible	\$70 Después del deducible	\$100 Después del deducible	\$15 Ningún producto del Nivel 1 paga deducible	\$210 Después del deducible	\$300 Después del deducible
HMO Silver 12 94	\$5 Ningún producto del Nivel 1 paga deducible	\$20	\$40	\$15	\$60	\$120

Grupo	Farmacia minorista de la red Suministro de 1-30 días			Farmacia minorista de la red Suministro de 90 días		
	Nivel 1	Nivel 2	Nivel	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3
HMO Silver 13 (no disponible a través del mercado de seguros)	\$10 Ningún producto del Nivel 1 paga deducible	\$0 Después del deducible	\$0 Después del deducible	\$30 Ningún producto del Nivel 1 paga deducible	\$0 Después del deducible	\$0 Después del deducible
HMO Silver 13	\$10 Ningún producto del Nivel 1 paga deducible	\$0 Después del deducible	\$0 Después del deducible	\$30 Ningún producto del Nivel 1 paga deducible	\$0 Después del deducible	\$0 Después del deducible
HMO Silver 13 (Variación de plan sin gastos compartidos)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
HMO Silver 13 (Variación de plan con gastos compartidos limitados)	\$10 Ningún producto del Nivel 1 paga deducible	\$0 Después del deducible	\$0 Después del deducible	\$30 Ningún producto del Nivel 1 paga deducible	\$0 Después del deducible	\$0 Después del deducible
	\$0 cuando sea surtido por un proveedor de Indian Health Service					
HMO Silver 13 73	\$5 Ningún producto del Nivel 1 paga deducible	\$0 Después del deducible	\$0 Después del deducible	\$15 Ningún producto del Nivel 1 paga deducible	\$0 Después del deducible	\$0 Después del deducible
HMO Silver 13 87	\$5 Ningún producto del Nivel 1 paga deducible	\$0 Después del deducible	\$0 Después del deducible	\$15 Ningún producto del Nivel 1 paga deducible	\$0 Después del deducible	\$0 Después del deducible
HMO Silver 13 94	\$5 Ningún producto del Nivel 1 paga deducible	\$0 Después del deducible	\$0 Después del deducible	\$15 Ningún producto del Nivel 1 paga deducible	\$0 Después del deducible	\$0 Después del deducible

Monto máximo de gasto directo de bolsillo anual

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 (no disponible a través del mercado de seguros)	\$8,550.00	\$17,100.00
HMO Bronze 003	\$8,550.00	\$17,100.00
HMO Bronze 003 (Variación de plan sin gastos compartidos)	\$0	\$0
HMO Bronze 003 (Variación de plan con gastos compartidos limitados)	\$8,550.00	\$8,550.00
HMO Silver 004 (no disponible a través del mercado de seguros)	\$8,550.00	\$17,100.00
HMO Silver 004	\$8,550.00	\$17,100.00
HMO Silver 004 (Variación de plan sin gastos compartidos)	\$0	\$0
HMO Silver 004 (Variación de plan con gastos compartidos limitados)	\$8,550.00	\$17,100.00
HMO Silver 004 94	\$2,500.00	\$5,000.00
HMO Silver 004 87	\$2,850.00	\$5,700.00
HMO Silver 004 73	\$6,800.00	\$13,600.00
HMO Gold 001 (no disponible a través del mercado de seguros)	\$8,150.00	\$16,300.00
HMO Gold 005 (no disponible a través del mercado de seguros)	\$8,550.00	\$17,100.00
HMO Gold 005	\$8,550.00	\$17,100.00
HMO Gold 005 (Variación de plan sin gastos compartidos)	\$0	\$0
HMO Gold 005 (Variación de plan con gastos compartidos limitados)	\$8,550.00	\$17,100.00
HMO Gold 14 HSA (no disponible a través del mercado de seguros)	\$6,000.00	\$12,000.00
HMO Bronze 008 (Plan de salud con deducible alto no disponible a través del mercado de seguros)	\$7,000.00	\$14,000.00
HMO Bronze 008 (Plan de salud con deducible alto)	\$7,000.00	\$14,000.00
HMO Bronze 008 (Variación de plan sin gastos compartidos)	\$0	\$0
HMO Bronze 008 (Variación de plan con gastos compartidos limitados)	\$7,000.00	\$14,000.00
HMO Bronze 10 (no disponible a través del mercado de seguros)	\$8,550.00	\$17,100.00
HMO Bronze 10	\$8,550.00	\$17,100.00
HMO Bronze 10 (Variación de plan sin gastos compartidos)	\$0	\$0
HMO Bronze 10 (Variación de plan con gastos compartidos limitados)	\$8,550.00	\$17,100.00
HMO Bronze 11 (no disponible a través del mercado de seguros)	\$8,550.00	\$17,100.00
HMO Bronze 11	\$8,550.00	\$17,100.00
HMO Bronze 11 (Variación de plan sin gastos compartidos)	\$0	\$0
HMO Bronze 11 (Variación de plan con gastos compartidos limitados)	\$8,550.00	\$17,100.00
HMO Silver 009 (no disponible a través del mercado de seguros)	\$7,000.00	\$14,000.00

Grupo	Monto de OOP individual	Monto de OOP familiar
HMO Silver 009	\$7,000.00	\$14,000.00
HMO Silver 009 (Variación de plan sin gastos compartidos)	\$0	\$0
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	\$2,850.00	\$5,700.00
HMO Silver 009 73	\$6,800.00	\$13,600.00
HMO Silver 12 (no disponible a través del mercado de seguros)	\$8,550.00	\$17,100.00
HMO Silver 12	\$8,550.00	\$17,100.00
HMO Silver 12 (Variación de plan sin gastos compartidos)	\$0	\$0
HMO Silver 12 (Variación de plan con gastos compartidos limitados)	\$8,550.00	\$17,100.00
HMO Silver 12 73	\$6,800.00	\$13,600.00
HMO Silver 12 87	\$2,850.00	\$5,700.00
HMO Silver 12 94	\$2,700.00	\$5,400.00
HMO Silver 13 (no disponible a través del mercado de seguros)	\$8,550.00	\$17,100.00
HMO Silver 13	\$8,550.00	\$17,100.00
HMO Silver 13 (Variación de plan sin gastos compartidos)	\$0	\$0
HMO Silver 13 (Variación de plan con gastos compartidos limitados)	\$8,550.00	\$17,100.00
HMO Silver 13 73	\$6,800.00	\$13,600.00
HMO Silver 13 87	\$2,300.00	\$4,600.00
HMO Silver 13 94	\$750.00	\$1,500.00

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

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)

Grupo	Nivel 1 Monto del copago	Nivel 2 Monto del copago	Nivel 3 Monto del copago
HMO Bronze 003 (no disponible a través del mercado de seguros)	\$40 Ningún producto del Nivel 1 paga deducible	\$175 Después del deducible	\$300 Después del deducible
HMO Bronze 003	\$40 Ningún producto del Nivel 1 paga 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)	\$40 Ningún producto del 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 (no disponible a través del mercado de seguros)	\$25 Ningún producto del Nivel 1 paga deducible	\$175 Después del deducible	\$275 Después del deducible
HMO Silver 004	\$25 Ningún producto del Nivel 1 paga deducible	\$175 Después del deducible	\$275 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 Ningún producto del Nivel 1 paga deducible	\$175 Después del deducible	\$275 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 producto del Nivel 1 paga deducible	\$150 Después del deducible	\$250 Después del deducible
HMO Gold 001 (no disponible a través del mercado de seguros)	\$50	\$100	\$200
HMO Gold 005 (no disponible a través del mercado de seguros)	\$25 Ningún producto del Nivel 1 paga deducible	\$125 Después del deducible	\$187.50 Después del deducible
HMO Gold 005	\$25 Ningún producto del Nivel 1 paga deducible	\$125 Después del deducible	\$187.50 Después del deducible

Grupo	Nivel 1 Monto del copago	Nivel 2 Monto del copago	Nivel 3 Monto del copago
HMO Gold HSA 14 (no disponible a través del mercado de seguros)	\$12.50 Después del deducible	\$200 Después del deducible	\$250 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 Ningún producto del Nivel 1 paga deducible	\$125 Después del deducible	\$187.5 Después del deducible
	\$0 cuando sea surtido por un proveedor de Indian Health Service		
HMO Bronze 008 (Plan de salud con deducible alto no disponible a través del mercado de seguros)	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
HMO Bronze 008 (Variación de plan sin gastos compartidos)	\$0	\$0	\$0
HMO Bronze 008 (Variación de plan con gastos compartidos limitados)	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible
	\$0 cuando sea surtido por un proveedor de Indian Health Service		
HMO Silver 009 (no disponible a través del mercado de seguros)	\$37.50 Ningún producto del Nivel 1 paga deducible	\$175 Después del deducible	\$300 Después del deducible
HMO Silver 009	\$37.50 Ningún producto del Nivel 1 paga 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 Ningún producto del 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 009 94	\$12.50	\$50	\$100
HMO Silver 009 87	\$25	\$125	\$212.50
HMO Silver 009 73	\$25 Ningún producto del Nivel 1 paga deducible	\$150 Después del deducible	\$275 Después del deducible
	\$0 cuando sea surtido por un proveedor de Indian Health Service		
HMO Bronze 10 (no disponible a través del mercado de seguros)	\$0 Después del deducible	\$0 Después del deducible	\$0 Después del deducible
HMO Bronze 10	\$0 Después del deducible	\$0 Después del deducible	\$0 Después del deducible
HMO Bronze 10 (Variación de plan sin gastos compartidos)	\$0	\$0	\$0
HMO Bronze 10 (Variación de plan con gastos compartidos limitados)	\$0 Después del deducible	\$0 Después del deducible	\$0 Después del deducible
	\$0 cuando sea surtido por un proveedor de Indian Health Service		
HMO Silver 12 (no disponible a través del mercado de seguros)	\$25 Ningún producto del Nivel 1 paga deducible	\$200 Después del deducible	\$300 Después del deducible

Grupo	Nivel 1 Monto del copago	Nivel 2 Monto del copago	Nivel 3 Monto del copago
HMO Silver 12	\$25 Ningún producto del Nivel 1 paga deducible	\$200 Después del deducible	\$300 Después del deducible
HMO Silver 12 (Variación de plan sin gastos compartidos)	\$0	\$0	\$0
HMO Silver 12 (Variación de plan con gastos compartidos limitados)	\$25 Ningún producto del Nivel 1 paga deducible	\$200 Después del deducible	\$300 Después del deducible
	\$0 cuando sea surtido por un proveedor de Indian Health Service		
HMO Silver 12 73	\$25 Ningún producto del Nivel 1 paga deducible	\$200 Después del deducible	\$300 Después del deducible
HMO Silver 12 87	\$12.50 Ningún producto del Nivel 1 paga deducible	\$175 Después del deducible	\$250 Después del deducible
HMO Silver 12 94	\$12.50	\$50	\$100
HMO Silver 13 (no disponible a través del mercado de seguros)	\$25 Ningún producto del Nivel 1 paga deducible	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible
HMO Silver 13	\$25 Ningún producto del Nivel 1 paga deducible	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible
HMO Silver 13 (Variación de plan sin gastos compartidos)	\$0	\$0	\$0
HMO Silver 13 (Variación de plan con gastos compartidos limitados)	\$25 Ningún producto del Nivel 1 paga deducible	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible
	\$0 cuando sea surtido por un proveedor de Indian Health Service		
HMO Silver 13 73	\$12.50 Ningún producto del Nivel 1 paga deducible	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible
HMO Silver 13 87	\$12.50 Ningún producto del Nivel 1 paga deducible	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible
HMO Silver 13 94	\$12.50 Ningún producto del Nivel 1 paga deducible	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible
HMO Bronze 11 (no disponible a través del mercado de seguros)	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible
HMO Bronze 11	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible
HMO Bronze 11 (Variación de plan sin gastos compartidos)	\$0	\$0	\$0
HMO Bronze 11 (Variación de plan con gastos compartidos limitados)	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible
	\$0 cuando sea surtido por un proveedor de Indian Health Service		

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

Grupo	Monto del coaseguro
HMO Bronze 003 (no disponible a través del mercado de seguros)	45% de coaseguro después del deducible
HMO Bronze 003	45% de coaseguro 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 coaseguro después del deducible \$0 cuando sea surtido a través de un centro tribal
HMO Silver 004 (no disponible a través del mercado de seguros)	50% de coaseguro después del deducible
HMO Silver 004	50% de coaseguro después del deducible
HMO Silver 004 (Variación de plan sin gastos compartidos)	\$0
HMO Silver 004 (Variación de plan con gastos compartidos limitados)	50% de coaseguro después del deducible \$0 cuando sea surtido a través de un centro tribal
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 (no disponible a través del mercado de seguros)	30% de coaseguro
HMO Gold 005 (no disponible a través del mercado de seguros)	35% de coaseguro después del deducible
HMO Gold 005	35% de coaseguro después del deducible
HMO Gold 005 (Variación de plan sin gastos compartidos)	\$0
HMO Gold 005 (Variación de plan con gastos compartidos limitados)	35% de coaseguro después del deducible \$0 cuando sea surtido a través de un centro tribal
HMO Gold HSA 14 (no disponible a través del mercado de seguros)	40% de coaseguro después del deducible
HMO Bronze 10 (no disponible a través del mercado de seguros)	\$0 después del deducible
HMO Bronze 10	\$0 después del deducible
HMO Bronze 10 (Variación de plan sin gastos compartidos)	\$0 después del deducible
HMO Bronze 10 (Variación de plan con gastos compartidos limitados)	\$0 después del deducible \$0 cuando sea surtido a través de un centro tribal
HMO Bronze 11 (no disponible a través del mercado de seguros)	\$0 después del deducible
HMO Bronze 11	\$0 después del deducible
HMO Bronze 11 (Variación de plan sin gastos compartidos)	\$0
HMO Bronze 11 (Variación de plan con gastos compartidos limitados)	\$0 después del deducible \$0 cuando sea surtido a través de un centro tribal
HMO Bronze 008 (Plan de salud con deducible alto no disponible a través del mercado de seguros)	\$0 después del deducible
HMO Bronze 008 (Plan de salud con deducible alto)	\$0 después del deducible

Grupo	Monto del coaseguro
HMO Bronze 008 (Variación de plan sin gastos compartidos)	\$0
HMO Bronze 008 (Variación de plan con gastos compartidos limitados)	\$0 después del deducible \$0 cuando sea surtido a través de un centro tribal
HMO Silver 009 (no disponible a través del mercado de seguros)	45% de coaseguro después del deducible
HMO Silver 009	45% de coaseguro 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 coaseguro después del deducible \$0 cuando sea surtido a través de un centro tribal
HMO Silver 009 94	20% de coaseguro
HMO Silver 009 87	30% de coaseguro
HMO Silver 009 73	45% de coaseguro después del deducible
HMO Silver 12 (no disponible a través del mercado de seguros)	50% de coaseguro después del deducible
HMO Silver 12	50% de coaseguro después del deducible
HMO Silver 12 (Variación de plan sin gastos compartidos)	\$0
HMO Silver 12 (Variación de plan con gastos compartidos limitados)	50% de coaseguro después del deducible \$0 cuando sea surtido a través de un centro tribal
HMO Silver 12 73	50% de coaseguro después del deducible
HMO Silver 12 87	40% de coaseguro después del deducible
HMO Silver 12 94	20%
HMO Silver 13 (no disponible a través del mercado de seguros)	0% de coaseguro después del deducible
HMO Silver 13	0% de coaseguro después del deducible
HMO Silver 13 (Variación de plan sin gastos compartidos)	\$0
HMO Silver 13 (Variación de plan con gastos compartidos limitados)	0% de coaseguro después del deducible \$0 cuando sea surtido a través de un centro tribal
HMO Silver 13 73	0% de coaseguro después del deducible
HMO Silver 13 87	0% de coaseguro después del deducible
HMO Silver 13 94	0% de coaseguro después del deducible

LANGUAGE ASSISTANCE

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



NON-DISCRIMINATION STATEMENT (MARKETPLACE)

Community Health Choice, Inc. complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Community Health Choice, Inc. does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex. Community Health Choice, Inc. provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as qualified sign language interpreters, written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats). Community Health Choice, Inc. provides free language services to people whose primary language is not English, such as qualified interpreters and information written in other languages. If you need these services, contact the Community Health Choice, Inc. Member Services Department at 1.855.315.5386. If you believe that Community Health Choice, Inc. has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance.

You can file a grievance in person or by mail, fax or email:

Service Improvement Department

2636 South Loop West, Suite 125
Houston, Texas 77054

Phone: 1.855.315.5386

Email: ServiceImprovement@CommunityHealthChoice.org

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1.800.368.1019, 800.537.7697 (TDD)

Arabic

يضمن هذا الإشعار معلومات مهمة. وتتعلق هذه المعلومات الهامة في الإشعار بخصوص طلبك أو التغطية تحت التأمين الصحي. يتضمن هذا الإشعار معلومات مهمة. وتتعلق هذه المعلومات الهامة في هذا الإشعار. قد تحتاج لإجراء قبل مواعيد محددة للحفاظ على تأمينك الصحي أو مساعدتك في دفع التكاليف. لديك الحق في الحصول على هذه المعلومات والمساعدة بـلغتك دون أي تكلفة. اتصل على 1.855.315.5386.

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.

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 in Ihrer Sprache. Rufen Sie an unter 1.855.315.5386.

Hindi

इस सूचना में महत्वपूर्ण जानकारी है। इस सूचना में आपको आवेदन या Community Health Choice द्वारा कवरेज के बारे में महत्वपूर्ण जानकारी है। इस सूचना में महत्वपूर्ण तारीखों के लिए खोजें। आपको अपने स्वास्थ्य के कवरेज रखने के लिए या लागत की मदद के लिए निश्चित समय सीमा से कार्रवाई करने की ज़रूरत हो सकती है। आपको अपनी भाषा में यह जानकारी और सहायता नि:शुल्क प्राप्त करने का अधिकार है। 1.855.315.5386 पर कॉल कीजिए।

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.

Persian

این اطلاعیه حاوی اطلاعات مهمی می باشد. این اطلاعیه حاوی نکات مهمی درباره تقاضای شما 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 بر زبان رایگان به زبان خودتان دریافت نمایید. با شماره تلفن 1.855.315.5386 تماس بگیرید.

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.

Urdu

اس نوٹس میں اہم معلومات ہیں۔ اس نوٹس میں Community Health Choice کے ذریعے آپ کی درخواست یا بیمہ کی تحفظ سے متعلق اہم معلومات ہیں۔ اس نوٹس میں اہم تاریخوں کو دیکھیے۔ اپنی صحت کے بیمہ کے تحفظ کو برقرار رکھنے یا اخراجات میں مدد کے لیے آپ کو کچھ خاص تاریخوں تک کارروائی کرنے کی ضرورت ہوسکتی 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۔

Chinese

本通知有重要信息。本通知包含關於您透過Community Health Choice提交之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。

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.

Gujarati

આ નોટિસમાં મહત્વની માહિતી છે. આ નોટિસમાં Community Health Choice દ્વારા તમારી અરજી અને કવરેજ વર્ષી મહત્વની જાણકારી છે. આ નોટિસમાં મહત્વની તારીખો માટે જુઓ. તમારા આરોગ્ય કવરેજને રાખવા અથવા ખર્ચ વાળને મદદ કરવા માટે અમુક ચોક્કસ મુદત સુધી પગલાં લેવાની તમારે જરૂર પડી શકે છે. તમને કોઈ પણ ખર્ચ વાળી તમારી ભાષામાં આ જાણકારી અને મદદ મેળવવાની અધિકાર છે. 1.855.315.5386 પર કોલ કરો.

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。

Laotian

ທັງສີແຈງການນີ້ມີຂໍ້ມູນທີ່ສຳຄັນ. ທັງສີແຈງການນີ້ມີຂໍ້ມູນທີ່ສຳຄັນກ່ຽວກັບການສະໜັບສະໜູນກູ້ຫຼືການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານໂດຍຜ່ານ Community Health Choice. ໃຫ້ຊອກຫາຂໍ້ມູນວັນທີ່ສຳຄັນໃນທັງສີແຈງການນີ້ ທ່ານຄວນຈະຕອບປະຕິບັດພາຍໃນກຳນົດເວລາເພື່ອທີ່ຈະຮັກສາການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບຂອງທ່ານພາຍຫຼັງການຊ່ວຍເຫຼືອໃນເລື່ອງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ມັນຍັງສິດທິຂອງທ່ານທີ່ຈະໂດຍບໍ່ຂໍ້ມູນສຳຄັນນີ້ແລະການຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ໃຫ້ລະສັບ: 1.855.315.5386.

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.

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 nakataseguro o para matulungan kayo sa mga kailangang babayaran. Kayo ay may karapatang makatanggap nitong impormasyon at makatanggap ng pagpasalin sa inyong wika na wala kayong babayaran. Tawagan ang 1.855.315.5386.

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 gian 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 mình miễn phí. Xin gọi 1.855.315.5386.