



# Plan Guía 2024

**Aproveche todo lo que le ofrece su  
plan Medicare Advantage**

**THE ARIZONA STATE RETIREMENT SYSTEM**

UnitedHealthcare® Group Medicare Advantage (PPO)

UnitedHealthcare® Group Medicare Advantage (HMO)

**Número de grupo:** 12754, 900009



**Fecha de Vigencia:** Del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024

**United  
Healthcare®**  
Group Medicare Advantage

 **ARIZONA STATE  
RETIREMENT SYSTEM**

# Índice

|                    |   |
|--------------------|---|
| Introducción ..... | 3 |
|--------------------|---|

## Información sobre el plan

|   |    |
|---|----|
| Beneficios importantes del plan 1 ..... | 6  |
| Beneficios importantes del plan 2 ..... | 11 |
| Detalles del plan .....                 | 14 |
| Resumen de beneficios del plan 1 .....  | 24 |
| Resumen de beneficios del plan 2 .....  | 41 |

## Lista de medicamentos

|   |    |
|---|----|
| Lista de medicamentos .....               | 61 |
| Cobertura adicional de medicamentos ..... | 84 |

## Lo que sigue

|   |    |
|---|----|
| Esto es lo que puede esperar a continuación ..... | 91 |
| Declaraciones de conformidad .....                | 92 |

# Presentación del Plan

## Plan UnitedHealthcare® Group Medicare Advantage

Estimado jubilado:

El Arizona State Retirement System ha elegido ofrecer 2 planes de Medicare Advantage para todos los jubilados que cumplan los requisitos. Si desea inscribirse en uno de estos planes, debe completar un formulario de inscripción a través del ASRS en los 31 días siguientes a su evento de vida que califica. Estas opciones de planes son el plan UnitedHealthcare Group Medicare Advantage (PPO) y el plan UnitedHealthcare Group Medicare Advantage (HMO). En esta guía encontrará más información sobre los planes y lo que ofrecen.

### Déjenos ayudarle a:

- Conseguir herramientas y recursos para ayudarle a tener un mejor control de su salud
- Encuentre formas de ahorrar dinero en el cuidado de la salud para poder centrarse más en las cosas que le importan
- Obtenga acceso al cuidado que necesita cuando lo necesita

### En esta guía, usted encontrará:

- Una descripción de este plan y cómo funciona
- Información sobre beneficios, programas y servicios, y cuánto cuestan
- Qué puede esperar después de la inscripción

## Cómo inscribirse — ACCIÓN NECESARIA

### Jubilados del Sistema de Jubilación del Estado de Arizona (ASRS):

Su cobertura actual en el plan Choice a través del Sistema de Jubilación del Estado de Arizona (Arizona State Retirement System, ASRS) se cancelará automáticamente el último día del mes anterior al mes en el que cumple 65 años. Si desea inscribirse en un plan Medicare a través del ASRS, debe completar un formulario de inscripción. Puede hacerlo accediendo o configurando una cuenta myASRS segura en **AzASRS.gov**.

## ¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle.

Tenga en cuenta: el horario de atención del Servicio al Cliente será de **7 días a la semana del 15 de octubre al 7 de diciembre**.

 [retiree.uhc.com/asrs](https://retiree.uhc.com/asrs)



Llame al número gratuito **1-844-876-6161**, TTY 711, de 8 a.m. a 8 p.m. hora local, de lunes a viernes

**Aproveche  
los beneficios  
adicionales  
saludables de  
UnitedHealthcare**



**Programa HouseCalls**



**Programa de  
Acondicionamiento  
Físico**



**Experiencia de Salud y  
Bienestar**

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

# Información sobre el plan

# Beneficios Importantes

## THE ARIZONA STATE RETIREMENT SYSTEM PPO 12754

Con vigencia del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024

Este es un breve resumen de los beneficios de su plan y los costos. Para obtener más información, consulte su Resumen de Beneficios. O revise la Evidencia de Cobertura para obtener una descripción completa de los beneficios, las limitaciones, las exclusiones y las restricciones. Los límites y las restricciones de los beneficios se consideran de manera combinada, dentro y fuera de la red.

### Costos del plan

|  | Dentro de la red y fuera de la red  |
|--|---|
| <b>Deducible médico anual</b>  | Sin deducible   |
| <b>Máximo anual de gastos médicos de su bolsillo (lo máximo que usted paga en un año del plan por el cuidado médico que tiene cobertura)</b> | Su plan tiene un máximo combinado anual de gastos de su bolsillo tanto dentro como fuera de la red de \$5,000 para este año del plan. |

### Beneficios médicos

Beneficios médicos cubiertos por el plan y Medicare Original

|   | Dentro de la red y fuera de la red    |
|---|---------------------------------------|
| <b>Visita al consultorio médico</b>   |                                       |
| Proveedor de cuidado primario (PCP)   | \$15 de copago                        |
| Especialista  | \$25 de copago                        |
| Visitas virtuales   | \$0 de copago                         |
| <b>Servicios preventivos</b><br>Cubiertos por Medicare  | \$0 de copago                         |
| <b>Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados</b>   | \$100 de copago por cada estadía      |
| <b>Centro de enfermería especializada (SNF)</b>   | \$0 de copago por día, hasta 100 días |
| <b>Cirugía para pacientes ambulatorios</b>  | \$50 de copago                        |
| <b>Rehabilitación para pacientes ambulatorios</b><br>Fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla y del lenguaje | \$0 de copago                         |
| <b>Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios</b>  |                                       |
| Terapia de grupo  | \$0 de copago                         |
| Terapia individual  | \$0 de copago                         |
| Visitas virtuales   | \$0 de copago                         |

## Beneficios médicos

Beneficios médicos cubiertos por el plan y Medicare Original

|  | Dentro de la red y fuera de la red |
|--|------------------------------------|
| <b>Servicios de radiodiagnóstico</b> por ejemplo, imágenes por resonancia magnética (MRI), tomografías computarizadas (CT) | \$0 de copago                      |
| <b>Servicios de laboratorio</b>  | \$0 de copago                      |
| <b>Radiografías para pacientes ambulatorios</b>  | \$0 de copago                      |
| <b>Servicios de radiología terapéutica</b> , por ejemplo, radioterapia para el cáncer                                      | \$0 de copago                      |
| <b>Ambulancia</b>  | \$0 de copago                      |
| <b>Cuidado de emergencia</b>   | \$50 de copago (mundial)           |
| <b>Servicios requeridos de urgencia</b>  | \$25 de copago (mundial)           |

## Programas y beneficios adicionales que Medicare Original no cubre

|  | Dentro de la red y fuera de la red  |
|--|---|
| <b>Examen médico de rutina</b>   | \$0 de copago; 1 por cada año del plan *  |
| <b>Servicios Quiroprácticos – de rutina</b>  | \$15 de copago, 20 visitas por cada año del plan *  |
| <b>Cuidado de los pies – de rutina</b>   | \$25 de copago, 6 visitas por cada año del plan *   |
| <b>UnitedHealthcare</b><br>Programa Healthy at Home para después de ser dado de alta | \$0 de copago por 28 comidas, 12 viajes (en una sola dirección) y 6 horas de cuidado personal no médico por hasta 30 días después de ser dado de alta como paciente hospitalizado o de un centro de enfermería especializada. Se requiere una referencia. |
| <b>Servicios para la Audición – examen de rutina</b>                                 | \$0 de copago, 1 examen por cada año del plan*  |
| <b>Aparatos auditivos</b>  | El plan paga una asignación de \$500 para aparatos auditivos (combinada para ambos oídos), cada 3 años*.  |
| <b>Servicios para la Vista – examen de la vista de rutina</b>                        | <b>Dentro de la red</b><br>\$20 de copago, 1 examen cada 12 meses*<br><b>Fuera de la red</b><br>El plan paga hasta \$80, 1 examen cada 12 meses   |

## Programas y beneficios adicionales que Medicare Original no cubre

|   | Dentro de la red y fuera de la red   |
|---|--|
| <b>Servicios para la Vista – artículos para la vista de rutina</b>            | <p><b>Dentro de la red</b></p> <p>El plan paga hasta \$130 para 1 marco cada año, con lentes estándar totalmente cubiertos. O hasta \$105 para lentes de contacto en lugar de anteojos cada año.*</p> <p><b>Fuera de la red</b></p> <p>El plan paga hasta \$100 para 1 marco y \$100 para 1 par de lentes estándar cada año. O hasta \$100 para lentes de contacto en lugar de anteojos cada año.*</p> |
| <b>Programa de acondicionamiento físico Renew Active® de UnitedHealthcare</b> | \$0 de copago por una membresía estándar a un gimnasio en los sitios participantes   |
| <b>Apoyo de Enfermería 24/7</b>   | Reciba acceso a consultas de enfermería y recursos clínicos adicionales sin costo adicional.   |
| <b>Programa de control de peso Real Appeal®</b>                               | \$0 de copago por el programa de control de peso y de estilo de vida por Internet  |

\* Estos beneficios se consideran de manera combinada, dentro y fuera de la red

## Medicamentos con receta

|   | Su costo  |  |
|---|---|--|
| <b>Etapas de cobertura inicial</b>                      | Farmacia de la red (suministro de 30 días en una farmacia minorista)  | Farmacia con servicio de medicamentos por correo (suministro de 90 días) |
| <b>Nivel 1: Genéricos Preferidos</b>                    | \$10 de copago  | \$20 de copago   |
| <b>Nivel 2: De Marca Preferidos <sup>1</sup></b>        | \$35 de copago  | \$70 de copago   |
| <b>Nivel 3: Medicamentos No Preferidos <sup>1</sup></b> | \$35 de copago  | \$70 de copago   |
| <b>Nivel 4: De Especialidad <sup>1</sup></b>            | \$35 de copago  | \$70 de copago   |
| <b>Etapas sin cobertura</b>                             | Una vez que los costos totales de sus medicamentos alcancen los \$5,030, usted paga el 25% del precio de los medicamentos de marca (más el cargo de suministro) y el 25% del precio de los medicamentos genéricos |  |
| <b>Etapas de Cobertura de Gastos Médicos Mayores</b>    | Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos. Usted no paga nada.  |  |

<sup>1</sup> Usted pagará un máximo de \$35 por un suministro de 1 mes de cada producto de insulina de la Parte D cubierto por nuestro plan. La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo para usted.



El patrocinador de su plan ofrece cobertura adicional de medicamentos con receta. Consulte la lista Cobertura Adicional de Medicamentos para obtener más información.

Los solicitantes del plan para jubilados deben cumplir los requisitos de participación para inscribirse en una cobertura de grupo. La información proporcionada no es una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, comuníquese con el plan. Se pueden aplicar limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, la prima, los copagos o los coseguros pueden cambiar cada año del plan.

La Lista de Medicamentos (Formulario), la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando esto ocurra.

Y0066\_GRMABH\_2024\_SP\_M

UHEX24PP0166997\_000

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

# Beneficios Importantes

## THE ARIZONA STATE RETIREMENT SYSTEM HMO 900009

Con vigencia del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024

Este es un breve resumen de los beneficios de su plan y los costos. Para obtener más información, consulte su Resumen de Beneficios. O revise la Evidencia de Cobertura para obtener una descripción completa de los beneficios, las limitaciones, las exclusiones y las restricciones.

### Costos del plan

|  | Dentro de la red |
|--|------------------|
| <b>Deducible médico anual</b>  | Sin deducible    |
| <b>Máximo anual de gastos médicos de su bolsillo (lo máximo que usted paga en un año del plan por el cuidado médico que tiene cobertura)</b> | \$4,000          |

### Beneficios médicos

Beneficios médicos cubiertos por el plan y Medicare Original

|   | Dentro de la red                      |
|---|---------------------------------------|
| <b>Visita al consultorio médico</b>   |                                       |
| Proveedor de cuidado primario (PCP)   | \$15 de copago                        |
| Especialista  | \$30 de copago                        |
| Visitas virtuales   | \$0 de copago                         |
| <b>Servicios preventivos</b><br>Cubiertos por Medicare  | \$0 de copago                         |
| <b>Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados</b>   | \$100 de copago por cada estadía      |
| <b>Centro de enfermería especializada (SNF)</b>   | \$0 de copago por día, hasta 100 días |
| <b>Cirugía para pacientes ambulatorios</b>  | \$100 de copago                       |
| <b>Rehabilitación para pacientes ambulatorios</b><br>Fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla y del lenguaje | \$15 de copago                        |
| <b>Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios</b>  |                                       |
| Terapia de grupo  | \$15 de copago                        |
| Terapia individual  | \$30 de copago                        |
| Visitas virtuales   | \$30 de copago                        |
| <b>Servicios de radiodiagnóstico</b> por ejemplo, imágenes por resonancia   | \$50 de copago                        |

## Beneficios médicos

Beneficios médicos cubiertos por el plan y Medicare Original

|   | Dentro de la red         |
|---|--------------------------|
| magnética (MRI), tomografías computarizadas (CT)                                      |                          |
| <b>Servicios de laboratorio</b>   | \$0 de copago            |
| <b>Radiografías para pacientes ambulatorios</b>                                       | \$0 de copago            |
| <b>Servicios de radiología terapéutica</b> , por ejemplo, radioterapia para el cáncer | \$0 de copago            |
| <b>Ambulancia</b>   | \$25 de copago           |
| <b>Cuidado de emergencia</b>  | \$50 de copago (mundial) |
| <b>Servicios requeridos de urgencia</b>   | \$15 de copago (mundial) |

## Programas y beneficios adicionales que Medicare Original no cubre

|  | Dentro de la red  |
|--|---|
| <b>Examen médico de rutina</b>   | \$0 de copago; 1 por cada año del plan  |
| <b>UnitedHealthcare</b><br>Programa Healthy at Home para después de ser dado de alta | \$0 de copago por 28 comidas, 12 viajes (en una sola dirección) y 6 horas de cuidado personal no médico por hasta 30 días después de ser dado de alta como paciente hospitalizado o de un centro de enfermería especializada. Se requiere una referencia. |
| <b>Servicios para la Audición – examen de rutina</b>                                 | \$0 de copago, 1 examen por cada año del plan   |
| <b>Aparatos auditivos</b><br>UnitedHealthcare Hearing                                | El plan paga una asignación de \$500 para aparatos auditivos (combinada para ambos oídos), cada 3 años.   |
| <b>Servicios para la Vista – examen de la vista de rutina</b>                        | \$20 de copago, 1 examen cada 12 meses  |
| <b>Servicios para la Vista – artículos para la vista de rutina</b>                   | El plan paga \$130 para 1 marco con lentes estándar totalmente cubiertos, o \$105 para lentes de contacto en lugar de anteojos, cada 12 meses.  |
| <b>Programa de acondicionamiento físico</b><br>Renew Active® de UnitedHealthcare     | \$0 de copago por una membresía estándar a un gimnasio en los sitios participantes  |
| <b>Apoyo de Enfermería 24/7</b>  | Reciba acceso a consultas de enfermería y recursos clínicos adicionales sin costo adicional.  |
| <b>Programa de control de peso Real Appeal®</b>                                      | \$0 de copago por el programa de control de peso y de estilo de vida por Internet   |

## Medicamentos con receta

|   | Su costo   |  |
|---|--|--|
| <b>Etapa de cobertura inicial</b>                       | Farmacia de la red (suministro de 30 días en una farmacia minorista)   | Farmacia con servicio de medicamentos por correo (suministro de 90 días) |
| <b>Nivel 1: Genéricos Preferidos</b>                    | \$10 de copago   | \$20 de copago   |
| <b>Nivel 2: De Marca Preferidos <sup>1</sup></b>        | \$40 de copago   | \$80 de copago   |
| <b>Nivel 3: Medicamentos No Preferidos <sup>1</sup></b> | \$40 de copago   | \$80 de copago   |
| <b>Nivel 4: De Especialidad <sup>1</sup></b>            | \$40 de copago   | \$80 de copago   |
| <b>Etapa sin cobertura</b>                              | Una vez que los costos totales de sus medicamentos alcancen los \$5,030, el plan sigue pagando la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo |  |
| <b>Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores</b>     | Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos. Usted no paga nada.   |  |

<sup>1</sup> Usted pagará un máximo de \$35 por un suministro de 1 mes de cada producto de insulina de la Parte D cubierto por nuestro plan. La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo para usted.

El patrocinador de su plan ofrece cobertura adicional de medicamentos con receta. Consulte la lista Cobertura Adicional de Medicamentos para obtener más información. Los solicitantes del plan para jubilados deben cumplir los requisitos de participación para inscribirse en una cobertura de grupo. La información proporcionada no es una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, comuníquese con el plan. Se pueden aplicar limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, la prima, los copagos o los coseguros pueden cambiar cada año del plan. La Lista de Medicamentos (Formulario), la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando esto ocurra.

# Detalles del Plan

## UnitedHealthcare® Group Medicare Advantage (PPO) y UnitedHealthcare® Group Medicare Advantage (HMO)

El Arizona State Retirement System ha elegido ofrecer dos planes Medicare Advantage para la cobertura que empieza en 2024. Estas opciones de planes son el plan UnitedHealthcare Group Medicare Advantage (PPO) y el plan UnitedHealthcare Group Medicare Advantage (HMO).

La palabra “Grupo” significa que es un plan diseñado específicamente para un empleador anterior o un patrocinador del plan, como el suyo. Solamente los jubilados que cumplen los requisitos de su empleador anterior o del patrocinador del plan pueden inscribirse en este plan.

“Medicare Advantage” también se conoce como la Parte C de Medicare. Estos planes tienen todos los beneficios de la Parte A de Medicare (cobertura hospitalaria) y la Parte B de Medicare (cuidado médico y para pacientes ambulatorios), además de programas adicionales que sobrepasan a Medicare Original (Partes A y B de Medicare).



### Asegúrese de saber qué partes de Medicare tiene

Para inscribirse en este plan, debe tener derecho a la Parte A de Medicare y estar inscrito en la Parte B de Medicare.

- Si usted no está seguro de estar inscrito en la Parte B de Medicare, consulte con el Seguro Social
- Visite [ssa.gov/locator](https://ssa.gov/locator) o llame al **1-800-772-1213**, TTY **1-800-325-0778**, de 8 a.m. a 7 p.m., de lunes a viernes, o comuníquese con su oficina local
- Usted debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare para cumplir los requisitos de cobertura de este plan patrocinado por un grupo
- Si deja de pagar su prima de la Parte B de Medicare, se puede cancelar su inscripción en este plan

## Cobertura de Medicare Advantage:



**Parte A de Medicare**  
Hospitalaria

+



**Parte B de Medicare**  
Cuidado médico y para pacientes ambulatorios

+



**Parte D de Medicare**  
Medicamentos con receta

+



**Programas adicionales**  
Que Sobrepasan Medicare Original

## Cómo funciona su plan Group Medicare Advantage

Las siguientes son las reglas de Medicare sobre qué tipos de cobertura puede agregar o combinar con un plan Medicare Advantage patrocinado por un grupo. Los dos planes de Medicare Advantage ofrecidos por ASRS incluyen cobertura de medicamentos con receta. Tienen una cobertura igual o superior a la cobertura estándar de la Parte D de Medicare.

### ✓ Un plan a la vez

- Usted solamente puede estar inscrito en un plan Medicare Advantage y en un plan de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare a la vez.
- El último plan en el que se inscriba es el plan que los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Medicare & Medicaid Services, CMS) consideran su decisión definitiva.
- Si se inscribe en otro plan de Medicare Advantage o un plan independiente de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare después de inscribirse en el plan del ASRS, a usted y a sus dependientes, si es el caso, se les cancelará su suscripción en los planes del ASRS.



**Recuerde:** Si se cancela su inscripción o deja su cobertura para jubilados de ASRS, es posible que no pueda reinscribirse en el seguro médico con el ASRS a menos que tenga un Evento de Vida que Califica o hasta el siguiente Período de Inscripción Abierta.

### ¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle.

Tenga en cuenta: el horario de atención del Servicio al Cliente será de **7 días a la semana del 15 de octubre al 7 de diciembre.**



[retiree.uhc.com/asrs](http://retiree.uhc.com/asrs)



Llame al número gratuito **1-844-876-6161**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m. hora local, de lunes a viernes

# Cómo funciona su cobertura de medicamentos con receta

Su cobertura de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare incluye miles de medicamentos genéricos y de marca con receta. Consulte la Lista de Medicamentos de su plan para ver si sus medicamentos están cubiertos.

## A continuación, se ofrecen respuestas a las preguntas más frecuentes:

### ¿Qué farmacias puedo usar?

Puede elegir entre miles de farmacias minoristas locales independientes, regionales y de cadena nacionales.

### ¿Qué es un nivel de costo de medicamento?

Los medicamentos se dividen en diferentes niveles de costo. En general, cuanto más bajo sea el nivel, menos pagará usted.

### ¿Cuánto pagaré por mis medicamentos con receta?

Lo que usted pague dependerá de la cobertura que haya acordado su patrocinador del plan y del nivel de costo al que esté asignado su medicamento con receta. Su costo también puede cambiar durante el año según el costo total de los medicamentos con receta que haya surtido.<sup>1</sup>

### ¿Puedo tener más de un plan de medicamentos con receta?

No. Solo puede tener un plan de Medicare que incluya cobertura de medicamentos con receta a la vez. Si se inscribe en otro plan de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare O en un plan de Medicare Advantage que incluye cobertura de medicamentos con receta, se cancelará su inscripción en este plan.

## ¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle.

Tenga en cuenta: el horario de atención del Servicio al Cliente será de **7 días a la semana del 15 de octubre al 7 de diciembre.**



[retiree.uhc.com/asrs](https://retiree.uhc.com/asrs)








Llame al número gratuito **1-844-876-6161**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m. hora local, de lunes a viernes

<sup>1</sup>Para obtener más información sobre su cobertura, consulte los Beneficios Importantes o su Resumen de Beneficios.



## Información adicional sobre sus medicamentos con receta

-  **Es posible que ahorre en los medicamentos que toma con regularidad**  
 Si prefiere la comodidad del servicio de entrega por correo, podría ahorrar tiempo y dinero al recibir sus medicamentos de mantenimiento de Optum® Home Delivery Pharmacy. Recibirá recordatorios automáticos de resurtido y acceso a farmacéuticos con licencia, en caso de tener alguna pregunta.
-  **Pregúntele a su médico por los suministros de prueba**  
 Un suministro de prueba le permite surtir una receta para menos de 30 días. De esta manera, puede pagar un copago o coseguro reducido y asegurarse de que el medicamento funcione para usted antes de obtener un suministro de un mes completo.
-  **Explore las opciones de menor costo**  
 Cada medicamento cubierto en su lista de medicamentos se asigna a un nivel de costo de medicamentos. Por lo general, cuanto más bajo sea el nivel, menos pagará. Si está tomando un medicamento de un nivel superior, sería conveniente que le pregunte a su médico si, en cambio, hay un medicamento en un nivel inferior que usted pudiera tomar.
-  **Realice una revisión anual de medicamentos**  
 Tómese algún tiempo durante la Visita de Bienestar Anual para asegurarse de que está tomando solo los medicamentos que necesita.
-  **Surtir sus recetas es conveniente**  
 UnitedHealthcare cuenta con miles de farmacias minoristas locales independientes, regionales y de cadena nacionales en nuestra red.<sup>1</sup>



### La Promesa de Ahorros de UnitedHealthcare

UnitedHealthcare tiene el compromiso de mantener los costos bajos de sus medicamentos con receta. Como miembro de UnitedHealthcare, usted tiene nuestra Promesa de Ahorros de que obtendrá el precio más bajo disponible. Ese precio bajo podría ser el copago del plan, el precio minorista en la farmacia o nuestro precio contractual con la farmacia.

<sup>1</sup>El tamaño de la red varía según el mercado.



## ¿Qué es el Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso (IRMAA)?

El Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso (Income-Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) es lo que el Seguro Social determina que usted podría tener que pagar además de la prima mensual de su plan si sus ingresos brutos ajustados y modificados en su declaración de impuestos ante el Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) de hace dos años están por encima de un cierto límite. Esta cantidad adicional se paga directamente al Seguro Social, no a su plan. Si usted tiene que pagar un Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso, el Seguro Social se comunicará con usted.



## Comuníquese con el Seguro Social para consultar si califica para el programa Ayuda Adicional

Si tiene un ingreso limitado, es posible que pueda obtener el programa Ayuda Adicional para pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si califica, el programa Ayuda Adicional Medicare podría pagar hasta 75% o más de sus medicamentos. Muchas personas cumplen los requisitos y no lo saben. No hay ninguna multa por presentar una solicitud y puede volver a presentarla cada año.

Llame al número gratuito **1-800-772-1213**, TTY **1-800-325-0778**, de 8 a.m. a 7 p.m., de lunes a viernes, o comuníquese con su oficina local.

## ¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle.

Tenga en cuenta: el horario de atención del Servicio al Cliente será de **7 días a la semana del 15 de octubre al 7 de diciembre.**



[retiree.uhc.com/asrs](https://retiree.uhc.com/asrs)



Llame al número gratuito **1-844-876-6161**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m. hora local, de lunes a viernes

# Cómo obtener la cobertura de cuidado de la salud que podría necesitar

## UnitedHealthcare® Group Medicare Advantage (PPO)

Con este plan, usted tiene acceso a nuestra red nacional de proveedores. Puede consultar a cualquier proveedor (dentro o fuera de la red) por el mismo costo compartido, siempre y cuando acepten el plan y no se hayan retirado de Medicare ni hayan sido excluidos de este. No se necesitan referencias para consultar a un especialista.

Si necesita buscar un nuevo proveedor o especialista, considere elegir uno que esté dentro de nuestra red. Trabajamos estrechamente con nuestra red de proveedores para darles acceso a los recursos y las herramientas que pueden ayudarles a colaborar con usted para tomar mejores decisiones sobre el cuidado de la salud.

## UnitedHealthcare® Group Medicare Advantage (HMO)

Cada persona cubierta debe elegir un médico de cuidado primario (primary care provider, PCP) de una de las redes de proveedores de la HMO. Hay varias redes dentro de la HMO. Todos sus médicos, especialistas, hospitales (excepto el cuidado de urgencias), etc. deben estar contratados en la misma red. Tenga en cuenta que los proveedores de la red pueden cambiar en cualquier momento.

Si recibe cuidado del proveedor de cuidado primario o de un proveedor de la red, por lo general, usted pagará un copago. Si recibe cuidado de un proveedor fuera de la red, deberá pagar el costo total. Es importante que siempre verifique primero para asegurarse de que el proveedor sea un proveedor de la red.

## Buscar un médico es fácil

Si necesita ayuda para buscar un proveedor o un especialista, simplemente llámenos. Incluso podemos ayudarle a programar la primera cita.

## La red de proveedores de UnitedHealthcare

Elegir un proveedor de la red tiene un valor que va más allá de la cobertura de sus beneficios. UnitedHealthcare trabaja en estrecha colaboración con su red de proveedores para brindarles apoyo.

# Aproveche el apoyo y los programas adicionales de UnitedHealthcare



## Visita de Bienestar Anual y muchos servicios preventivos a \$0 de copago<sup>1</sup>

La Visita de Bienestar Anual con su médico es una de las mejores maneras de comenzar su año y mantenerse al día con su salud. Tome el control al programar su examen médico junto con su visita de bienestar anuales a principios de año para darle el mayor tiempo posible para tomar medidas. Usted y su médico pueden trabajar como equipo para crear un plan de cuidado preventivo, revisar los medicamentos y hablar sobre cualquier inquietud de salud. Es posible que también sea elegible para ganar recompensas\* por completar y reportar actividades que cumplan los requisitos relacionadas con la salud.



## Visita de Cuidado Preventivo a Domicilio del Programa HouseCalls de UnitedHealthcare®

Con el programa HouseCalls<sup>2</sup> de UnitedHealthcare®, usted recibe una visita anual a domicilio de uno de nuestros profesionales de cuidado de la salud debidamente autorizados sin costo alguno para usted. La visita del programa HouseCalls está diseñada para ofrecer apoyo, pero no reemplaza el cuidado que usted recibe de su médico habitual.

**La visita puede durar hasta una hora y se adapta a sus necesidades. Incluye exámenes médicos selectos y le brinda la posibilidad de:**

- Revisar medicamentos
- Recibir educación en salud, consejos de prevención, atención y recursos de ayuda, si es necesario
- Obtener consejos y hacer preguntas sobre cómo manejar las condiciones de salud
- Recibir referencias a otros servicios de salud y más

Al final de la visita, nuestro profesional de cuidado de la salud le dejará una lista de verificación personalizada y enviará un resumen de la visita a su médico habitual.



## Visita por Video del Programa HouseCalls de UnitedHealthcare®

Una visita por video de HouseCalls utiliza una computadora, tableta o teléfono inteligente para conectar a los miembros del plan con un profesional de la salud hasta por una hora para revisar su historial médico y los medicamentos actuales, analizar exámenes de detección importantes, identificar riesgos de salud y brindar educación sobre la salud sin costo adicional.



## Apoyo de Enfermería 24/7

Hable por teléfono con una enfermera titulada las 24 horas del día, los 7 días de la semana, acerca de sus inquietudes médicas, sin costo adicional para usted.



## Programas para Condiciones Crónicas

UnitedHealthcare ofrece programas especiales para ayudar a los miembros que viven con una enfermedad crónica como la diabetes, enfermedades cardíacas o necesidades de salud complejas. Usted recibe atención personal y los médicos reúnen información actualizada que les ayudará a tomar decisiones.



## Visitas Virtuales

Consulte a un médico o un especialista en salud del comportamiento a través de su computadora, tableta o teléfono inteligente. Con las Visitas Virtuales, podrá conversar en videochat, en cualquier momento, de día o de noche. Primero tendrá que registrarse y luego programar una cita. En su tableta o teléfono inteligente, puede descargar las aplicaciones Amwell®, Doctor On Demand™ o Teladoc™ (solo para visitas médicas).

### Visitas Virtuales con el Médico

Puede hacer preguntas, obtener un diagnóstico o incluso obtener medicamentos con receta y enviarlos a su farmacia. Todo lo que necesita es una buena conexión a Internet. Las visitas médicas virtuales podrían ser adecuadas para problemas de salud menores como:

- Alergias, bronquitis, resfrío o tos
- Fiebre, gripe estacional, dolor de garganta
- Migrañas, dolor de cabeza, problemas en los senos paranasales, dolor de estómago
- Infecciones urinarias, vesicales, sarpullidos

### Visitas Virtuales de Salud del Comportamiento

Pueden ser la mejor opción para lo siguiente:

- Evaluación inicial
- Manejo de medicamentos para la salud del comportamiento
- Adicción
- Depresión
- Trauma y pérdida
- Estrés o ansiedad



## Aparatos Auditivos

Con UnitedHealthcare Hearing, tiene acceso a asesoramiento amable y experto de nuestra red nacional<sup>3</sup> de más de 7,000<sup>4</sup> proveedores de servicios para la audición, una amplia variedad de modelos de aparatos auditivos con receta de donde elegir, así como una selección de aparatos auditivos sin receta seleccionados por audiólogos en **UHChearing.com** y opciones de citas virtuales. UnitedHealthcare Hearing le ayuda a tener la flexibilidad y la confianza para elegir el cuidado para la audición que sea adecuado para usted; a fin de obtener el cuidado necesario para escuchar mejor y vivir la vida al máximo.



## Programa de Pérdida de Peso por Internet

El programa Real Appeal® es un programa para perder peso que ha demostrado que puede ayudarle a lograr resultados para toda la vida, de a un paso a la vez. Está a su disposición sin costo adicional e incluye:

- Sesiones grupales en internet dirigidas por un entrenador
- Un entrenador de salud que trabajará con usted y lo guiará hacia una vida más saludable y feliz
- Una comunidad con otros miembros para mantenerle motivado
- Herramientas para establecer objetivos, rastreadores y contenido semanal para ayudarle a aprender y mantenerse en el programa
- Un Paquete de Éxito gratuito con todas las herramientas que necesita directamente en su puerta



### **Programa Healthy at Home**

El programa Healthy at Home de UnitedHealthcare® le brinda el apoyo que puede necesitar para recuperarse de las estadías en el hospital y en centros de enfermería especializada. Usted cumple los requisitos para recibir comidas entregadas a su domicilio, transporte a las citas médicas y de cuidado personal no médico para ayudarles con las actividades diarias, todo esto sin costo alguno para usted.



### **Programa de Acondicionamiento Físico de UnitedHealthcare**

Renew Active® es el programa de referencia de acondicionamiento físico para el cuerpo y la mente que ofrece Medicare disponible sin costo adicional. Usted recibirá una membresía de gimnasio gratuita con acceso a la más grande red de gimnasios y centros de acondicionamiento físico de Medicare. Esto incluye acceso a videos de ejercicios digitales a pedido y clases en vivo por Internet, actividades sociales y acceso a la Comunidad Fitbit® en Internet para Renew Active (no se necesita un dispositivo Fitbit) y un programa por Internet que ofrece contenido sobre la salud cerebral de AARP® Staying Sharp®.



### **Y mucho más para ayudarle a llevar una vida más saludable**

Después de que se haga miembro, le conectaremos con muchos programas y herramientas que pueden ayudarle en su camino hacia el bienestar. Recibirá información poco después de que su cobertura entre en vigencia.

# Herramientas y recursos para ayudarle a tomar el control



## Encuentre información importante sobre el plan en Internet

Como miembro de UnitedHealthcare, tendrá acceso a un sitio web seguro y protegido donde podrá:

- Consultar la información más actualizada sobre sus reclamos
- Revisar información sobre beneficios y los materiales del plan
- Imprimir una tarjeta de ID temporal y solicitar una nueva
- Buscar médicos de la red
- Buscar farmacias
- Buscar medicamentos y averiguar cuánto cuestan con su plan
- Aprender más sobre temas de salud y bienestar y explorar todo lo que el programa Renew tiene que ofrecer según sus intereses y metas
- Suscribirse para recibir su Explicación de Beneficios por Internet



## Lleve una Vida más Saludable con el Programa Renew

Explore el programa Renew de UnitedHealthcare<sup>5</sup>, nuestra experiencia de salud y bienestar exclusiva para miembros. El programa Renew lo motiva a hacerse cargo de su salud y bienestar todos los días al proporcionarle una amplia variedad de recursos y actividades útiles, entre las que se incluyen:

- Juegos para ejercitar la mente, recetas saludables, actividades de acondicionamiento físico, cursos de aprendizaje y mucho más, todo sin costo adicional



## Programa Let's Move de UnitedHealthcare<sup>®</sup>

Programa Let's Move ayuda a mantener activa su mente, su cuerpo y su vida social. Con recursos simples, herramientas, eventos y apoyo personalizado, Programa Let's Move le ayuda a explorar formas de comer saludable, mantenerse en forma, superar momentos difíciles y mantenerse conectado, todo esto sin costo alguno para usted.

<sup>1</sup>Se puede aplicar un copago o coseguro si usted recibe servicios que no forman parte del Examen Médico Anual o de la Visita de Bienestar Anual.

<sup>2</sup>Es posible que el programa HouseCalls no esté disponible en todas las áreas.

<sup>3</sup>Consulte su Resumen de Beneficios para ver detalles de su cobertura de beneficios.

<sup>4</sup>El tamaño de la red varía según el mercado.

<sup>5</sup>El programa Renew de UnitedHealthcare no está disponible en todos los planes.

\*Las ofertas de recompensas pueden variar según el plan y no están disponibles en todos los planes. Se aplican las Condiciones de Servicio del programa de Recompensas.



# Resumen de Beneficios 2024

## **UnitedHealthcare Group Medicare Advantage PPO offered by the ASRS**

Nombre del Grupo (Patrocinador del Plan): THE ARIZONA STATE RETIREMENT SYSTEM PPO

Número del Grupo: 12754

H2001-816-000

Consulte esta guía si desea más información sobre el plan y los servicios de salud y medicamentos que cubre.  
Llame a Servicio al Cliente o visite el sitio web para obtener más información sobre el plan.



Llamada gratuita **1-844-876-6161**, TTY **711**

8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes



[retiree.uhc.com/asrs](https://retiree.uhc.com/asrs)

**United  
Healthcare**  
Group Medicare Advantage

Y0066\_SB\_H2001\_816\_000\_2024\_SP\_M



# Resumen de Beneficios

## Del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024

Este es un resumen de qué es lo que cubrimos y qué es lo que a usted le corresponde pagar. Revise la Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) para obtener una lista completa de los servicios cubiertos, las limitaciones y las exclusiones. Puede consultarla por Internet en [retiree.uhc.com/asrs](https://retiree.uhc.com/asrs) o puede llamar a Servicio al Cliente y recibir ayuda. Al inscribirse en el plan, recibirá más información indicándole dónde puede visitar en Internet para consultar los detalles de su plan.

## UnitedHealthcare Group Medicare Advantage PPO offered by the ASRS

| Prima médica y límites   |  |
|--|--|
|  | Dentro de la red y fuera de la red   |
| <b>Prima mensual del plan</b>  | Comuníquese con el administrador de beneficios de su plan de grupo para determinar su prima real, si corresponde.  |
| <b>Máximo de gastos de su bolsillo</b><br>(no incluye medicamentos con receta) | <p>Su plan tiene un máximo combinado anual de gastos de su bolsillo dentro de la red y fuera de la red de \$5,000 para este año del plan.</p> <p>Si usted alcanza el límite de gastos de su bolsillo, seguirá recibiendo los servicios médicos y hospitalarios que tengan cobertura y nosotros pagaremos el costo total durante el resto del año del plan.</p> <p>Tenga en cuenta que usted todavía tendrá que pagar las primas mensuales, si corresponde, y el costo compartido de sus medicamentos con receta de la Parte D.</p> |

| <b>Beneficios médicos</b>  |   |   |
|--|---|---|
|  | <b>Dentro de la red y fuera de la red</b>   |   |
| <b>Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados<sup>1</sup></b>  |   | \$100 de copago por cada estadía<br><br>Nuestro plan cubre un número ilimitado de días en el caso de una estadía en el hospital como paciente hospitalizado.  |
| <b>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios<sup>1</sup></b><br><br>Se aplicará un costo compartido por los servicios adicionales cubiertos por el plan. | Centro de cirugía ambulatoria (ASC)   | \$50 de copago  |
|  | Cirugía para pacientes ambulatorios   | \$50 de copago  |
|  | Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso observación  | \$50 de copago  |
| <b>Visitas al médico</b>   | Proveedor de cuidado primario   | \$15 de copago  |
|  | Visitas virtuales con el médico   | \$0 de copago   |
|  | Especialistas <sup>1</sup>  | \$25 de copago  |
| <b>Servicios preventivos</b>   | Examen médico de rutina   | \$0 de copago; 1 por cada año del plan*   |
|  | Cubiertos por Medicare  | \$0 de copago   |
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal</li> <li>Asesoramiento para reducir el consumo indebido de alcohol</li> <li>Visita de bienestar anual</li> <li>Medición de masa ósea</li> <li>Examen de detección de cáncer de seno (mamografía)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Enfermedades cardiovasculares (terapia conductual)</li> <li>Exámenes cardiovasculares</li> <li>Pruebas de detección de cáncer del cuello uterino y de la vagina</li> <li>Exámenes de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, análisis de</li> </ul> |

## Beneficios médicos

### Dentro de la red y fuera de la red

- |   |   |
|---|---|
| <p>sangre oculta en la materia fecal, sigmoidoscopia flexible)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación de depresión</li> <li>• Pruebas de detección y control de la diabetes</li> <li>• Diabetes – Capacitación para el Automanejo</li> <li>• Capacitación para diálisis</li> <li>• Examen de glaucoma</li> <li>• Prueba de detección de hepatitis C</li> <li>• Prueba de detección del VIH</li> <li>• Educación sobre la enfermedad renal</li> <li>• Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)</li> <li>• Servicios de terapia de nutrición clínica</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Programa para la Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)</li> <li>• Evaluación y asesoramiento sobre obesidad</li> <li>• Exámenes de detección de cáncer de próstata (PSA)</li> <li>• Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento para prevenirlas</li> <li>• Asesoramiento para dejar de usar tabaco (asesoramiento para personas sin señales de enfermedad relacionada con el tabaco)</li> <li>• Vacunas, incluso las vacunas antigripales, contra la hepatitis B, contra la pulmonía o la COVID-19</li> <li>• Visita preventiva “Bienvenido a Medicare” (una vez)</li> </ul> |
|---|---|

Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato tendrá cobertura.  
 Este plan cubre las pruebas de detección de cuidado preventivo y los exámenes médicos anuales al 100%.

### Cuidado de emergencia

\$50 de copago (mundial)

Si es admitido en el hospital en un plazo no mayor de 24 horas, usted paga el costo compartido por cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados en lugar del copago por cuidado de emergencia. Consulte la sección “Cuidado Hospitalario para Pacientes Hospitalizados” de esta guía para ver otros costos.

| <b>Beneficios médicos</b>  |   |   |
|--|---|---|
|  | <b>Dentro de la red y fuera de la red</b>   |   |
| <b>Servicios requeridos de urgencia</b>  |   | <p>\$25 de copago (mundial)</p> <p>Si es admitido en el hospital en un plazo no mayor de 24 horas, usted paga el costo compartido por cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados en lugar del copago por servicios requeridos de urgencia. Consulte la sección “Cuidado Hospitalario para Pacientes Hospitalizados” de esta guía para ver otros costos.</p> |
| <b>Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio, radiología y radiografías</b> | Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, imágenes por resonancia magnética [MRI] y tomografías computarizadas [CT]) <sup>1</sup> | \$0 de copago   |
|  | Servicios de laboratorio <sup>1</sup>   | \$0 de copago   |
|  | Pruebas y procedimientos de diagnóstico <sup>1</sup>  | \$0 de copago   |
|  | Radiología terapéutica <sup>1</sup>   | \$0 de copago   |
|  | Radiografías para pacientes ambulatorios <sup>1</sup>   | \$0 de copago   |
| <b>Servicios para la audición</b>  | Examen para diagnosticar y tratar problemas de la audición y del equilibrio <sup>1</sup>  | \$25 de copago  |
|  | Examen de audición de rutina  | \$0 de copago, 1 examen por cada año del plan*  |
|  | Aparatos Auditivos  | El plan paga una asignación de hasta \$500 para aparatos auditivos (combinada para ambos oídos), cada 3 años.*  |

| Beneficios médicos             |   |   |
|--------------------------------|---|---|
|                                |   | Dentro de la red y fuera de la red  |
| <b>Servicios para la vista</b> | Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de los ojos <sup>1</sup> | \$25 de copago  |
|                                | Artículos para la vista después de una cirugía de cataratas                           | \$0 de copago   |
|                                | Examen de la vista de rutina  | Dentro de la red<br>\$20 de copago, 1 examen cada 12 meses*<br>Fuera de la red<br>El plan paga hasta \$80, 1 examen cada 12 meses   |
|                                | Artículos para la vista de rutina   | Dentro de la red<br>El plan paga hasta \$130 para 1 marco cada año, con lentes estándar totalmente cubiertos. O hasta \$105 para lentes de contacto en lugar de anteojos cada año.*<br>Fuera de la red<br>El plan paga hasta \$100 para 1 marco y \$100 para 1 par de lentes estándar cada año. O hasta \$100 para lentes de contacto en lugar de anteojos cada año.* |
| <b>Salud Mental</b>            | Visita como paciente hospitalizado <sup>1</sup>                                       | \$100 de copago por cada estadía<br>Nuestro plan cubre un número ilimitado de días en el caso de una estadía en el hospital como paciente hospitalizado.  |
|                                | Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios <sup>1</sup>                   | \$0 de copago   |
|                                | Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios <sup>1</sup>                 | \$0 de copago   |

| <b>Beneficios médicos</b>  |  |   |
|--|--|---|
|  | <b>Dentro de la red y fuera de la red</b>  |   |
|  | Visitas virtuales relacionadas con el comportamiento   | \$0 de copago   |
| <b>Centro de enfermería especializada (SNF)<sup>1</sup></b>  |  | \$0 de copago por día, días 1 a 100<br><br>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada por cada período de beneficios. |
|  | <b>Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla y del lenguaje)<sup>1</sup></b> | \$0 de copago   |
|  | <b>Ambulancia<sup>2</sup></b>  | \$0 de copago   |
| <b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b>  | Medicamentos para quimioterapia <sup>1</sup>   | \$0 de copago   |
| Los medicamentos de la Parte B pueden estar sujetos a Terapia Escalonada. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener información detallada. | Otros medicamentos de la Parte B <sup>1</sup>  | \$0 de copago   |

## Medicamentos con receta

Si el costo real de un medicamento es menor que el costo compartido normal para ese medicamento, usted pagará el costo real, no el costo compartido más alto.

El patrocinador de su plan ha decidido ofrecerle una cobertura complementaria de medicamentos. Esta cobertura es adicional a su beneficio de medicamentos con receta de la Parte D. Los copagos por medicamentos de esta sección corresponden a medicamentos que están cubiertos tanto por su beneficio de medicamentos con receta de la Parte D como por su cobertura complementaria de medicamentos. Puede consultar el Certificado de Cobertura en [retiree.uhc.com/asrs](http://retiree.uhc.com/asrs) o llamar a Servicio al Cliente y pedir que le envíen una copia impresa.

El patrocinador de su plan ofrece cobertura adicional de medicamentos con receta. Consulte la lista Cobertura Adicional de Medicamentos para obtener más información.

Si usted vive en un centro de cuidado a largo plazo, pagará lo mismo por un suministro de 31 días que por un suministro de 30 días en una farmacia minorista.

|  |  |   |
|--|--|---|
| <b>Etapa 1: Deducible anual para medicamentos con receta (Parte D)</b>                   | Esta etapa de pago no se aplica en su caso ya que este plan no tiene un deducible.   |   |
| <b>Etapa 2: Cobertura Inicial (Una vez que haya pagado el deducible, si corresponde)</b> | <b>Costo Compartido en Farmacia Minorista</b>  | <b>Costo Compartido en Farmacia de Pedidos por Correo</b> |
|  | <b>Suministro de 30 días</b>   | <b>Suministro de 90 días</b>                              |
| <b>Nivel 1:</b><br>Genéricos Preferidos  | \$10 de copago   | \$20 de copago  |
| <b>Nivel 2:</b><br>De Marca Preferidos <sup>1</sup>                                      | \$35 de copago   | \$70 de copago  |
| <b>Nivel 3:</b><br>Medicamentos No Preferidos <sup>1</sup>                               | \$35 de copago   | \$70 de copago  |
| <b>Nivel 4:</b><br>De Especialidad <sup>1</sup>  | \$35 de copago   | \$70 de copago  |
| <b>Etapa 3: Etapa Sin Cobertura</b>  | Una vez que los costos totales de sus medicamentos alcancen los \$5,030, usted paga el 25% del precio negociado y una parte del cargo de suministro por los medicamentos de marca y el 25% del precio de los medicamentos genéricos. |   |
| <b>Etapa 4: Cobertura de Gastos Médicos Mayores</b>                                      | Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos. Usted no paga nada.   |   |

<sup>1</sup> Usted pagará un máximo de \$35 por un suministro de 1 mes de cada producto de insulina de la Parte D cubierto por nuestro plan. La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo para usted.



| Beneficios adicionales          |  |  |
|---------------------------------|--|--|
|                                 |  | Dentro de la red y fuera de la red   |
| <b>Servicios de acupuntura</b>  | Acupuntura cubierta por Medicare (para el dolor lumbar crónico)  | \$15 de copago   |
| <b>Servicios quiroprácticos</b> | Cuidado quiropráctico cubierto por Medicare (manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación) <sup>1</sup> | \$15 de copago   |
|                                 | Servicios quiroprácticos de rutina   | \$15 de copago, hasta 20 visitas por cada año del plan*  |
| <b>Manejo de la diabetes</b>    | Suministros para el control de la diabetes <sup>1</sup>  | \$0 de copago<br>Cubrimos solamente las marcas Accu-Chek® y OneTouch®.<br><br>Entre los medidores de glucosa con cobertura se incluyen: OneTouch Verio Flex®, OneTouch Verio Reflect®, OneTouch® Verio, OneTouch® Ultra 2, Accu-Chek® Guide Me y Accu-Chek® Guide.<br><br>Tiras para medir la glucosa: OneTouch Verio®, OneTouch Ultra®, Accu-Chek® Guide, Accu-Chek® Aviva Plus y Accu-Chek® SmartView.<br><br>Su plan no cubre otras marcas. |
|                                 | Medidores Continuos de Glucosa (CGM) y sus suministros cubiertos por Medicare <sup>1</sup>   | \$0 de copago  |
|                                 | Capacitación para el automanejo de la diabetes   | \$0 de copago  |
|                                 |  |  |

| <b>Beneficios adicionales</b>   |   |   |
|---|---|---|
|   |   | <b>Dentro de la red y fuera de la red</b>   |
|   | Plantillas o zapatos terapéuticos <sup>1</sup>  | \$0 de copago   |
| <b>Equipo Médico Duradero (DME) y Suministros Relacionados</b>                            | Equipo Médico Duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno) <sup>1</sup>            | \$0 de copago   |
|   | Prótesis (por ejemplo, abrazaderas ortopédicas, extremidades artificiales) <sup>1</sup> | \$0 de copago   |
| <b>Programa de acondicionamiento físico</b><br>Programa Renew Active® de UnitedHealthcare |   | <p>\$0 de copago por el programa Renew Active® de UnitedHealthcare, el programa de referencia de acondicionamiento físico para el cuerpo y la mente de Medicare. Incluye una membresía gratuita a un gimnasio que usted elija de nuestra red nacional de centros de acondicionamiento físico, clases por Internet, contenido para la agudeza mental y actividades sociales divertidas. Visite <a href="http://UHCRenewActive.com">UHCRenewActive.com</a> para obtener más información hoy mismo.</p> <p>Una vez que sea miembro, necesitará un código de confirmación. Inicie sesión en el sitio web de su plan, vaya a "Health &amp; Wellness" (Salud y Bienestar) y elija Renew Active, o llame al número que se encuentra en su tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare para obtener su código.</p> |
| <b>Cuidado de los pies (servicios de podiatría)</b>                                       | Exámenes y tratamiento de los pies <sup>1</sup>   | \$25 de copago  |
|   | Cuidado de los pies de rutina   | \$25 de copago, 6 visitas por cada año del plan *   |
| <b>UnitedHealthcare</b><br>Programa Healthy at Home                                       |   | \$0 de copago por los siguientes beneficios por hasta 30 días después de ser dado de alta como paciente hospitalizado o de un centro de enfermería especializada:   |

| Beneficios adicionales  |   |
|---|---|
|   | Dentro de la red y fuera de la red  |
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 28 comidas entregadas a su domicilio*</li> <li>• 12 viajes en una sola dirección a citas médicas y a farmacias*</li> <li>• 6 horas de servicios para el cuidado personal no médico - un cuidador profesional puede ayudarlo con la preparación de comidas, la compañía, recordatorios para tomar los medicamentos y mucho más. No se requiere una referencia.</li> </ul> <p>Para obtener más información y usar sus beneficios, llame al número de Servicio al Cliente que se encuentra en su tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare.</p> <p>* Llame a Servicio al Cliente para solicitar una referencia por cada vez que le den de alta.</p> <p>Se pueden aplicar algunas restricciones y limitaciones.</p> |
| <b>Cuidado de asistencia médica a domicilio<sup>1</sup></b>                       | \$0 de copago   |
| <b>Cuidados Paliativos</b>  | Usted no paga nada por los cuidados paliativos recibidos de cualquier centro de cuidados paliativos aprobado por Medicare. Es posible que usted tenga que pagar una parte de los costos de los medicamentos y del relevo del cuidador. Los cuidados paliativos están cubiertos por Medicare Original, fuera de nuestro plan.  |
| <b>Apoyo de Enfermería 24/7</b>   | Reciba acceso a consultas de enfermería y recursos clínicos adicionales sin costo adicional.  |
| <b>Servicios del programa de tratamiento relacionado con opiáceos<sup>1</sup></b> | \$0 de copago   |

## Beneficios adicionales

|  |   | Dentro de la red y fuera de la red  |
|--|---|---|
| <b>Servicios para pacientes ambulatorios por abuso de sustancias</b> | Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios <sup>1</sup>   | \$0 de copago   |
|  | Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios <sup>1</sup> | \$0 de copago   |
| <b>Programa de Control de Peso Real Appeal®</b>                      |   | <p>\$0 de copago por Real Appeal®, un programa de control de peso y de estilo de vida saludable por Internet con suficiente evidencia que le ayuda a lograr resultados a largo plazo.</p> <p>Llame o visite el sitio web para comenzar hoy mismo. 1-844-924-7325, TTY 711 o <a href="http://uhc.realappeal.com">uhc.realappeal.com</a></p> <p>* Real Appeal está disponible sin costo adicional para miembros con un índice de masa corporal de 19 o más alto. Si está embarazada, hable con su proveedor de cuidado primario (primary care provider, PCP) antes de inscribirse en el programa.</p> |
| <b>Diálisis Renal<sup>1</sup></b>                                    |   | \$0 de copago   |

<sup>1</sup> Algunos de los beneficios de la red indicados pueden requerir que su proveedor obtenga una preautorización. Nunca necesitará una preaprobación para recibir servicios cubiertos por el plan de proveedores fuera de la red. Consulte la Evidencia de Cobertura para ver una lista completa de los servicios que posiblemente requieran preautorización.

<sup>2</sup> Se requiere autorización para el transporte en ambulancia aérea, cubierto por Medicare, en situaciones que no son de emergencia. No se requiere autorización para el transporte en ambulancia terrestre, cubierto por Medicare, en situaciones que no son de emergencia. No se requiere autorización para una ambulancia (terrestre o aérea) en situaciones de emergencia.

\*Estos beneficios se consideran de manera combinada, dentro y fuera de la red

## Acerca de este plan

UnitedHealthcare Group Medicare Advantage PPO offered by the ASRS es un plan Medicare Advantage PPO que tiene un contrato con Medicare.

Para inscribirse en este plan, usted debe tener derecho a la Parte A de Medicare, debe estar inscrito en la Parte B de Medicare, debe vivir en nuestra área de servicio que se indica a continuación, debe ser un ciudadano de los Estados Unidos o su presencia en los Estados Unidos debe estar debidamente legalizada y, además, debe cumplir los requisitos de participación establecidos por su empleador anterior, su sindicato o el administrador de su fideicomiso (patrocinador de su plan).

Nuestra área de servicio incluye los 50 estados, el District of Columbia y todos los territorios de los Estados Unidos.

## Acerca de los proveedores y farmacias de la red

UnitedHealthcare Group Medicare Advantage PPO offered by the ASRS tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Puede consultar a cualquier proveedor (de la red o fuera de la red) por el mismo costo compartido, siempre y cuando acepten el plan y participen o no hayan sido excluidos o imposibilitados de participar en el Programa de Medicare. Si utiliza farmacias que no están en nuestra red, es posible que el plan no pague los medicamentos recibidos, o que usted deba pagar más de lo que pagaría en una farmacia de la red.

Puede visitar [retiree.uhc.com/asrs](https://retiree.uhc.com/asrs) para buscar un proveedor o una farmacia de la red mediante los directorios en Internet. También puede consultar la Lista de Medicamentos (Formulario) del plan para saber qué medicamentos están cubiertos y si hay alguna restricción.

## Información necesaria

UnitedHealthcare Group Medicare Advantage PPO offered by the ASRS está asegurado a través de UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus compañías afiliadas, una organización de planes Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare.

Es posible que los planes ofrezcan beneficios complementarios además de los beneficios de la Parte C y de la Parte D.

Si desea más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte la versión más reciente del manual "Medicare y Usted". El manual está disponible en Internet en [es.medicare.gov](http://es.medicare.gov) o puede pedir una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

UnitedHealthcare no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad en sus programas y actividades relacionados con la salud.

UnitedHealthcare ofrece servicios gratuitos para ayudarle a que se comunique con nosotros. Por ejemplo, documentos en otros idiomas, braille, en letra grande o en audio. O bien, usted puede pedir un intérprete. Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente al número que se encuentra en su tarjeta de ID de miembro o en la portada de la guía de su plan.

UnitedHealthcare provides free services to help you communicate with us such as documents in other languages, Braille, large print, audio, or you can ask for an interpreter. For more information, please call Customer Service at the number on your member ID card or the front of your plan booklet.

Esta información está disponible sin costo en otros idiomas. Llame a nuestro número de Servicio al Cliente que se encuentra en la primera página de esta guía.

Los beneficios, las características o los dispositivos varían según el plan o el área. Se pueden aplicar limitaciones y exclusiones.

Usted no está obligado a usar la entrega a domicilio de OptumRx para obtener un suministro de 90 días de sus medicamentos de mantenimiento. Si no ha usado la entrega a domicilio de OptumRx, usted debe aprobar la primera receta que su médico envíe directamente a OptumRx antes de que se pueda surtir. Los medicamentos con una receta nueva que OptumRx envía deberían llegarle en un plazo no mayor de cinco días hábiles a partir de la fecha en que se reciba el formulario de pedido completo. Los resurtidos deberían llegarle en aproximadamente siete días hábiles. Comuníquese con OptumRx en cualquier momento al 1-888-279-1828, TTY 711. OptumRx es una compañía afiliada de UnitedHealthcare Insurance Company.

El Formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando esto ocurra.

Usted debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare.

Los proveedores fuera de la red o no contratados no tienen ninguna obligación de tratar a los miembros de UnitedHealthcare, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de Servicio al Cliente o consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información, incluso el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

Los Servicios de Apoyo de Enfermería 24/7 no se deben usar para necesidades de cuidado de urgencia ni de emergencia. En caso de emergencia, llame al 911 o visite a la sala de emergencias más cercana. La información proporcionada a través de este servicio es para su conocimiento solamente. El personal de enfermería no puede diagnosticar problemas ni recomendar tratamientos; tampoco sustituye el cuidado de su médico. La confidencialidad de su información de salud se mantiene según la ley. El acceso a este servicio está sujeto a las condiciones de uso.

La participación en el programa RenewActive® es voluntaria. Consulte a su médico antes de empezar un programa de ejercicios o de hacer cambios en su estilo de vida o en su rutina de cuidado de la salud. El programa Renew Active incluye una membresía estándar en un programa de acondicionamiento físico y otras ofertas. El equipo, las clases, los planes de acondicionamiento físico personalizados, el acceso para los cuidadores y los eventos de la membresía en el programa de acondicionamiento físico pueden variar según el sitio. Ciertos servicios, clases, eventos y ofertas de acondicionamiento físico por Internet son proporcionados por compañías afiliadas de UnitedHealthcare Insurance Company o por terceros que no están afiliados a UnitedHealthcare. La participación en estos servicios de terceros está sujeta a la aceptación de sus términos y normas correspondientes. AARP® Staying Sharp es la marca registrada de AARP. UnitedHealthcare no es responsable de los servicios ni la información proporcionada por terceros. La

información proporcionada a través de estos servicios es para su conocimiento solamente y no sustituye el consejo de un médico. El programa Renew Active varía según el plan o el área. El acceso a la red de gimnasios y centros de acondicionamiento físico puede variar según el sitio y el plan.

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.





# Resumen de Beneficios 2024

## UnitedHealthcare Group Medicare Advantage HMO offered by the ASRS

Nombre del Grupo (Patrocinador del Plan): THE ARIZONA STATE RETIREMENT SYSTEM HMO

Número del Grupo: 900009

H0609-808-000

Consulte esta guía si desea más información sobre el plan y los servicios de salud y medicamentos que cubre.  
Llame a Servicio al Cliente o visite el sitio web para obtener más información sobre el plan.



Llamada gratuita **1-844-876-6161**, TTY **711**

8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes



[retiree.uhc.com/asrs](https://retiree.uhc.com/asrs)

**United  
Healthcare**  
Group Medicare Advantage

Y0066\_SB\_H0609\_808\_000\_2024\_SP\_M

# Resumen de Beneficios

## Del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024

Este es un resumen de qué es lo que cubrimos y qué es lo que a usted le corresponde pagar. Revise la Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) para obtener una lista completa de los servicios cubiertos, las limitaciones y las exclusiones. Puede consultarla por Internet en [retiree.uhc.com/asrs](https://retiree.uhc.com/asrs) o puede llamar a Servicio al Cliente y recibir ayuda. Al inscribirse en el plan, recibirá más información indicándole dónde puede visitar en Internet para consultar los detalles de su plan.

## UnitedHealthcare Group Medicare Advantage HMO offered by the ASRS

| Prima médica y límites   |   |
|--|---|
|  | Dentro de la red  |
| <b>Prima mensual del plan</b>  | Comuníquese con el administrador de beneficios de su plan de grupo para determinar su prima real, si corresponde.   |
| <b>Máximo de gastos de su bolsillo</b><br>(no incluye medicamentos con receta) | <p>\$4,000 anuales por servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Si usted alcanza el límite de gastos de su bolsillo, seguirá recibiendo los servicios médicos y hospitalarios que tengan cobertura y nosotros pagaremos el costo total durante el resto del año del plan.</p> <p>Tenga en cuenta que usted todavía tendrá que pagar las primas mensuales, si corresponde, y el costo compartido de sus medicamentos con receta de la Parte D.</p> |

| <b>Beneficios médicos</b>  |   |   |
|--|---|---|
|  |   | <b>Dentro de la red</b>   |
| <b>Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados<sup>1</sup></b>  |   | \$100 de copago por cada estadía<br><br>Nuestro plan cubre un número ilimitado de días en el caso de una estadía en el hospital como paciente hospitalizado.  |
| <b>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios<sup>1</sup></b><br><br>Se aplicará un costo compartido por los servicios adicionales cubiertos por el plan. | Centro de cirugía ambulatoria (ASC)   | \$100 de copago   |
|  | Cirugía para pacientes ambulatorios   | \$100 de copago   |
|  | Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso observación  | \$100 de copago   |
| <b>Visitas al médico</b>   | Proveedor de cuidado primario   | \$15 de copago  |
|  | Visitas virtuales con el médico   | \$0 de copago   |
|  | Especialistas <sup>1</sup>  | \$30 de copago  |
| <b>Servicios preventivos</b>   | Examen médico de rutina   | \$0 de copago; 1 por cada año del plan  |
|  | Cubiertos por Medicare  | \$0 de copago   |
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal</li> <li>Asesoramiento para reducir el consumo indebido de alcohol</li> <li>Visita de bienestar anual</li> <li>Medición de masa ósea</li> <li>Examen de detección de cáncer de seno (mamografía)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Enfermedades cardiovasculares (terapia conductual)</li> <li>Exámenes cardiovasculares</li> <li>Pruebas de detección de cáncer del cuello uterino y de la vagina</li> <li>Exámenes de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, análisis de</li> </ul> |

## Beneficios médicos

### Dentro de la red

- sangre oculta en la materia fecal, sigmoidoscopia flexible)
- Evaluación de depresión
- Pruebas de detección y control de la diabetes
- Diabetes – Capacitación para el Automanejo
- Capacitación para diálisis
- Examen de glaucoma
- Prueba de detección de hepatitis C
- Prueba de detección del VIH
- Educación sobre la enfermedad renal
- Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)
- Servicios de terapia de nutrición clínica
- Programa para la Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)
- Evaluación y asesoramiento sobre obesidad
- Exámenes de detección de cáncer de próstata (PSA)
- Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento para prevenirlas
- Asesoramiento para dejar de usar tabaco (asesoramiento para personas sin señales de enfermedad relacionada con el tabaco)
- Vacunas, incluso las vacunas antigripales, contra la hepatitis B, contra la pulmonía o la COVID-19
- Visita preventiva “Bienvenido a Medicare” (una vez)

Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato tendrá cobertura.  
Este plan cubre las pruebas de detección de cuidado preventivo y los exámenes médicos anuales al 100%.

### Cuidado de emergencia

\$50 de copago (mundial)

Si es admitido en el hospital en un plazo no mayor de 24 horas, usted paga el costo compartido por cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados en lugar del copago por cuidado de emergencia. Consulte la sección “Cuidado Hospitalario para Pacientes Hospitalizados” de esta guía para ver otros costos.

| <b>Beneficios médicos</b>  |   |   |
|--|---|---|
|  |   | <b>Dentro de la red</b>   |
| <b>Servicios requeridos de urgencia</b>  |   | <p>\$15 de copago (mundial)</p> <p>Si es admitido en el hospital en un plazo no mayor de 24 horas, usted paga el costo compartido por cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados en lugar del copago por servicios requeridos de urgencia. Consulte la sección “Cuidado Hospitalario para Pacientes Hospitalizados” de esta guía para ver otros costos.</p> |
| <b>Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio, radiología y radiografías</b> | Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, imágenes por resonancia magnética [MRI] y tomografías computarizadas [CT]) <sup>1</sup> | \$50 de copago  |
|  | Servicios de laboratorio <sup>1</sup>   | \$0 de copago   |
|  | Pruebas y procedimientos de diagnóstico <sup>1</sup>  | \$0 de copago   |
|  | Radiología terapéutica <sup>1</sup>   | \$0 de copago   |
|  | Radiografías para pacientes ambulatorios <sup>1</sup>   | \$0 de copago   |
| <b>Servicios para la audición</b>  | Examen para diagnosticar y tratar problemas de la audición y del equilibrio <sup>1</sup>  | \$30 de copago  |
|  | Examen de audición de rutina  | \$0 de copago, 1 examen por cada año del plan   |
|  | Aparatos Auditivos UnitedHealthcare Hearing   | A través de UnitedHealthcare Hearing, el plan paga una asignación de \$500 para aparatos auditivos (combinada para ambos oídos), cada 3 años.   |

## Beneficios médicos

|                                |   | Dentro de la red   |
|--------------------------------|---|--|
| <b>Servicios para la vista</b> | Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de los ojos <sup>1</sup> | \$30 de copago   |
|                                | Artículos para la vista después de una cirugía de cataratas                           | \$0 de copago  |
|                                | Examen de la vista de rutina  | \$20 de copago, 1 examen cada 12 meses   |
|                                | Artículos para la vista de rutina   | El plan paga hasta \$130 para 1 marco con lentes estándar totalmente cubiertos, o hasta \$105 para lentes de contacto en lugar de anteojos, cada 12 meses. |
| <b>Salud Mental</b>            | Visita como paciente hospitalizado <sup>1</sup>                                       | \$100 de copago por cada estadía, hasta 190 días<br>Nuestro plan cubre 190 días en el caso de una estadía en el hospital como paciente hospitalizado.      |
|                                | Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios <sup>1</sup>                   | \$15 de copago   |
|                                | Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios <sup>1</sup>                 | \$30 de copago   |
|                                | Visitas virtuales relacionadas con el comportamiento                                  | \$30 de copago   |

| <b>Beneficios médicos</b>  |   |  |
|--|---|--|
| <b>Dentro de la red</b>  |   |  |
| <b>Centro de enfermería especializada (SNF)<sup>1</sup></b>  |   | <p>\$0 de copago por día, días 1 a 100</p> <p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada por cada período de beneficios.</p> |
| <b>Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla y del lenguaje)<sup>1</sup></b>             |   | \$15 de copago   |
| <b>Ambulancia<sup>2</sup></b>  |   | \$25 de copago   |
| <b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b>  | Medicamentos para quimioterapia <sup>1</sup>  | \$0 de copago  |
| Los medicamentos de la Parte B pueden estar sujetos a Terapia Escalonada. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener información detallada. | Otros medicamentos de la Parte B <sup>1</sup> | \$0 de copago  |

## Medicamentos con receta

Si el costo real de un medicamento es menor que el costo compartido normal para ese medicamento, usted pagará el costo real, no el costo compartido más alto.

El patrocinador de su plan ha decidido ofrecerle una cobertura complementaria de medicamentos. Esta cobertura es adicional a su beneficio de medicamentos con receta de la Parte D. Los copagos por medicamentos de esta sección corresponden a medicamentos que están cubiertos tanto por su beneficio de medicamentos con receta de la Parte D como por su cobertura complementaria de medicamentos. Puede consultar el Certificado de Cobertura en [retiree.uhc.com/asrs](http://retiree.uhc.com/asrs) o llamar a Servicio al Cliente y pedir que le envíen una copia impresa.

El patrocinador de su plan ofrece cobertura adicional de medicamentos con receta. Consulte la lista Cobertura Adicional de Medicamentos para obtener más información.

Si usted vive en un centro de cuidado a largo plazo, pagará lo mismo por un suministro de 31 días que por un suministro de 30 días en una farmacia minorista.

|  |   |   |
|--|---|---|
| <b>Etapa 1: Deducible anual para medicamentos con receta (Parte D)</b>                   | Esta etapa de pago no se aplica en su caso ya que este plan no tiene un deducible.  |   |
| <b>Etapa 2: Cobertura Inicial (Una vez que haya pagado el deducible, si corresponde)</b> | <b>Costo Compartido en Farmacia Minorista</b>   | <b>Costo Compartido en Farmacia de Pedidos por Correo</b> |
|  | <b>Suministro de 30 días</b>  | <b>Suministro de 90 días</b>                              |
| <b>Nivel 1:</b><br>Genéricos Preferidos  | \$10 de copago  | \$20 de copago  |
| <b>Nivel 2:</b><br>De Marca Preferidos <sup>1</sup>                                      | \$40 de copago  | \$80 de copago  |
| <b>Nivel 3:</b><br>Medicamentos No Preferidos <sup>1</sup>                               | \$40 de copago  | \$80 de copago  |
| <b>Nivel 4:</b><br>De Especialidad <sup>1</sup>  | \$40 de copago  | \$80 de copago  |
| <b>Etapa 3: Etapa Sin Cobertura</b>  | Una vez que los costos totales de sus medicamentos alcancen los \$5,030, el plan sigue pagando la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo. |   |
| <b>Etapa 4: Cobertura de Gastos Médicos Mayores</b>                                      | Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos. Usted no paga nada.  |   |



<sup>1</sup> Usted pagará un máximo de \$35 por un suministro de 1 mes de cada producto de insulina de la Parte D cubierto por nuestro plan. La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo para usted.

| <b>Beneficios adicionales</b>                                  |  |                         |
|--|--|-------------------------|
|  |  | <b>Dentro de la red</b> |
| <b>Servicios de acupuntura</b>                                 | Acupuntura cubierta por Medicare (para el dolor lumbar crónico)  | \$15 de copago          |
| <b>Servicios quiroprácticos</b>                                | Cuidado quiropráctico cubierto por Medicare (manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación) <sup>1</sup> | \$15 de copago          |
| <b>Manejo de la diabetes</b>                                   | Suministros para el control de la diabetes <sup>1</sup>  | \$0 de copago           |
|  | Medidores Continuos de Glucosa (CGM) y sus suministros cubiertos por Medicare <sup>1</sup>   | \$0 de copago           |
|  | Capacitación para el automanejo de la diabetes   | \$0 de copago           |
|  | Plantillas o zapatos terapéuticos <sup>1</sup>   | \$0 de copago           |
| <b>Equipo Médico Duradero (DME) y Suministros Relacionados</b> | Equipo Médico Duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno) <sup>1</sup>   | \$0 de copago           |
|  | Prótesis (por ejemplo, abrazaderas ortopédicas, extremidades artificiales) <sup>1</sup>  | \$0 de copago           |

| Beneficios adicionales  |   |  |
|---|---|--|
|   |   | Dentro de la red   |
| <b>Programa de acondicionamiento físico</b><br>Programa Renew Active® de UnitedHealthcare |   | <p>\$0 de copago por el programa Renew Active® de UnitedHealthcare, el programa de referencia de acondicionamiento físico para el cuerpo y la mente de Medicare. Incluye una membresía gratuita a un gimnasio que usted elija de nuestra red nacional de centros de acondicionamiento físico, clases por Internet, contenido para la agudeza mental y actividades sociales divertidas. Visite <a href="http://UHCRenewActive.com">UHCRenewActive.com</a> para obtener más información hoy mismo.</p> <p>Una vez que sea miembro, necesitará un código de confirmación. Inicie sesión en el sitio web de su plan, vaya a "Health &amp; Wellness" (Salud y Bienestar) y elija Renew Active, o llame al número que se encuentra en su tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare para obtener su código.</p>  |
| <b>Cuidado de los pies (servicios de podiatría)</b>                                       | Exámenes y tratamiento de los pies <sup>1</sup> | \$30 de copago   |
| <b>UnitedHealthcare</b><br>Programa Healthy at Home                                       |   | <p>\$0 de copago por los siguientes beneficios por hasta 30 días después de ser dado de alta como paciente hospitalizado o de un centro de enfermería especializada:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 28 comidas entregadas a su domicilio*</li> <li>• 12 viajes en una sola dirección a citas médicas y a farmacias*</li> <li>• 6 horas de servicios para el cuidado personal no médico - un cuidador profesional puede ayudarlo con la preparación de comidas, la compañía, recordatorios para tomar los medicamentos y mucho más. No se requiere una referencia.</li> </ul> <p>Para obtener más información y usar sus beneficios, llame al número de Servicio al Cliente que se encuentra en su tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare.</p> <p>*Llame a Servicio al Cliente para solicitar una referencia por cada vez que le den de alta.</p> |

| <b>Beneficios adicionales</b>   |   |  |
|---|---|--|
|   |   | <b>Dentro de la red</b>  |
|   |   | Se pueden aplicar algunas restricciones y limitaciones.  |
| <b>Cuidado de asistencia médica a domicilio<sup>1</sup></b>                       |   | \$0 de copago  |
| <b>Cuidados Paliativos</b>  |   | Usted no paga nada por los cuidados paliativos recibidos de cualquier centro de cuidados paliativos aprobado por Medicare. Es posible que usted tenga que pagar una parte de los costos de los medicamentos y del relevo del cuidador. Los cuidados paliativos están cubiertos por Medicare Original, fuera de nuestro plan.   |
| <b>Apoyo de Enfermería 24/7</b>   |   | Reciba acceso a consultas de enfermería y recursos clínicos adicionales sin costo adicional.   |
| <b>Servicios del programa de tratamiento relacionado con opiáceos<sup>1</sup></b> |   | \$0 de copago  |
| <b>Servicios para pacientes ambulatorios por abuso de sustancias</b>              | Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios <sup>1</sup>   | \$15 de copago   |
|   | Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios <sup>1</sup> | \$30 de copago   |
| <b>Programa UnitedHealth Passport®</b>  |   | Mientras viaje dentro del área de servicio cubierta, le permite acceder a todos los beneficios que tiene en el área de servicio donde vive, durante hasta nueve meses consecutivos. Usted paga el copago o coseguro dentro de la red cuando visita a un proveedor participante para recibir cuidado que no es de emergencia, incluso el cuidado preventivo, el cuidado de especialistas y hospitalizaciones. |

| Beneficios adicionales                          |   |
|---|---|
|   | Dentro de la red  |
| <b>Programa de Control de Peso Real Appeal®</b> | <p>\$0 de copago por Real Appeal®, un programa de control de peso y de estilo de vida saludable por Internet con suficiente evidencia que le ayuda a lograr resultados a largo plazo.</p> <p>Llame o visite el sitio web para comenzar hoy mismo. 1-844-924-7325, TTY 711 o <a href="http://uhc.realappeal.com">uhc.realappeal.com</a></p> <p>* Real Appeal está disponible sin costo adicional para miembros con un índice de masa corporal de 19 o más alto. Si está embarazada, hable con su proveedor de cuidado primario (primary care provider, PCP) antes de inscribirse en el programa.</p> |
| <b>Diálisis Renal<sup>1</sup></b>               | \$0 de copago   |

<sup>1</sup> Algunos de los beneficios de la red indicados pueden requerir que su proveedor obtenga una preautorización. Nunca necesitará una preaprobación para recibir servicios cubiertos por el plan de proveedores fuera de la red. Consulte la Evidencia de Cobertura para ver una lista completa de los servicios que posiblemente requieran preautorización.

<sup>2</sup> Se requiere autorización para el transporte en ambulancia aérea, cubierto por Medicare, en situaciones que no son de emergencia. No se requiere autorización para el transporte en ambulancia terrestre, cubierto por Medicare, en situaciones que no son de emergencia. No se requiere autorización para una ambulancia (terrestre o aérea) en situaciones de emergencia.

## Acerca de este plan

UnitedHealthcare Group Medicare Advantage HMO offered by the ASRS es un plan Medicare Advantage HMO que tiene un contrato con Medicare.

Para inscribirse en este plan, usted debe tener derecho a la Parte A de Medicare, debe estar inscrito en la Parte B de Medicare, debe vivir en nuestra área de servicio que se indica a continuación, debe ser un ciudadano de los Estados Unidos o su presencia en los Estados Unidos debe estar debidamente legalizada y, además, debe cumplir los requisitos de participación establecidos por su empleador anterior, su sindicato o el administrador de su fideicomiso (patrocinador de su plan).

Nuestra área de servicio incluye estos condados de:

**Arizona:** Apache, Cochise, Coconino, Gila, Graham, Greenlee, La Paz, Maricopa, Mohave, Navajo, Pima, Pinal, Santa Cruz, Yavapai, Yuma.

## Use proveedores y farmacias de la red

UnitedHealthcare Group Medicare Advantage HMO offered by the ASRS tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. La HMO tiene varias redes de las que usted puede elegir. Este plan de salud requiere que usted elija un proveedor de cuidado primario (primary care provider, PCP) de una de las redes. La red que usted elija debe incluir a su proveedor de cuidado primario, especialistas y hospitales. Su proveedor de cuidado primario se encarga de la mayoría de sus necesidades de cuidado de la salud de rutina y será el responsable de coordinar todo su cuidado. Si necesita consultar a un especialista de la red o a otro proveedor de la red, es posible que tenga que obtener una referencia de su proveedor de cuidado primario. Antes de elegir a su proveedor de cuidado primario del plan, le conviene informarse de cuáles serían los especialistas y los hospitales que dicho proveedor le recomendaría o para los que le daría una referencia. Si utiliza proveedores o farmacias que no están en su red, es posible que el plan no pague esos servicios o medicamentos, o que usted deba pagar más de lo que pagaría en una farmacia de la red.

Puede visitar [retiree.uhc.com/asrs](https://retiree.uhc.com/asrs) para buscar un proveedor o una farmacia de la red mediante los directorios en Internet. También puede consultar la Lista de Medicamentos (Formulario) del plan para saber qué medicamentos están cubiertos y si hay alguna restricción.

## Información necesaria

UnitedHealthcare Group Medicare Advantage HMO offered by the ASRS está asegurado a través de UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus compañías afiliadas, una organización de planes Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare.

Es posible que los planes ofrezcan beneficios complementarios además de los beneficios de la Parte C y de la Parte D.

Si desea más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte la versión más reciente del manual "Medicare y Usted". El manual está disponible en Internet en [es.medicare.gov](http://es.medicare.gov) o puede pedir una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

UnitedHealthcare no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad en sus programas y actividades relacionados con la salud.

UnitedHealthcare ofrece servicios gratuitos para ayudarle a que se comunique con nosotros. Por ejemplo, documentos en otros idiomas, braille, en letra grande o en audio. O bien, usted puede pedir un intérprete. Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente al número que se encuentra en su tarjeta de ID de miembro o en la portada de la guía de su plan.

UnitedHealthcare provides free services to help you communicate with us such as documents in other languages, Braille, large print, audio, or you can ask for an interpreter. For more information, please call Customer Service at the number on your member ID card or the front of your plan booklet.

Esta información está disponible sin costo en otros idiomas. Llame a nuestro número de Servicio al Cliente que se encuentra en la primera página de esta guía.

Los beneficios, las características o los dispositivos varían según el plan o el área. Se pueden aplicar limitaciones y exclusiones.

Usted no está obligado a usar la entrega a domicilio de OptumRx para obtener un suministro de 90 días de sus medicamentos de mantenimiento. Si no ha usado la entrega a domicilio de OptumRx, usted debe aprobar la primera receta que su médico envíe directamente a OptumRx antes de que se pueda surtir. Los medicamentos con una receta nueva que OptumRx envía deberían llegarle en un plazo no mayor de cinco días hábiles a partir de la fecha en que se reciba el formulario de pedido completo. Los resurtidos deberían llegarle en aproximadamente siete días hábiles. Comuníquese con OptumRx en cualquier momento al 1-888-279-1828, TTY 711. OptumRx es una compañía afiliada de UnitedHealthcare Insurance Company.

El Formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando esto ocurra.

Usted debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare.

Los proveedores fuera de la red o no contratados no tienen ninguna obligación de tratar a los miembros de UnitedHealthcare, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de Servicio al Cliente o consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información, incluso el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

Los Servicios de Apoyo de Enfermería 24/7 no se deben usar para necesidades de cuidado de urgencia ni de emergencia. En caso de emergencia, llame al 911 o visite a la sala de emergencias más cercana. La información proporcionada a través de este servicio es para su conocimiento solamente. El personal de enfermería no puede diagnosticar problemas ni recomendar tratamientos; tampoco sustituye el cuidado de su médico. La confidencialidad de su información de salud se mantiene según la ley. El acceso a este servicio está sujeto a las condiciones de uso.

La participación en el programa RenewActive® es voluntaria. Consulte a su médico antes de empezar un programa de ejercicios o de hacer cambios en su estilo de vida o en su rutina de cuidado de la salud. El programa Renew Active incluye una membresía estándar en un programa de acondicionamiento físico y otras ofertas. El equipo, las clases, los planes de acondicionamiento físico personalizados, el acceso para los cuidadores y los eventos de la membresía en el programa de acondicionamiento físico pueden variar según el sitio. Ciertos servicios, clases, eventos y ofertas de acondicionamiento físico por Internet son proporcionados por compañías afiliadas de UnitedHealthcare Insurance Company o por terceros que no están afiliados a UnitedHealthcare. La participación en estos servicios de terceros está sujeta a la aceptación de sus términos y normas correspondientes. AARP® Staying Sharp es la marca registrada de AARP. UnitedHealthcare no es responsable de los servicios ni la información proporcionada por terceros. La

información proporcionada a través de estos servicios es para su conocimiento solamente y no sustituye el consejo de un médico. El programa Renew Active varía según el plan o el área. El acceso a la red de gimnasios y centros de acondicionamiento físico puede variar según el sitio y el plan.



## Aviso de Derechos Civiles

La compañía cumple con las leyes federales vigentes de derechos civiles y no trata a los miembros de manera diferente por motivos de sexo, edad, raza, color, discapacidad u origen nacional.

Si piensa que ha sido tratado injustamente debido a una cuestión de su sexo, edad, raza, color, origen nacional o discapacidad, presente una queja a nuestro Coordinador de Derechos Civiles.

- **Por Internet:** [UHC\\_Civil\\_Rights@uhc.com](mailto:UHC_Civil_Rights@uhc.com)
- **Por Correo:** Civil Rights Coordinator  
UnitedHealthcare Civil Rights Grievance  
P.O. Box 30608  
Salt Lake City, UT 84130

Debe enviar la queja en un plazo no mayor de 60 días de haberse dado cuenta de lo ocurrido. Usted recibirá la decisión en un plazo no mayor de 30 días. Si no está de acuerdo con esta decisión, tendrá 15 días para pedirnos que la revisemos nuevamente. Si necesita ayuda con su queja, llame al número de teléfono gratuito que se encuentra en la portada de la guía o en su tarjeta de ID de membresía (TTY **711**).

También puede presentar una queja al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

- **Por Internet:** <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html>
- **Por Teléfono:** Número gratuito **1-800-368-1019, 800-537-7697** (TDD)
- **Por Correo:** U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Ave SW  
HHH Building, Room 509F  
Washington, D.C. 20201

Ofrecemos servicios gratuitos para ayudarle a que se comunique con nosotros. Por ejemplo, cartas en otros idiomas o en letras grandes. O bien, usted puede pedir un intérprete. Para pedir ayuda, llame al número de teléfono gratuito que se encuentra en la portada de la guía o en su tarjeta de ID de membresía (TTY **711**), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este.

## Servicios de Interpretación en Varios Idiomas

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, please call us using the toll-free number listed on the front of the booklet. Someone who speaks your language can help you. This is a free service.

**Spanish:** Contamos con servicios gratuitos de intérprete para responder cualquier pregunta que pudiera tener sobre nuestro plan de salud o de medicamentos. Para obtener los servicios de un intérprete, llámenos al número de teléfono gratuito que figura en la portada del folleto. Una persona que habla su idioma podrá ayudarle. Es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 我们提供免费口译服务，解答您对我们的健康或药物计划的任何疑问。如需寻找一名口译员，请使用宣传册前面列出的免费电话号码联系我们。一名与您讲相同语言的人可以为您提供帮助。这是一项免费服务。

**Chinese Cantonese:** 我們提供免費的口譯服務，可回答您可能對我們的健康或藥物計劃的任何問題。如需口譯員，請撥打本手冊正面的免付費電話號碼聯絡我們。會說您的語言的人可協助您。這是免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo ng interpreter para sagutin anumang tanong na maaaring mayroon ka tungkol sa kalusugan o plano ng gamot. Para makakuha ng interpreter, pakitawagan kami gamit ang libreng numerong nakalista sa harapan ng booklet. Sinumang nagsasalita ng wika mo ay puwedeng makatulong sa iyo. Ang serbisyonang ito ay libre.

**French:** Nous disposons de services d'interprétation gratuits pour répondre à toutes les questions que vous pourriez vous poser sur notre régime d'assurance maladie ou d'assurance-médicaments. Pour recevoir l'aide d'un interprète, veuillez nous appeler en composant le numéro gratuit figurant sur votre carte d'identification de membre. Quelqu'un parlant votre langue peut vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch viên miễn phí để trả lời các câu hỏi mà bạn có về chương trình sức khỏe hay thuốc của chúng tôi. Để gặp thông dịch viên, vui lòng gọi cho chúng tôi theo số điện thoại được liệt kê ở mặt trước của quyển sách nhỏ (booklet). Người nói cùng ngôn ngữ với bạn có thể giúp bạn. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Wir verfügen über kostenlose Dolmetscherdienste, um alle Fragen zu beantworten, die Sie über unseren Gesundheits- oder Medikamentenplan haben mögen. Um einen Dolmetscher zu erhalten, rufen Sie uns bitte unter der kostenfreien Nummer an, die auf der Vorderseite der Broschüre aufgeführt ist. Jemand, der Ihre Sprache spricht, kann Ihnen helfen. Dies ist eine kostenlose Dienstleistung.

**Korean:** 건강 또는 의약품 플랜에 관한 질문에 답변해드리기 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다. 통역 서비스를 이용하려면, 책자 앞면에 있는 수신자 부담 전화번호로 전화해 주십시오. 한국어를 사용하는 통역사가 도움을 드릴 수 있습니다. 이 서비스는 무료입니다.

**Russian:** Если у Вас возникнут какие-либо вопросы о нашем плане медицинского страхования или плане по приобретению препаратов, мы предоставим Вам бесплатные услуги устного перевода. Для того чтобы воспользоваться услугами устного перевода, пожалуйста, свяжитесь с нами по бесплатному номеру телефона, указанному на лицевой стороне брошюры. Сотрудник, который говорит на Вашем языке, сможет Вам помочь. Данная услуга предоставляется бесплатно.

**Arabic:** لدينا خدمات ترجمة فورية للرد على أي أسئلة قد تكون لديك حول الخطة الصحية أو خطة الأدوية الخاصة بنا . للحصول على مترجم، من فضلك اتصل بنا باستخدام رقم الهاتف المجاني الموجود على الجزء الأمامي من الكتيب . سيساعدك شخص ما يتحدث لغتك . هذه . خدمة مجانية.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा प्लान के बारे में आपके किसी भी परश्च का उत्तर देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएं मौजूद हैं। दुभाषिया पाने के लिए, कृपया इस बुकलेट के सामने वाले भाग में सूचीबद्ध टोल- फ्री नंबर का उपयोग करके हमें कॉल करें। आपकी भाषा बोलने वाला कोई व्यक्ति आपकी मदद कर सकता है। यह एक निःशुल्क सेवा है।

**Italian:** Mettiamo a disposizione un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario o farmaceutico. Per avvalersi di un interprete, si prega di chiamare il numero verde riportato nella parte anteriore dell'opuscolo. Una persona che parla italiano potrà fornire l'assistenza richiesta. Il servizio è gratuito.

**Portuguese:** Dispomos de serviços de intérprete gratuitos para esclarecer quaisquer dúvidas que tenha sobre o nosso plano de saúde ou medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número gratuito indicado na parte da frente da brochura. Alguém que fala a sua língua pode ajudá-lo(a). Este é um serviço gratuito.

**French Creole:** Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou gendwa genyen konsènan plan sante ouwa medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, tanpri rele nou apati nimewo gratis pou apèl ki sou lis devan livrè an. Yon moun ki pale lang ou ka ede ou. Sa se yon sèvis gratis.

**Polish:** Oferujemy bezpłatne usługi tłumaczeniowe, aby odpowiedzieć na wszelkie pytania dotyczące naszego planu ubezpieczenia zdrowotnego lub planu refundacji leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza, proszę zadzwonić pod bezpłatny numer telefonu podany na pierwszej stronie broszury. Osoba posługująca się Pana/Pani językiem Panu/Pani pomoże. Usługa ta jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の医療または処方薬プランに関する質問にお答えするために、無料の通訳サービスをご利用いただけます。通訳が必要な場合には、本冊子の表面に記載されているフリーダイヤル番号を使用して、当社までお問い合わせください。お客様の言語を話す通訳者がお手伝いいたします。これは無料のサービスです。

# Lista de medicamentos

# Lista de Medicamentos

Esta es una lista parcial en orden alfabético de los medicamentos con receta cubiertos por el plan al 1 de septiembre de 2023. Esta lista puede cambiar durante el año. Llámenos o visítenos en Internet para obtener la información más completa y actualizada. Nuestro número de teléfono y sitio web se encuentran en la contraportada de esta guía.

- Los medicamentos **de marca** están en **letra remarcada**. Los medicamentos genéricos aparecen en letra normal
- Los medicamentos cubiertos están asignados a niveles. Cada nivel tiene un costo diferente:
  - Nivel 1: Genérico preferido
  - Nivel 2: De marca preferido
  - Nivel 3: Medicamento no preferido
  - Nivel 4: De Especialidad
- Cada nivel tiene una cantidad de copago o coseguro
- Consulte el Resumen de Beneficios de esta guía para saber cuánto pagará por estos medicamentos
- Algunos medicamentos tienen requisitos de cobertura, por ejemplo, preautorización o terapia escalonada. Si su medicamento tiene reglas de cobertura o límites, habrá códigos en la lista. Los códigos y sus significados se muestran a continuación.

|  |   |
|--|---|
| <b>PA</b><br><b>Preautorización</b>                | El plan necesita más información de parte de su médico para asegurarse de que el medicamento se esté usando correctamente para una condición médica cubierta por Medicare. Si no obtiene una preaprobación, es posible que el plan no cubra el medicamento.   |
| <b>QL</b><br><b>Límites de cantidad</b>            | El plan solo cubre una determinada cantidad de este medicamento por 1 copago o durante un cierto número de días. Los límites se aplican para garantizar el uso seguro del medicamento. Si la receta de su médico supera el límite, usted o su médico le pueden solicitar al plan que cubra la cantidad adicional.                           |
| <b>ST</b><br><b>Terapia escalonada</b>             | Es posible que tenga que probar medicamentos de menor costo para tratar la misma condición antes de que el plan cubra su medicamento. Si probó otros medicamentos o si su médico piensa que no son adecuados para usted, usted o su médico pueden pedir al plan que cubra el medicamento.   |
| <b>B/D</b><br><b>Parte B o Parte D de Medicare</b> | Según su uso, el medicamento puede estar cubierto por la Parte B de Medicare o la Parte D de Medicare. Es posible que su médico deba proporcionar al plan más información sobre cómo se usará este medicamento para que el plan se asegure de que el medicamento esté cubierto correctamente por Medicare.                                  |
| <b>HRM</b><br><b>Medicamento de alto riesgo</b>    | Este medicamento se conoce como medicamento de alto riesgo (High Risk Medication, HRM) para pacientes de 65 años en adelante. Este medicamento podría causar efectos secundarios si se toma de forma habitual. Le sugerimos que consulte con su médico para saber si existe un medicamento alternativo disponible para tratar su condición. |

|  |  |
|--|--|
| <b>LA</b><br><b>Acceso limitado</b>                      | La Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) solo permite que ciertos centros y médicos proporcionen este medicamento. Puede requerir manejo adicional, coordinación con el médico o capacitación del paciente.   |
| <b>MME</b><br><b>Equivalente a miligramos de morfina</b> | Es posible que se apliquen límites de cantidad adicionales a todos los medicamentos clasificados como opiáceos que se usan para el tratamiento del dolor. Este límite adicional se llama equivalente a miligramos de morfina (morphine milligram equivalent, MME) acumulativo y está diseñado para controlar los niveles seguros de dosificación de opiáceos para aquellas personas que quizás estén tomando más de 1 medicamento opiáceo para el manejo del dolor. Si su médico le receta más de esta cantidad o considera que el límite no es adecuado para su situación, usted o su médico le pueden solicitar al plan que cubra la cantidad adicional. |
| <b>7D</b><br><b>Límite de 7 días</b>                     | Un medicamento opiáceo usado para el tratamiento del dolor agudo podría estar limitado a un suministro de 7 días para miembros sin historial reciente de uso de opiáceos. Este límite pretende reducir al mínimo el uso de opiáceos a largo plazo. Para los nuevos miembros del plan con antecedentes recientes de uso de opiáceos, la farmacia podría anular el límite, si procede.   |
| <b>DL</b><br><b>Límite de suministro</b>                 | Se aplican límites de suministro a este medicamento. Este medicamento está limitado a un suministro de 1 mes por cada medicamento con receta.  |

| <b>A</b>  |  |
|---|--|
| Abacavir Sulfate-Lamivudine (tableta oral), T3 - QL   | Acyclovir (tableta oral), T1   |
| <b>Abilify Maintena (jeringa precargada para inyección intramuscular), T4</b>                                     | <b>Adacel (suspensión para inyección intramuscular), T2 - QL</b>   |
| <b>Abilify Maintena (suspensión reconstituida de liberación prolongada para inyección intramuscular), T4</b>      | <b>Adbry (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea), T4 - PA; QL</b>  |
| Abiraterone Acetate (250mg tableta oral), T3 - PA   | <b>Advair Diskus (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración), T2 - QL</b>   |
| Acamprosate Calcium (tableta oral de liberación retardada), T3  | <b>Advair HFA (aerosol para inhalación), T2 - QL</b>   |
| Acetaminophen-Codeine (300-15mg tableta oral, 300-30mg tableta oral, 300-60mg tableta oral), T1 - 7D; MME; DL; QL | <b>Aimovig (autoinyectable con solución para inyección subcutánea), T3 - PA; QL</b>  |
| Acetazolamide (tableta oral), T2  | Albendazole (tableta oral), T3 - QL  |
| Acetazolamide ER (cápsula oral de liberación prolongada 12 horas), T2   | Albuterol Sulfate HFA (108 (90 Base)mcg/ACT solución en aerosol para inhalación) (Proair genérico), Albuterol Sulfate HFA (108 (90 Base) mcg/ACT solución en aerosol para inhalación) (Proventil genérico), T1 |
| <b>Actimmune (solución para inyección subcutánea), T4</b>   | <b>Alecensa (cápsula oral), T4 - PA</b>  |
| Acyclovir (cápsula oral), T1  | Alendronate Sodium (10mg tableta oral, 35mg tableta oral, 70mg tableta oral), T1   |

T1 = Nivel 1

T2 = Nivel 2

T3 = Nivel 3

T4 = Nivel 4

**Esta es una lista parcial en orden alfabético. No es una lista completa de los medicamentos con receta que cubrimos.**

|  |   |
|--|---|
| Alfuzosin HCl ER (tableta oral de liberación prolongada 24 horas), T1                        | <b>Aranesp (Sin Albúmina) (100mcg/0.5ml jeringa precargada con solución para inyección, 150mcg/0.3ml jeringa precargada con solución para inyección, 200mcg/0.4ml jeringa precargada con solución para inyección, 300mcg/0.6ml jeringa precargada con solución para inyección, 500mcg/ml jeringa precargada con solución para inyección, 60mcg/0.3ml jeringa precargada con solución para inyección), T4 - PA</b> |
| Allopurinol (100mg tableta oral, 300mg tableta oral), T1                                     | <b>Aranesp (Sin Albúmina) (100mcg/ml solución para inyección, 200mcg/ml solución para inyección), T4 - PA</b>   |
| <b>Alphagan P (solución oftálmica), T3</b>   | <b>Aranesp (Sin Albúmina) (10mcg/0.4ml jeringa precargada con solución para inyección, 25mcg/0.42ml jeringa precargada con solución para inyección, 40mcg/0.4ml jeringa precargada con solución para inyección), T3 - PA</b>  |
| Alprazolam (tableta oral de liberación inmediata), T1 - QL                                   | <b>Aranesp (Sin Albúmina) (25mcg/ml solución para inyección, 40mcg/ml solución para inyección, 60mcg/ml solución para inyección), T3 - PA</b>   |
| <b>Alrex (suspensión oftálmica), T3</b>  | Aripiprazole (tableta oral), T1 - QL  |
| <b>Alvesco (solución en aerosol para inhalación), T3 - ST; QL</b>                            | <b>Aristada (jeringa precargada para inyección intramuscular), T4</b>   |
| Amantadine HCl (cápsula oral), T2  | <b>Aristada Inicio (jeringa precargada para inyección intramuscular), T4</b>  |
| Amantadine HCl (solución oral), T1   | <b>Arnuity Ellipta (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración), T2 - QL</b>  |
| Amantadine HCl (tableta oral), T2  | <b>Asmanex (120 dosis medidas) (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración), T3 - ST; QL</b>  |
| Ambrisentan (tableta oral), T4 - PA; QL  | <b>Asmanex (30 dosis medidas) (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración), T3 - ST; QL</b>   |
| Amiloride HCl (tableta oral), T1   | <b>Asmanex (60 dosis medidas) (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración), T3 - ST; QL</b>   |
| Amiodarone HCl (tableta oral de 100mg, tableta oral 400mg), T2                               | <b>Asmanex HFA (aerosol para inhalación), T3 - ST; QL</b>   |
| Amiodarone HCl (200mg tableta oral), T1  | Aspirin-Dipyridamole ER (cápsula oral de liberación prolongada 12 horas), T3 - QL   |
| Amitriptyline HCl (tableta oral), T3- HRM  | <b>Astagraf XL (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas), T3 - B/D, PA</b>   |
| Amlodipine Besylate (tableta oral), T1   | Atazanavir Sulfate (cápsula oral), T3 - QL  |
| Amlodipine-Benazepril (cápsula oral), T1 - QL  | Atenolol (tableta oral), T1   |
| Ammonium Lactate (crema para uso externo), T1  |   |
| Ammonium Lactate (loción para uso externo), T1   |   |
| Amoxicillin (cápsula oral), T1   |   |
| Amoxicillin (tableta oral de liberación inmediata), T1                                       |   |
| Amphetamine-Dextroamphetamine (tableta oral), T2 - QL  |   |
| Amphetamine-Dextroamphetamine ER (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas), T2 - QL   |   |
| Anastrozole (tableta oral), T1   |   |
| <b>Anoro Ellipta (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración), T2 - QL</b> |   |
| <b>Apriso (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas), T2 - QL</b>                      |   |

**Letra remarcada = Medicamento de marca**

Letra normal = Medicamento genérico

Esta es una lista parcial en orden alfabético. No es una lista completa de los medicamentos con receta que cubrimos.

|  |
|--|
| Atomoxetine HCl (cápsula oral), T2   |
| Atorvastatin Calcium (tableta oral), T1 - QL   |
| Atovaquone-Proguanil HCl (tableta oral), T3  |
| <b>Atrovent HFA (solución en aerosol para inhalación), T3</b>                              |
| <b>Austedo (tableta oral), T4 - PA; QL</b>   |
| <b>Avonex Pen (kit autoinyectable para inyección intramuscular), T4</b>                    |
| <b>Avonex Prefilled (kit de jeringa precargada para inyección intramuscular), T4</b>       |
| <b>Azasite (solución oftálmica), T3</b>  |
| Azathioprine (50mg tableta oral), T1 - B/D, PA   |
| Azelastine HCl (solución nasal al 0.1%), T2  |
| Azelastine HCl (solución oftálmica), T1  |
| Azelastine-Fluticasone (suspensión nasal), T3  |
| Azithromycin (paquete oral), T1  |
| Azithromycin (tableta oral), T1  |
| <b>B</b>   |
| <b>BRIVIACT (solución oral), T4 - PA</b>   |
| <b>BRIVIACT (tableta oral), T4 - PA</b>  |
| Baclofen (tableta oral), T1  |
| <b>Bafiertam (cápsula oral de liberación retardada), T4 - ST; QL</b>                       |
| Balsalazide Disodium (cápsula oral), T3  |
| <b>Baqsimi One Pack (polvo nasal), T2</b>  |
| <b>Basaglar KwikPen (pluma precargada con solución para inyección subcutánea), T3 - ST</b> |
| <b>Belsomra (tableta oral), T2 - QL</b>  |
| Benazepril HCl (tableta oral), T1 - QL   |
| Benazepril-Hydrochlorothiazide (tableta oral), T2 - QL                                     |
| Benzotropine Mesylate (tableta oral), T2 - HRM   |
| <b>Bepreve (solución oftálmica), T3</b>  |
| <b>Berinert (kit para inyección intravenosa), T4 - PA</b>                                  |
| <b>Besivance (suspensión oftálmica), T3</b>  |

|   |
|---|
| <b>Betaseron (kit para inyección subcutánea), T4</b>  |
| Bethanechol Chloride (tableta oral), T2   |
| <b>Betimol (solución oftálmica), T3</b>   |
| <b>Bevespi Aerosphere (aerosol para inhalación), T3 - ST</b>                                      |
| Bexarotene (cápsula oral), T4 - PA  |
| Bicalutamide (tableta oral), T1   |
| <b>Bijuva (cápsula oral), T3 - HRM</b>  |
| <b>Biktarvy (tableta oral de 50mg-200mg-25mg), T4 - QL</b>  |
| Bisoprolol Fumarate (tableta oral), T1  |
| Bisoprolol-Hydrochlorothiazide (tableta oral), T1 - QL  |
| <b>Breo Ellipta (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración), T2 - QL</b>       |
| <b>Breztri Aerosphere (aerosol para inhalación), T2 - QL</b>                                      |
| <b>Brilinta (tableta oral), T2 - QL</b>   |
| Brimonidine Tartrate (0.15% solución oftálmica), T3   |
| Brimonidine Tartrate (0.2% solución oftálmica), T1  |
| <b>Brukinsa (cápsula oral), T4 - PA; QL</b>   |
| Budesonide (suspensión para inhalación), T3 - B/D, PA   |
| Budesonide (cápsula oral con partículas de liberación retardada), T2                              |
| Buprenorphine (parche transdérmico semanal), T2 - 7D; DL; QL                                      |
| Buprenorphine HCl (tableta sublingual), T1 - QL   |
| Buprenorphine HCl-Naloxone HCl (película sublingual), T3 - QL                                     |
| Bupropion HCl (tableta oral de liberación inmediata), T1  |
| <b>Bupropion HCl ER (XL) (450mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas), T3</b>           |
| Bupropion HCl SR (150mg tableta oral de liberación prolongada 12 horas, disuasivo del tabaco), T1 |

T1 = Nivel 1

T2 = Nivel 2

T3 = Nivel 3

T4 = Nivel 4



**Esta es una lista parcial en orden alfabético. No es una lista completa de los medicamentos con receta que cubrimos.**

|   |
|---|
| Bupropion HCl SR (tableta oral de liberación prolongada 12 horas), T1   |
| Bupropion HCl XL (150mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas, 300mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas), T1 |
| Buspirona HCl (tableta oral), T1  |
| <b>Bydureon BCise (autoinyectable para inyección subcutánea), T3 - PA; QL</b>   |
| <b>Byetta 10mcg Pen (pluma precargada con solución para inyección subcutánea), T3 - PA; QL</b>                                    |
| <b>Byetta 5mcg Pen (pluma precargada con solución para inyección subcutánea), T3 - PA; QL</b>                                     |
| <b>C</b>  |
| Cabergoline (tableta oral), T2  |
| Calcitriol (cápsula oral), T1 - B/D, PA   |
| Calcium Acetate (667mg tableta oral), T2  |
| Calcium Acetate (Aglutinante de Fosfato) (cápsula oral), T2   |
| Carbamazepine (tableta oral de liberación inmediata), T1  |
| Carbidopa (tableta oral), T3  |
| Carbidopa-Levodopa (tableta oral de liberación inmediata), T1   |
| Carbidopa-Levodopa ER (tableta oral de liberación prolongada), T2   |
| Carbidopa-Levodopa ODT (tableta oral dispersable), T3   |
| Carbidopa-Levodopa-Entacapone (tableta oral), T3  |
| Carvedilol (tableta oral), T1   |
| Cefdinir (cápsula oral), T1   |
| Cefuroxime Axetil (tableta oral), T1  |
| Celecoxib (cápsula oral), T2 - QL   |
| <b>Celontin (cápsula oral), T3</b>  |
| Cephalexin (250mg cápsula oral, 500mg cápsula oral), T1   |

|  |
|--|
| Cephalexin (750mg cápsula oral), T3  |
| Cephalexin (tableta oral), T2  |
| <b>Chemet (cápsula oral), T4</b>   |
| Chlorhexidine Gluconate (solución bucal), T1   |
| Chlorthalidone (tableta oral), T1  |
| Chlorzoxazone (tableta oral de 500mg, tableta oral de 750mg), T3 - HRM   |
| Cholestyramine (paquete oral), T3  |
| Cholestyramine Light (paquete oral), T3  |
| <b>Cibinqo (tableta oral), T4 - PA; QL</b>   |
| Cilostazol (tableta oral), T1  |
| Cimetidine (tableta oral), T2  |
| Cimetidine HCl (solución oral de 300mg/5ml), T2  |
| <b>Cimzia (kit para inyección subcutánea), T4 - PA; QL</b>   |
| <b>Cimzia Prefilled (2 X 200mg/ml kit de jeringa precargada para inyección subcutánea), T4 - PA; QL</b>  |
| Ciprofloxacin HCl (250mg tableta oral de liberación inmediata, 500mg tableta oral de liberación inmediata, 750mg tableta oral de liberación inmediata), T1 |
| Ciprofloxacin-Dexamethasone (suspensión ótica), T3   |
| Citalopram Hydrobromide (tableta oral), T1   |
| Clarithromycin (tableta oral de liberación inmediata), T2  |
| <b>Clenpiq (10mg-3.5g-12g/160ml solución oral), T2</b>   |
| <b>Climara Pro (parche transdérmico semanal), T3 - HRM</b>   |
| <b>Clobex (loción para uso externo), T4 - QL</b>   |
| <b>Clobex (champú para uso externo), T4</b>  |
| <b>Clobex Spray (líquido para uso externo), T3 - QL</b>  |
| Clonazepam (0.5mg tableta oral, 1mg tableta oral, 2mg tableta oral), T1 - QL   |

**Letra remarcada = Medicamento de marca**

Letra normal = Medicamento genérico

**Esta es una lista parcial en orden alfabético. No es una lista completa de los medicamentos con receta que cubrimos.**

Clonazepam ODT (0.125mg tableta oral dispersable, 0.25mg tableta oral dispersable, 0.5mg tableta oral dispersable, 1mg tableta oral dispersable, 2mg tableta oral dispersable), T2 - QL

Clonidine (0.1mg/24hr parche transdérmico semanal), T2

Clonidine (0.2mg/24hr parche transdérmico semanal, 0.3mg/24hr parche transdérmico semanal), T3

Clonidine HCl (tableta oral de liberación inmediata), T1

Clopidogrel Bisulfate (75mg tableta oral), T1

Clozapine (100mg tableta oral, 200mg tableta oral, 25mg tableta oral, 50mg tableta oral), T2

Clozapine ODT (100mg tableta oral dispersable, 12.5mg tableta oral dispersable, 150mg tableta oral dispersable, 200mg tableta oral dispersable, 25mg tableta oral dispersable), T3

**Colchicine (0.6mg cápsula oral) (Mitigare equivalente de marca), T2**

Colchicine (0.6mg tableta oral) (Colcrys genérico), T2

Colesevelam HCl (tableta oral), T3

**Combigan (solución oftálmica), T2**

**Combivent Respimat (solución en aerosol para inhalación), T2 - QL**

**Copaxone (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea), T4**

**Corlanor (solución oral), T3 - PA; QL**

**Corlanor (tableta oral), T3 - PA; QL**

**Cosentyx (300mg dosis) (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea), T4 - PA; QL**

**Cosentyx (75mg/0.5ml jeringa precargada con solución para inyección subcutánea), T4 - PA; QL**

**Cosentyx Sensoready (300mg) (autoinyectable con solución para inyección subcutánea), T4 - PA; QL**

**Cosopt PF (solución oftálmica), T3**

**Creon (cápsula oral con partículas de liberación retardada), T2**

Cromolyn Sodium (solución para nebulizador para inhalación), T3 - B/D, PA

Cyclobenzaprine HCl (10mg tableta oral, 5mg tableta oral), T1 - HRM

Cyclophosphamide (cápsula oral), T2 - B/D, PA

## D

**DARAPRIM (tableta oral), T4**

Dabigatran Etexilate Mesylate (cápsula oral), T3 - ST; QL

Dalfampridine ER (tableta oral de liberación prolongada 12 horas), T2 - QL

**Daliresp (tableta oral), T3 - PA**

Dapsone (tableta oral), T2

**DayVigo (tableta oral), T2 - QL**

Deferasirox (tableta oral soluble de 125mg) (Exjade genérico), T3 - PA

Deferasirox (tableta oral soluble de 250mg, tableta oral soluble de 500mg) (Exjade genérico), T4 - PA

Deferiprone (500mg tableta oral), T4 - PA

**Depen Titratabs (tableta oral), T4**

**Descovy (200gm - 25mg tableta), T4 - QL**

Desmopressin Acetate (tableta oral), T2

Desvenlafaxine Succinate ER (tableta oral de liberación prolongada 24 horas) (Pristiq genérico), T2

Dexamethasone (tableta oral), T1

Diazepam (10mg tableta oral, 2mg tableta oral, 5mg tableta oral), T1 - QL

Diazepam (5mg/5ml solución oral), T1

Diazepam Intensol (concentrado oral), T2 - QL

Diclofenac Potassium (50mg tableta oral), T2

Diclofenac Sodium (1% gel para uso externo), T2

T1 = Nivel 1

T2 = Nivel 2

T3 = Nivel 3

T4 = Nivel 4

**Esta es una lista parcial en orden alfabético. No es una lista completa de los medicamentos con receta que cubrimos.**

|  |
|--|
| Diclofenac Sodium (tableta oral de liberación retardada), T1   |
| Diclofenac Sodium ER (tableta oral de liberación prolongada 24 horas), T2  |
| Dicyclomine HCl (cápsula oral), T1 - HRM   |
| Dicyclomine HCl (tableta oral), T1 - HRM   |
| <b>Dificid (suspensión oral reconstituida), T4</b>   |
| <b>Dificid (tableta oral), T4</b>  |
| Digoxin (tableta oral de 125mcg, tableta oral de 250mcg), T3 - HRM   |
| Dihydroergotamine Mesylate (solución nasal), T4 - PA; QL   |
| Diltiazem HCl (tableta oral de liberación inmediata), T1   |
| Diltiazem HCl ER (cápsula oral de liberación prolongada 12 horas), T2  |
| Diltiazem HCl ER Beads (360mg cápsula oral de liberación prolongada 24 horas, 420mg cápsula oral de liberación prolongada 24 horas), T1  |
| Diltiazem HCl ER Coated Beads (120mg cápsula oral de liberación prolongada 24 horas, 180mg cápsula oral de liberación prolongada 24 horas, 240mg cápsula oral de liberación prolongada 24 horas, 300mg cápsula oral de liberación prolongada 24 horas), T1 |
| Dimethyl Fumarate (cápsula oral de liberación retardada de 240mg), T3 - QL   |
| <b>Dipentum (cápsula oral), T4</b>   |
| Diphenoxylate-Atropine (tableta oral), T3 - HRM  |
| Divalproex Sodium (cápsula oral con microgránulos dispersables de liberación retardada), T2  |
| Divalproex Sodium (tableta oral de liberación retardada), T1   |
| Divalproex Sodium ER (tableta oral de liberación prolongada 24 horas), T1  |
| Donepezil HCl (10mg tableta oral, 5mg tableta oral), T1 - QL   |
| Donepezil HCl (23mg tableta oral), T2 - QL   |

|  |
|--|
| Donepezil HCl ODT (tableta oral dispersable), T1 - QL  |
| <b>Doptelet (tableta oral), T4 - PA; QL</b>  |
| Dorzolamide HCl (solución oftálmica), T1   |
| Dorzolamide HCl-Timolol Maleate (solución oftálmica), T1   |
| <b>Dovato (tableta oral), T4 - QL</b>  |
| Doxazosin Mesylate (tableta oral), T1  |
| Doxycycline Hyclate (100mg tableta oral de liberación inmediata, 20mg tableta oral de liberación inmediata), T2  |
| Doxycycline Hyclate (tableta oral de liberación inmediata de 150mg, tableta oral de liberación inmediata de 50mg, tableta oral de liberación inmediata de 75mg), T3                                    |
| Doxycycline Hyclate (cápsula oral), T2   |
| Dronabinol (cápsula oral), T3 - PA   |
| <b>Duavee (tableta oral), T3 - HRM</b>   |
| <b>Dulera (aerosol para inhalación), T3 - QL</b>   |
| Duloxetine HCl (20mg cápsula oral con partículas de liberación retardada, 30mg cápsula oral con partículas de liberación retardada, 60mg cápsula oral con partículas de liberación retardada), T1 - QL |
| <b>Dupixent (pluma precargada con solución para inyección subcutánea), T4 - PA</b>   |
| <b>Dupixent (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea), T4 - PA</b>   |
| Dutasteride (cápsula oral), T2   |
| <b>Dymista (suspensión nasal), T3</b>  |
| <b>E</b>   |
| <b>Edarbi (tableta oral), T3 - QL</b>  |
| <b>Edarbyclor (tableta oral), T3 - QL</b>  |
| Efavirenz-Emtricitabine-Tenofovir (tableta oral), T3 - QL  |
| <b>Eliquis (2.5mg tableta oral, 5mg tableta oral), T2 - QL</b>   |
| <b>Elmiron (cápsula oral), T3</b>  |
| <b>Emgality (120mg/ml jeringa precargada con solución para inyección subcutánea), T3 - PA; QL</b>  |

**Letra remarcada = Medicamento de marca**

Letra normal = Medicamento genérico

Esta es una lista parcial en orden alfabético. No es una lista completa de los medicamentos con receta que cubrimos.

|  |   |
|--|---|
| <b>Emgality (300mg dosis) (100mg/ml jeringa precargada con solución para inyección subcutánea), T3 - PA; QL</b>                              | Ergoloid Mesylates (tableta oral), T3 - HRM   |
| <b>Emgality (autoinyectable con solución para inyección subcutánea), T3 - PA; QL</b>   | Ergotamine-Caffeine (tableta oral), T2  |
| Emtricitabine-Tenofovir Disoproxil Fumarate (tableta oral de 100mg-150mg, tableta oral de 133mg-200mg, tableta oral de 167mg-250mg), T4 - QL | <b>Erivedge (cápsula oral), T4 - PA</b>   |
| Emtricitabine-Tenofovir Disoproxil Fumarate (tableta oral de 200mg-300mg), T3 - QL   | <b>Erleada (60mg tableta oral), T4 - PA</b>   |
| Enalapril Maleate (tableta oral), T1 - QL  | Ertapenem Sodium (solución reconstituida para inyección), T3                                  |
| Enalapril-Hydrochlorothiazide (tableta oral), T1 - QL  | Erythromycin (ungüento oftálmico), T1   |
| <b>Enbrel (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea), T4 - PA; QL</b>   | <b>Esbriet (cápsula oral), T4 - PA; QL</b>  |
| <b>Enbrel (solución para inyección subcutánea), T4 - PA; QL</b>  | <b>Esbriet (tableta oral), T4 - PA; QL</b>  |
| <b>Enbrel Mini (cartucho con solución para inyección subcutánea), T4 - PA; QL</b>  | Escitalopram Oxalate (tableta oral), T1   |
| <b>Enbrel SureClick (autoinyectable con solución para inyección subcutánea), T4 - PA; QL</b>   | Esomeprazole Magnesium (40mg cápsula oral de liberación retardada) (Nexium genérico), T2 - QL |
| Entacapone (tableta oral), T3  | Estradiol (tableta oral), T3 - HRM  |
| Entecavir (tableta oral), T2   | Estradiol (parche transdérmico dos veces por semana), T3 - HRM; QL                            |
| <b>Entresto (tableta oral), T2 - QL</b>  | Estradiol (parche transdérmico semanal), T3 - HRM; QL   |
| <b>Envarsus XR (tableta oral de liberación prolongada 24 horas), T3 - B/D, PA</b>  | Estradiol (crema vaginal), T1   |
| <b>Epclusa (paquete oral), T4 - PA; QL</b>   | Eszopiclone (tableta oral), T2 - HRM; QL  |
| <b>Epclusa (tableta oral), T4 - PA; QL</b>   | Ethambutol HCl (400mg tableta oral), T2   |
| <b>EpiPen 2-Pak (autoinyectable con solución para inyección), T3 - QL</b>  | Ethosuximide (cápsula oral), T2   |
| <b>EpiPen Jr 2-Pak (autoinyectable con solución para inyección), T3 - QL</b>   | Ethosuximide (solución oral), T2  |
| <b>Epiduo (gel para uso externo), T3 - ST</b>  | Etravirine (200mg tableta oral), T4 - QL  |
| <b>Epiduo Forte (gel para uso externo), T3 - ST</b>  | <b>Eucrisa (ungüento para uso externo), T3 - PA; QL</b>                                       |
| Epinephrine (0.15mg/0.3ml autoinyectable con solución para inyección, 0.3mg/0.3ml autoinyectable con solución para inyección), T2 - QL       | <b>Extavia (kit para inyección subcutánea), T4</b>  |
| Eplerenone (tableta oral), T2  | Ezetimibe (tableta oral), T1  |
|  | Ezetimibe-Simvastatin (tableta oral), T2 - QL   |
|  | <b>F</b>  |
|  | Famotidine (20mg tableta oral, 40mg tableta oral), T1   |
|  | <b>Farxiga (tableta oral), T2 - QL</b>  |
|  | <b>Fasenra (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea), T4 - PA</b>           |
|  | <b>Fasenra Pen (autoinyectable con solución para inyección subcutánea), T4 - PA</b>           |
|  | Febuxostat (tableta oral), T2 - ST  |

T1 = Nivel 1

T2 = Nivel 2

T3 = Nivel 3

T4 = Nivel 4

Esta es una lista parcial en orden alfabético. No es una lista completa de los medicamentos con receta que cubrimos.

|  |
|--|
| Fenofibrate (145mg tableta oral), T2   |
| Fenofibrate (160mg tableta oral, 48mg tableta oral, 54mg tableta oral), T1   |
| <b>Finacea (espuma para uso externo), T3 - QL</b>  |
| <b>Finacea (gel para uso externo), T3 - QL</b>   |
| Finasteride (tableta oral de 5mg) (Proscar genérico), T1   |
| <b>Flarex (suspensión oftálmica), T3</b>   |
| <b>FloLipid (suspensión oral), T3 - QL</b>   |
| <b>Flovent Diskus (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración), T2</b>   |
| <b>Flovent HFA (polvo en aerosol para inhalación), T2 - QL</b>   |
| Fluconazole (tableta oral), T1   |
| Fluoxetine HCl (10mg cápsula oral de liberación inmediata, 20mg cápsula oral de liberación inmediata, 40mg cápsula oral de liberación inmediata), T1 |
| Fluphenazine HCl (tableta oral), T3  |
| Fluticasone Propionate (suspensión nasal), T1  |
| <b>Forteo (pluma precargada con solución para inyección subcutánea), T4 - PA</b>   |
| Furosemide (tableta oral), T1  |
| <b>Fuzeon (solución reconstituida para inyección subcutánea), T4 - QL</b>  |
| <b>G</b>   |
| Gabapentin (600mg tableta oral, 800mg tableta oral), T1  |
| Gabapentin (cápsula oral), T1  |
| <b>Gammagard (2.5g/25ml solución para inyección), T4 - PA</b>  |
| <b>Gammagard S/D Less IgA (solución reconstituida para inyección intravenosa), T4 - PA</b>   |
| Gemfibrozil (tableta oral), T1   |
| <b>Gemtesa (tableta oral), T3</b>  |
| <b>Genotropin (12mg cartucho para inyección subcutánea), T4 - PA</b>   |
| <b>Genotropin (5mg cartucho para inyección subcutánea), T3 - PA</b>  |

|   |
|---|
| <b>Genotropin MiniQuick (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea de 0.2mg), T3 - PA</b>   |
| <b>Genotropin MiniQuick (0.4mg jeringa precargada para inyección subcutánea, 0.6mg jeringa precargada para inyección subcutánea, 0.8mg jeringa precargada para inyección subcutánea, 1.2mg jeringa precargada para inyección subcutánea, 1.4mg jeringa precargada para inyección subcutánea, 1.6mg jeringa precargada para inyección subcutánea, 1.8mg jeringa precargada para inyección subcutánea, 1mg jeringa precargada para inyección subcutánea, 2mg jeringa precargada para inyección subcutánea), T4 - PA</b> |
| Gentamicin Sulfate (40mg/ml solución para inyección), T1  |
| <b>Genvoya (tableta oral), T4 - QL</b>  |
| Glatiramer Acetate (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea), T4  |
| Glatopa (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea), T4   |
| <b>Glucagon (kit para inyección) (Lilly), T2</b>  |
| Glycopyrrolate (1mg tableta oral, 2mg tableta oral), T1 - PA  |
| <b>Glyxambi (tableta oral), T2 - QL</b>   |
| <b>Gvoke HypoPen 2-Pack (autoinyectable con solución para inyección subcutánea), T2</b>   |
| <b>Gvoke Kit (solución para inyección subcutánea), T2</b>   |
| <b>Gvoke PFS (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea), T2</b>  |
| <b>H</b>  |
| <b>Haegarda (solución para inyección subcutánea reconstituida), T4 - PA</b>   |
| Haloperidol (tableta oral), T1  |
| <b>Harvoni (90-400mg tableta oral), T4 - PA; QL</b>   |
| <b>Harvoni (paquete oral), T4 - PA; QL</b>  |
| <b>Humalog (solución para inyección), T2</b>  |
| <b>Humalog (cartucho con solución para inyección subcutánea), T2</b>  |

Letra remarcada = Medicamento de marca

Letra normal = Medicamento genérico

Esta es una lista parcial en orden alfabético. No es una lista completa de los medicamentos con receta que cubrimos.

|  |   |
|--|---|
| <b>Humalog Junior KwikPen (pluma precargada con solución para inyección subcutánea), T2</b>                                  | <b>Humulin R U-500 (concentrada) (solución para inyección subcutánea), T2</b>   |
| <b>Humalog KwikPen (pluma precargada con solución para inyección subcutánea), T2</b>   | <b>Humulin R U-500 KwikPen (pluma precargada con solución para inyección subcutánea), T2</b>                          |
| <b>Humalog Mix 50/50 (suspensión para inyección subcutánea), T2</b>  | Hydralazine HCl (tableta oral), T1  |
| <b>Humalog Mix 50/50 KwikPen (pluma precargada con suspensión para inyección subcutánea), T2</b>                             | Hydrochlorothiazide (cápsula oral), T1  |
| <b>Humalog Mix 75/25 (suspensión para inyección subcutánea), T2</b>  | Hydrochlorothiazide (tableta oral), T1  |
| <b>Humalog Mix 75/25 KwikPen (pluma precargada con suspensión para inyección subcutánea), T2</b>                             | Hydrocodone-Acetaminophen (10-325mg tableta oral, 5-325mg tableta oral, 7.5-325mg tableta oral), T2 - 7D; MME; DL; QL |
| <b>Humira (kit de jeringa precargada para inyección subcutánea), T4 - PA; QL</b>   | Hydromorphone HCl (tableta oral de liberación inmediata), T1 - 7D; MME; DL; QL  |
| <b>Humira Pediatric Crohns Start (kit de jeringa precargada para inyección subcutánea), T4 - PA; QL</b>                      | Hydroxychloroquine Sulfate (200mg tableta oral), T1 - QL  |
| <b>Humira Pen (kit de pluma precargada para inyección subcutánea), T4 - PA; QL</b>   | Hydroxyurea (cápsula oral), T1  |
| <b>Humira Pen Crohns Disease Starter (kit de pluma precargada para inyección subcutánea), T4 - PA</b>                        | Hydroxyzine HCl (jarabe oral), T3 - HRM   |
| <b>Humira Pen Psoriasis Starter (40mg/0.8ml kit de pluma precargada para inyección subcutánea), T4 - PA</b>                  | Hydroxyzine HCl (tableta oral), T3 - HRM  |
| <b>Humira Pen Psoriasis Starter (80mg/0.8ml y 40mg/0.4ml kit de pluma precargada para inyección subcutánea), T4 - PA; QL</b> | <b>I</b>  |
| <b>Humira Pen-Pediatric UC Start (kit de pluma precargada para inyección subcutánea), T4 - PA</b>                            | Ibandronate Sodium (tableta oral), T2   |
| <b>Humulin 70/30 (suspensión para inyección subcutánea), T2</b>  | Ibuprofen (400mg tableta oral, 600mg tableta oral, 800mg tableta oral), T1  |
| <b>Humulin 70/30 KwikPen (pluma precargada con suspensión para inyección subcutánea), T2</b>                                 | Icatibant Acetate (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea), T4 - PA; QL                            |
| <b>Humulin N (suspensión para inyección subcutánea), T2</b>  | <b>Ilvoro (suspensión oftálmica), T2</b>  |
| <b>Humulin N KwikPen (pluma precargada con suspensión para inyección subcutánea), T2</b>                                     | Imatinib Mesylate (tableta oral), T2 - PA   |
| <b>Humulin R (solución para inyección), T2</b>   | <b>Imbruvica (cápsula oral), T4 - PA; QL</b>  |
|  | <b>Imbruvica (tableta oral), T4 - PA; QL</b>  |
|  | Imiquimod (crema para uso externo al 5%), T1 - QL   |
|  | Imiquimod Pump (crema para uso externo al 3.75%), T3 - PA   |
|  | <b>Invexxy Maintenance Pack (óvulo vaginal), T2 - PA</b>  |
|  | <b>Incruse Ellipta (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración), T3 - ST; QL</b>                    |
|  | <b>Ingrezza (cápsula oral, paquete de tratamiento), T4 - PA; QL</b>   |
|  | <b>Ingrezza (cápsula oral), T4 - PA; QL</b>   |

T1 = Nivel 1

T2 = Nivel 2

T3 = Nivel 3

T4 = Nivel 4

Esta es una lista parcial en orden alfabético. No es una lista completa de los medicamentos con receta que cubrimos.

|  |
|--|
| <b>Insulin Lispro (indicador de 1 unidad) (pluma precargada con solución para inyección subcutánea) (equivalente a la marca Humalog), T2</b>   |
| <b>Insulin Lispro (solución para inyección) (equivalente a la marca Humalog), T2</b>   |
| <b>Insulin Lispro Junior KwikPen (pluma precargada con solución para inyección subcutánea) (equivalente a la marca Humalog), T2</b>  |
| <b>Insulin Lispro Prot &amp; Lispro (pluma precargada con suspensión para inyección subcutánea) (equivalente a la marca Humalog), T2</b>   |
| <b>Invega Hafyera (jeringa precargada con suspensión para inyección intramuscular), T4</b>   |
| <b>Invega Sustenna (jeringa precargada con suspensión para inyección intramuscular de 117mg/0.75ml, jeringa precargada con suspensión para inyección intramuscular de 156mg/ml, jeringa precargada con suspensión para inyección intramuscular de 234mg/1.5ml, jeringa precargada con suspensión para inyección intramuscular de 78mg/0.5ml), T4</b> |
| <b>Invega Sustenna (jeringa precargada con suspensión para inyección intramuscular de 39mg/0.25ml), T3</b>   |
| <b>Invega Trinza (jeringa precargada con suspensión para inyección intramuscular), T4</b>  |
| <b>Inveltys (suspensión oftálmica), T3</b>   |
| <b>Invokamet (tableta oral de liberación inmediata), T3 - ST; QL</b>   |
| <b>Invokamet XR (tableta oral de liberación prolongada 24 horas), T3 - ST; QL</b>  |
| <b>Invokana (tableta oral), T3 - ST; QL</b>  |
| Ipratropium Bromide (solución para inhalación), T1 - B/D, PA   |
| Ipratropium Bromide (solución nasal), T2   |
| Ipratropium-Albuterol (solución para inhalación), T1 - B/D, PA   |
| Irbesartan (tableta oral), T1 - QL   |

**Letra remarcada = Medicamento de marca**

|  |
|--|
| Irbesartan-Hydrochlorothiazide (tableta oral), T1 - QL   |
| <b>Isentress (tableta oral), T4 - QL</b>   |
| Isoniazid (tableta oral), T1   |
| Isosorbide Dinitrate (10mg tableta oral de liberación inmediata, 20mg tableta oral de liberación inmediata, 30mg tableta oral de liberación inmediata, 5mg tableta oral de liberación inmediata), T1 |
| Isosorbide Dinitrate (tableta oral de liberación inmediata de 40mg), T3  |
| Isosorbide Dinitrate-Hydralazine (tableta oral), T3  |
| Isosorbide Mononitrate (tableta oral de liberación inmediata), T1  |
| Isosorbide Mononitrate ER (tableta oral de liberación prolongada 24 horas), T1   |
| <b>Isturisa (tableta oral), T4 - PA</b>  |
| Ivermectin (tableta oral), T1 - PA   |
| <b>J</b>   |
| <b>Janumet (tableta oral de liberación inmediata), T2 - QL</b>   |
| <b>Janumet XR (tableta oral de liberación prolongada 24 horas), T2 - QL</b>  |
| <b>Januvia (tableta oral), T2 - QL</b>   |
| <b>Jardiance (tableta oral), T2 - QL</b>   |
| <b>Jeringas de insulina, agujas, T2</b>  |
| <b>Jentaduetto (tableta oral de liberación inmediata), T2 - QL</b>   |
| <b>Jentaduetto XR (tableta oral de liberación prolongada 24 horas), T2 - QL</b>  |
| <b>Jublia (solución para uso externo), T3</b>  |
| <b>Juluca (tableta oral), T4 - QL</b>  |
| <b>K</b>   |
| Ketoconazole (crema para uso externo), T1 - QL   |
| Ketorolac Tromethamine (solución oftálmica), T2  |
| <b>Kezara (autoinyectable con solución para inyección subcutánea), T4 - PA; QL</b>   |

Letra normal = Medicamento genérico

Esta es una lista parcial en orden alfabético. No es una lista completa de los medicamentos con receta que cubrimos.

|   |
|---|
| <b>Kevzara (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea), T4 - PA; QL</b> |
| <b>Klisyri (ungüento para uso externo), T4 - PA; QL</b>                                 |
| Klor-Con 10 (tableta oral de liberación prolongada), T1                                 |
| Klor-Con 8 (tableta oral de liberación prolongada), T1                                  |
| Klor-Con M10 (tableta oral de liberación prolongada), T1                                |
| Klor-Con M20 (tableta oral de liberación prolongada), T1                                |
| <b>Korlym (tableta oral), T4 - PA</b>   |
| <b>L</b>  |
| Lacosamide (tableta oral), T3 - QL  |
| Lactulose (10g/15ml solución oral), T1  |
| Lactulose (paquete oral), T3  |
| Lamivudine (100mg tableta oral), T2   |
| Lamivudine (150mg tableta oral, 300mg tableta oral), T2 - QL                            |
| Lamotrigine (tableta oral de liberación inmediata), T1                                  |
| <b>Lantus (solución para inyección subcutánea), T2</b>                                  |
| <b>Lantus SoloStar (pluma precargada con solución para inyección subcutánea), T2</b>    |
| Latanoprost (solución oftálmica), T1  |
| <b>Ledipasvir-Sofosbuvir (tableta oral), T4 - PA; QL</b>                                |
| Leflunomide (tableta oral), T2  |
| Letrozole (tableta oral), T1  |
| Leucovorin Calcium (10mg tableta oral, 15mg tableta oral), T2                           |
| Leucovorin Calcium (25mg tableta oral), T3  |
| Leucovorin Calcium (5mg tableta oral), T1   |
| <b>Leukeran (tableta oral), T4</b>  |
| <b>Levemir (solución para inyección subcutánea), T2</b>                                 |
| Levetiracetam (tableta oral de liberación inmediata), T1                                |
| Levobunolol HCl (solución oftálmica), T1  |
| Levocarnitine (tableta oral), T2  |
| Levocetirizine Dihydrochloride (tableta oral), T1                                       |

|   |
|---|
| Levofloxacin (tableta oral), T1   |
| Levothyroxine Sodium (tableta oral), T1                                       |
| <b>Lialda (tableta oral de liberación retardada), T3 - ST QL</b>              |
| <b>Licart (parche para uso externo 24 horas), T3 - PA; QL</b>                 |
| Lidocaine (ungüento para uso externo al 5%), T2 - QL                          |
| Lidocaine (parche para uso externo al 5%), T3 - PA; QL                        |
| Lidocaine HCl (solución para uso externo al 4%), T3                           |
| Lidocaine-Prilocaine (crema para uso externo), T1                             |
| <b>Linzees (cápsula oral), T2 - QL</b>  |
| Liothyronine Sodium (tableta oral), T1  |
| Lisinopril (tableta oral), T1 - QL  |
| Lisinopril-Hydrochlorothiazide (tableta oral), T1 - QL                        |
| Lithium Carbonate (cápsula oral), T1  |
| Lithium Carbonate ER (tableta oral de liberación prolongada), T1              |
| <b>Livalo (tableta oral), T2 - QL</b>   |
| <b>Lokelma (paquete oral), T3 - QL</b>  |
| Loperamide HCl (cápsula oral), T1   |
| Lorazepam (tableta oral), T1 - QL   |
| Lorazepam Intensol (concentrado oral), T1 - QL                                |
| Losartan Potassium (tableta oral), T1 - QL                                    |
| Losartan Potassium-HCTZ (tableta oral), T1 - QL                               |
| <b>Lotemax (gel oftálmico), T3</b>  |
| <b>Lotemax (ungüento oftálmico), T3</b>                                       |
| <b>Lotemax (suspensión oftálmica), T3</b>                                     |
| <b>Lotemax SM (gel oftálmico), T3</b>   |
| Lovastatin (tableta oral), T1 - QL  |
| <b>Lumigan (solución oftálmica), T2</b>                                       |
| <b>Lupron Depot (1 mes) (kit para inyección intramuscular), T3 - PA; QL</b>   |
| <b>Lupron Depot (3 meses) (kit para inyección intramuscular), T3 - PA; QL</b> |
| <b>Lupron Depot (4 meses) (kit para inyección intramuscular), T3 - PA; QL</b> |

T1 = Nivel 1

T2 = Nivel 2

T3 = Nivel 3

T4 = Nivel 4



Esta es una lista parcial en orden alfabético. No es una lista completa de los medicamentos con receta que cubrimos.

|  |
|--|
| <b>Lupron Depot (6 meses) (kit para inyección intramuscular), T3 - PA; QL</b>        |
| Lurasidone HCl (tableta oral), T2 - QL   |
| <b>Luzu (crema para uso externo), T3 - QL</b>  |
| <b>Lysodren (tableta oral), T4</b>   |
| <b>Lyumjev (solución para inyección), T2</b>   |
| <b>Lyumjev KwikPen (pluma precargada con solución para inyección subcutánea), T2</b> |
| <b>M</b>   |
| Malathion (loción para uso externo), T3  |
| Maraviroc (tableta oral), T4 - QL  |
| <b>Mavyret (paquete oral), T4 - PA; QL</b>   |
| <b>Mavyret (tableta oral), T4 - PA; QL</b>   |
| <b>Mayzent (tableta oral), T4 - QL</b>   |
| Meclizine HCl (tableta oral de 12.5mg, tableta oral de 25mg), T1 - HRM               |
| Medroxyprogesterone Acetate (suspensión intramuscular), T1                           |
| Medroxyprogesterone Acetate (tableta oral), T1                                       |
| Meloxicam (tableta oral), T1   |
| Memantine HCl (tableta oral de 10mg, tableta oral de 5mg), T1 - PA; QL               |
| Memantine HCl ER (cápsula oral de liberación prolongada por 24 horas), T3 - PA; QL   |
| Mercaptopurine (tableta oral), T2  |
| Meropenem (solución reconstituida para inyección intravenosa de 1g), T3              |
| Meropenem (solución reconstituida para inyección intravenosa de 500mg), T2           |
| Mesalamine (1.2g tableta oral de liberación retardada) (Lialda genérico), T3 - QL    |
| <b>Mesnex (tableta oral), T3</b>   |
| Methadone HCl (solución oral), T1 - 7D; MME; DL; QL                                  |
| Methadone HCl (tableta oral), T1 - 7D; MME; DL QL                                    |
| Methamphetamine HCl (tableta oral), T3 - PA; QL                                      |
| Methimazole (tableta oral), T1   |

Letra remarcada = Medicamento de marca

|   |
|---|
| Methotrexate Sodium (tableta oral), T1  |
| Methscopolamine Bromide (tableta oral), T3 - HRM  |
| Methylphenidate HCl (tableta oral de liberación inmediata) (Ritalin genérico), T2 - QL  |
| Methylprednisolone (tableta oral), T1   |
| Metoclopramide HCl (tableta oral), T1   |
| Metoprolol Succinate ER (tableta oral de liberación prolongada 24 horas), T1  |
| Metoprolol Tartrate (100mg tableta oral, 25mg tableta oral, 50mg tableta oral), T1  |
| <b>Metrogel (gel para uso externo), T3</b>  |
| Metronidazole (crema para uso externo al 0.75%), T2   |
| Metronidazole (gel para uso externo al 0.75%), T2   |
| Metronidazole (loción para uso externo al 0.75%), T3  |
| Metronidazole (gel para uso externo al 1%), T3  |
| Metronidazole (250mg tableta oral, 500mg tableta oral), T1  |
| Midodrine HCl (tableta oral), T2  |
| Minocycline HCl (cápsula oral), T1  |
| Minocycline HCl (tableta oral de liberación inmediata), T3  |
| Minoxidil (tableta oral), T1  |
| Mirtazapine (tableta oral), T1  |
| Mirtazapine ODT (tableta oral dispersable), T2  |
| <b>Mirvaso (gel para uso externo), T3</b>   |
| Misoprostol (tableta oral), T2  |
| <b>Mitigare (cápsula oral), T2</b>  |
| Modafinil (tableta oral), T2 - PA; QL   |
| Mometasone Furoate (suspensión nasal), T3   |
| Montelukast Sodium (paquete oral), T2 - QL  |
| Montelukast Sodium (tableta oral), T1 - QL  |
| Morphine Sulfate ER (100mg tableta oral de liberación prolongada, 200mg tableta oral de liberación prolongada) (MS Contin genérico), T3 - 7D; MME; DL; QL |

Letra normal = Medicamento genérico

**Esta es una lista parcial en orden alfabético. No es una lista completa de los medicamentos con receta que cubrimos.**

|   |
|---|
| Morphine Sulfate ER (15mg tableta oral de liberación prolongada, 30mg tableta oral de liberación prolongada, 60mg tableta oral de liberación prolongada) (MS Contin Genérico), T2 - 7D; MME; DL; QL |
| Morphine Sulfate ER (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas) (Kadian genérico), T3 - 7D; MME; DL; QL  |
| Morphine Sulfate ER Beads (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas) (Avinza genérico), T3 - 7D; MME; DL; QL  |
| <b>Motegrity (tableta oral), T3 - QL</b>  |
| <b>Mounjaro (pluma precargada con solución para inyección subcutánea), T2 - PA; QL</b>  |
| <b>Movantik (tableta oral), T2 - QL</b>   |
| <b>MoviPrep (solución oral reconstituida), T3</b>   |
| <b>Multaq (tableta oral), T2</b>  |
| <b>Myrbetriq (suspensión oral reconstituida ER), T2</b>   |
| <b>Myrbetriq (tableta oral de liberación prolongada 24 horas), T2</b>   |
| <b>N</b>  |
| <b>Naftin (gel para uso externo), T3</b>  |
| Naloxone HCl (solución para inyección de 0.4mg/ml), T1  |
| Naloxone HCl (cartucho con solución para inyección), T1   |
| Naloxone HCl (jeringa precargada con solución para inyección), T1   |
| Naltrexone HCl (tableta oral), T2   |
| <b>Namzaric (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas, paquete de tratamiento), T2 - PA; QL</b>   |
| <b>Namzaric (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas), T2 - PA; QL</b>   |
| Naproxen (250mg tableta oral de liberación inmediata, 375mg tableta oral de liberación inmediata, 500mg tableta oral de liberación inmediata), T1   |
| <b>Narcan (líquido nasal), T2</b>   |

T1 = Nivel 1

T2 = Nivel 2

|  |
|--|
| <b>Nayzilam (solución nasal), T3 - PA; QL</b>  |
| Neomycin Sulfate (tableta oral), T1  |
| Neomycin-Polymyxin-HC (suspensión ótica), T2   |
| <b>Neulasta (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea), T4 - PA</b>   |
| <b>Neupogen (jeringa precargada con solución para inyección), T4 - ST</b>  |
| <b>Neupogen (solución para inyección), T4 - ST</b>   |
| <b>Nevanac (suspensión oftálmica), T3</b>  |
| <b>Nexium (paquete oral de 10mg, paquete oral de 2.5mg, paquete oral de 20mg, paquete oral de 40mg, paquete oral de 5mg), T2</b> |
| <b>Nexium (cápsula oral de liberación retardada de 20mg, cápsula oral de liberación retardada de 40mg), T2 - QL</b>              |
| <b>Nexletol (tableta oral), T3 - PA; QL</b>  |
| <b>Nexlizet (tableta oral), T3 - PA; QL</b>  |
| Nifedipine ER Osmotic Release (tableta oral de liberación prolongada 24 horas), T1   |
| Nimodipine (cápsula oral), T3  |
| Nitrofurantoin Macrocrystal (cápsula oral de 100mg, cápsula oral de 50mg) (Macrochant genérico), T2 - HRM                        |
| Nitrofurantoin Monohydrate (Macrobid genérico), T2 - HRM   |
| Nitroglycerin (tableta sublingual), T1   |
| <b>Nivestym (jeringa precargada con solución para inyección), T4 - ST</b>  |
| <b>Nivestym (solución para inyección), T4 - ST</b>   |
| Nizatidine (cápsula oral), T2  |
| Norethindrone Acetate (5mg tableta oral), T1   |
| Nortriptyline HCl (cápsula oral), T1 - HRM   |
| <b>NovoLog (solución para inyección), T2</b>   |
| <b>NovoLog FlexPen (pluma precargada con solución para inyección subcutánea), T2</b>   |
| <b>NovoLog Mix 70/30 (suspensión para inyección subcutánea), T2</b>  |

T3 = Nivel 3

T4 = Nivel 4

Esta es una lista parcial en orden alfabético. No es una lista completa de los medicamentos con receta que cubrimos.

|  |
|--|
| <b>NovoLog Mix 70/30 FlexPen (pluma precargada con suspensión para inyección subcutánea), T2</b> |
| <b>Novolog PenFill (cartucho con solución para inyección subcutánea), T2</b>                     |
| <b>Novolin 70/30 (suspensión para inyección subcutánea), T2</b>                                  |
| <b>Novolin 70/30 FlexPen (pluma precargada con suspensión para inyección subcutánea), T2</b>     |
| <b>Novolin N (suspensión para inyección subcutánea), T2</b>                                      |
| <b>Novolin N FlexPen (pluma precargada con suspensión para inyección subcutánea), T2</b>         |
| <b>Novolin R (solución para inyección), T2</b>   |
| <b>Novolin R FlexPen (pluma precargada con solución para inyección), T2</b>                      |
| <b>Nubeqa (tableta oral), T4 - PA</b>  |
| <b>Nucala (autoinyectable con solución para inyección subcutánea), T4 - PA; QL</b>               |
| <b>Nucala (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea), T4 - PA; QL</b>           |
| <b>Nucala (solución reconstituida para inyección subcutánea), T4 - PA; QL</b>                    |
| <b>Nurtec ODT (tableta oral dispersable), T4 - PA; QL</b>  |
| <b>Nutropin AQ NuSpin 10 (pluma precargada con solución para inyección subcutánea), T4 - PA</b>  |
| <b>Nutropin AQ NuSpin 20 (pluma precargada con solución para inyección subcutánea), T4 - PA</b>  |
| <b>Nutropin AQ NuSpin 5 (pluma precargada con solución para inyección subcutánea), T4 - PA</b>   |
| <b>Nuzyra (solución reconstituida para inyección intravenosa), T4 - PA</b>                       |
| <b>Nuzyra (tableta oral), T4 - PA; QL</b>  |
| Nystatin (crema para uso externo), T1  |
| Nystatin (ungüento para uso externo), T1   |
| Nystatin (polvo para uso externo), T1 - QL   |
| <b>Nyvepria (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea), T4 - PA</b>             |

Letra remarcada = Medicamento de marca

| <b>O</b>  |
|---|
| <b>Odomzo (cápsula oral), T4 - PA</b>   |
| <b>Ofev (cápsula oral), T4 - PA; QL</b>   |
| Ofloxacin (solución oftálmica), T1  |
| Ofloxacin (solución ótica), T2  |
| Olanzapine (tableta oral), T1 - QL  |
| Olopatadine HCl (solución oftálmica al 0.1%), T2  |
| Omega-3-Acid Ethyl Esters (cápsula oral) (Lovaza genérico), T2  |
| Omeprazole (cápsula oral de liberación retardada de 10mg), T1 - QL  |
| Omeprazole (cápsula oral de liberación retardada de 20mg, cápsula oral de liberación retardada de 40mg), T1   |
| Ondansetron HCl (4mg tableta oral, 8mg tableta oral), T1 - B/D, PA; QL  |
| Ondansetron ODT (tableta oral dispersable), T1 - B/D, PA; QL  |
| <b>Opsumit (tableta oral), T4 - PA</b>  |
| <b>Orenitram (0.125mg tableta oral de liberación prolongada), T3 - PA</b>   |
| <b>Orenitram (0.25mg tableta oral de liberación prolongada, 1mg tableta oral de liberación prolongada, 2.5mg tableta oral de liberación prolongada, 5mg tableta oral de liberación prolongada), T4 - PA</b> |
| <b>Orgovyx (tableta oral), T4 - PA; QL</b>  |
| <b>Orilissa (tableta oral), T4 - PA; QL</b>   |
| Oseltamivir Phosphate (cápsula oral), T2  |
| <b>Osphena (tableta oral), T2 - PA; QL</b>  |
| <b>Otezla (tableta oral, paquete de tratamiento), T4 - PA; QL</b>   |
| <b>Otezla (tableta oral), T4 - PA; QL</b>   |
| Oxcarbazepine (tableta oral), T2  |
| Oxybutynin Chloride ER (tableta oral de liberación prolongada 24 horas), T1   |

Letra normal = Medicamento genérico

**Esta es una lista parcial en orden alfabético. No es una lista completa de los medicamentos con receta que cubrimos.**

|  |   |
|--|---|
| Oxycodone HCl (tableta oral de liberación inmediata de 10mg, tableta oral de liberación inmediata de 15mg, tableta oral de liberación inmediata de 20mg, tableta oral de liberación inmediata de 30mg, tableta oral de liberación inmediata de 5mg) T1 - 7D; MME; DL; QL | <b>Plegridy (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea), T4 - QL</b>  |
| Oxycodone HCl (cápsula oral de 5mg), T2 - 7D; MME; DL; QL  | <b>Pomalyst (2mg cápsula oral, 3mg cápsula oral, 4mg cápsula oral), T4 - PA</b>   |
| Oxycodone-Acetaminophen (10-325mg tableta oral, 2.5-325mg tableta oral, 5-325mg tableta oral, 7.5-325mg tableta oral), T2 - 7D; MME; DL; QL  | Potassium Chloride ER (cápsula oral de liberación prolongada), T1   |
| <b>Ozempic (1mg/dosis) (4mg/3ml pluma precargada con solución para inyección subcutánea), T2 - PA; QL</b>  | Potassium Chloride ER (tableta oral de liberación prolongada), T1   |
| <b>Ozempic (2mg/dosis) (8mg/3ml pluma precargada con solución para inyección subcutánea), T2 - PA; QL</b>  | Potassium Citrate ER (tableta oral de liberación prolongada), T2  |
| <b>P</b>   | <b>Pradaxa (cápsula oral), T3 - ST; QL</b>  |
| Pantoprazole Sodium (tableta oral de liberación retardada), T1 - QL  | <b>Praluent (autoinyectable con solución para inyección subcutánea), T2 - PA; QL</b>  |
| <b>Pegasys (solución para inyección subcutánea), T4 - PA</b>   | Pramipexole Dihydrochloride (tableta oral de liberación inmediata), T1  |
| Penicillamine (tableta oral), T4   | Pravastatin Sodium (tableta oral), T1 - QL  |
| Penicillin V Potassium (tableta oral), T1  | Prazosin HCl (cápsula oral), T1   |
| <b>Pentasa (cápsula oral de liberación prolongada), T3 - QL</b>  | Prednisolone Acetate (suspensión oftálmica), T2   |
| <b>Perforomist (solución para nebulizador para inhalación), T3 - B/D, PA; QL</b>   | Prednisone (10mg tableta oral, 1mg tableta oral, 2.5mg tableta oral, 20mg tableta oral, 50mg tableta oral, 5mg tableta oral), T1  |
| Permethrin (crema para uso externo), T2  | Prednisone (solución oral de 5mg/5ml), T3   |
| <b>Perseris (jeringa precargada para inyección subcutánea), T4</b>   | <b>Premarin (tableta oral), T3 - HRM; QL</b>  |
| Phenelzine Sulfate (tableta oral), T2  | <b>Premarin (crema vaginal), T2</b>   |
| Phenytoin Sodium Extended (cápsula oral), T1   | <b>Premphase (tableta oral), T3 - HRM; QL</b>   |
| <b>Phoslyra (667mg/5ml solución oral), T2</b>  | <b>Prempro (tableta oral), T3 - HRM; QL</b>   |
| Pilocarpine HCl (tableta oral), T2   | Prenatal (27-1mg tableta oral), T1  |
| Pimecrolimus (crema para uso externo), T3 - ST; QL   | <b>Prezcobix (tableta oral), T4 - QL</b>  |
| Pirfenidone (tableta oral de 267mg, tableta oral de 801mg), T4 - PA; QL  | Primidone (250mg tableta oral, 50mg tableta oral), T1   |
| <b>Plegridy (pluma precargada con solución para inyección subcutánea), T4 - QL</b>   | <b>Privigen (20g/200ml solución para inyección intravenosa), T4 - PA</b>  |
|  | <b>ProAir RespiClick (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración), T2</b>   |
|  | <b>Procrit (10000 unidades/ml solución para inyección, 2000 unidades/ml solución para inyección, 3000 unidades/ml solución para inyección, 4000 unidades/ml solución para inyección), T3 - PA</b> |

T1 = Nivel 1

T2 = Nivel 2

T3 = Nivel 3

T4 = Nivel 4

Esta es una lista parcial en orden alfabético. No es una lista completa de los medicamentos con receta que cubrimos.

|   |   |
|---|---|
| <b>Procrit (20000 unidades/ml solución para inyección, 40000 unidades/ml solución para inyección), T4 - PA</b>  | Quetiapine Fumarate ER (tableta oral de liberación prolongada 24 horas), T2 - QL                |
| Procto-Med HC (crema de uso externo), T1  | Quinapril HCl (tableta oral), T1 - QL   |
| Proctosol HC (crema para uso externo), T1   | Quinapril-Hydrochlorothiazide (tableta oral), T1 - QL   |
| Progesterone (cápsula oral), T2   | <b>R</b>  |
| <b>Prograf (0.5mg cápsula oral, 1mg cápsula oral), T3 - B/D, PA</b>   | Raloxifene HCl (tableta oral), T2   |
| <b>Prograf (5mg cápsula oral), T4 - B/D, PA</b>   | Ramipril (cápsula oral), T1 - QL  |
| <b>Prograf (paquete oral), T3 - B/D, PA</b>   | Ranolazine ER (tableta oral de liberación prolongada 12 horas), T2                              |
| <b>Prolastin-C (solución reconstituida para inyección intravenosa), T4 - PA</b>   | Rasagiline Mesylate (tableta oral), T3  |
| <b>Prolensa (solución oftálmica), T3</b>  | <b>Rasuvo (autoinyectable con solución para inyección subcutánea), T3 - PA</b>                  |
| <b>Prolia (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea), T3 - QL</b>  | <b>Rayaldee (cápsula oral de liberación prolongada), T4 - QL</b>                                |
| Propranolol HCl (tableta oral), T1  | <b>Rebif (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea), T4 - ST</b>               |
| Propranolol HCl ER (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas), T2   | <b>Rebif Rebidose (autoinyectable con solución para inyección subcutánea), T4 - ST</b>          |
| Propylthiouracil (tableta oral), T1   | <b>Regranex (gel para uso externo), T4 - PA</b>   |
| <b>Pulmicort Flexhaler (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración), T3 - ST</b>  | <b>Repatha (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea), T2 - PA; QL</b>         |
| <b>Pulmozyme (solución para inhalación), T4 - B/D, PA; QL</b>   | <b>Repatha Pushtronex System (cartucho con solución para inyección subcutánea), T2 - PA; QL</b> |
| Pyridostigmine Bromide (60mg tableta oral de liberación inmediata), T2  | <b>Repatha SureClick (autoinyectable con solución para inyección subcutánea), T2 - PA; QL</b>   |
| Pyridostigmine Bromide (solución oral), T3  | <b>Restasis MultiDose (emulsión oftálmica), T2 - QL</b>   |
| Pyridostigmine Bromide ER (tableta oral de liberación prolongada), T3   | <b>Restasis Single-Use Vials (emulsión oftálmica), T2 - QL</b>                                  |
| <b>Q</b>  | <b>Retacrit (solución para inyección), T3 - PA</b>  |
| <b>QVAR RediHaler (aerosol para inhalación activado por la respiración), T3 - ST; QL</b>  | <b>Rexulti (tableta oral), T4 - QL</b>  |
| Quetiapine Fumarate (100mg tableta oral de liberación inmediata, 200mg tableta oral de liberación inmediata, 25mg tableta oral de liberación inmediata, 300mg tableta oral de liberación inmediata, 400mg tableta oral de liberación inmediata, 50mg tableta oral de liberación inmediata), T1 - QL | <b>Reyvow (tableta oral), T3 - PA; QL</b>   |
|   | <b>Rhopressa (solución oftálmica), T2 - ST</b>  |
|   | Ribavirin (tableta oral), T2  |

Letra remarcada = Medicamento de marca

Letra normal = Medicamento genérico

Esta es una lista parcial en orden alfabético. No es una lista completa de los medicamentos con receta que cubrimos.

|  |  |
|--|--|
| Rifabutin (cápsula oral), T3   | <b>Savella (tableta oral), T2</b>  |
| Rifampin (cápsula oral de 300mg), T2   | Selegiline HCl (cápsula oral), T2  |
| Riluzole (tableta oral), T2  | Selegiline HCl (tableta oral), T2  |
| <b>Rinvoq (tableta oral de liberación prolongada 24 horas), T4 - PA; QL</b>  | <b>Serevent Diskus (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración), T2 - QL</b> |
| <b>Risperdal Consta (suspensión reconstituida de liberación prolongada para inyección intramuscular de 12.5mg, suspensión reconstituida de liberación prolongada para inyección intramuscular de 25mg), T3</b> | Sertraline HCl (tableta oral), T1  |
| <b>Risperdal Consta (suspensión reconstituida de liberación prolongada para inyección intramuscular de 37.5mg, suspensión reconstituida de liberación prolongada para inyección intramuscular de 50mg), T4</b> | Sevelamer Carbonate (paquete oral), T3   |
| Risperidone (tableta oral), T1   | Sevelamer Carbonate (tableta oral) (Renvela genérico), T2                                      |
| Ritonavir (tableta oral), T2 - QL  | Sevelamer HCl (tableta oral), T3   |
| Rivastigmine (parche transdérmico 24 horas), T3 - ST; QL   | <b>Shingrix (suspensión reconstituida para inyección intramuscular), T2 - PA; QL</b>           |
| Rivastigmine Tartrate (cápsula oral), T2   | Sildenafil Citrate (20mg tableta oral) (Revatio genérico), T2 - PA                             |
| Rizatriptan Benzoate (tableta oral), T2 - QL   | <b>Siliq (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea), T4 - PA; QL</b>          |
| Rizatriptan Benzoate ODT (tableta oral dispersable), T2 - QL   | Silver Sulfadiazine (crema para uso externo), T1   |
| <b>Rocklatan (solución oftálmica), T2 - ST</b>   | <b>Simbrinza (suspensión oftálmica), T2</b>  |
| Roflumilast (tableta oral de 500mcg), T3 - PA  | <b>Simponi (autoinyectable con solución para inyección subcutánea), T4 - PA; QL</b>            |
| Ropinirole HCl (tableta oral de liberación inmediata), T1  | <b>Simponi (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea), T4 - PA; QL</b>        |
| Rosuvastatin Calcium (tableta oral), T1 - QL   | Simvastatin (tableta oral), T1 - QL  |
| <b>Rukobia (tableta oral de liberación prolongada 12 horas), T4 - QL</b>   | <b>Skyrizi (360mg/2.4ml cartucho con solución para inyección subcutánea), T4 - PA; QL</b>      |
| <b>Rybelsus (tableta oral), T2 - PA; QL</b>  | <b>Skyrizi (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea), T4 - PA; QL</b>        |
| <b>Rytary (cápsula oral de liberación prolongada), T3 - ST</b>   | <b>Skyrizi Pen (autoinyectable con solución para inyección subcutánea), T4 - PA; QL</b>        |
| <b>S</b>   | <b>Sodium Oxybate (Solución oral), T4 - PA; QL</b>   |
| SPS (suspensión oral), T2  | Sodium Polystyrene Sulfonate (polvo oral), T2  |
| <b>Sancuso (parche transdérmico), T4 - QL</b>  | Sodium Sulfate-Potassium Sulfate-Magnesium Sulfate (solución oral), T2                         |
| <b>Santyl (ungüento para uso externo), T3</b>  | <b>Sofosbuvir-Velpatasvir (tableta oral), T4 - PA; QL</b>                                      |
| <b>Saphris (tableta sublingual), T3</b>  | Solifenacin Succinate (tableta oral), T2 - QL  |

T1 = Nivel 1

T2 = Nivel 2

T3 = Nivel 3

T4 = Nivel 4

Esta es una lista parcial en orden alfabético. No es una lista completa de los medicamentos con receta que cubrimos.

|   |  |
|---|--|
| <b>Soliqua (pluma precargada con solución para inyección subcutánea), T2 - PA; QL</b>               | <b>Symbicort (aerosol para inhalación), T2 - QL</b>  |
| Sotalol HCl (tableta oral), T1  | <b>Symjepi (jeringa precargada con solución para inyección), T3 - QL</b>   |
| Sotalol HCl AF (tableta oral), T2   | <b>Symtuza (tableta oral), T4 - QL</b>   |
| <b>Spiriva HandiHaler (cápsula para inhalación), T2 - QL</b>  | <b>Synjardy (tableta oral de liberación inmediata), T2 - QL</b>  |
| <b>Spiriva Respimat (solución en aerosol para inhalación), T2 - QL</b>                              | <b>Synjardy XR (tableta oral de liberación prolongada 24 horas), T2 - QL</b>   |
| Spironolactone (tableta oral), T1   | <b>Synribo (solución reconstituida para inyección subcutánea), T4 - PA</b>   |
| <b>Sprycel (tableta oral), T4 - PA</b>  | <b>Synthroid (tableta oral), T2</b>  |
| <b>Stelara (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea), T4 - PA; QL</b>             | <b>T</b>   |
| <b>Stelara (solución para inyección subcutánea), T4 - PA; QL</b>                                    | <b>TOBI Podhaler (cápsula para inhalación), T4 - PA; QL</b>  |
| <b>Stiolto Respimat (solución en aerosol para inhalación), T2</b>                                   | <b>Tabrecta (tableta oral), T4 - PA; QL</b>  |
| <b>Striverdi Respimat (solución en aerosol para inhalación), T3 - ST</b>                            | Tadalafil (hipertensión arterial pulmonar, PAH) (20mg tableta oral) (Adcirca genérico), T3 - PA  |
| <b>Suboxone (película sublingual), T3 - QL</b>  | <b>Taltz (autoinyectable con solución para inyección subcutánea), T4 - PA; QL</b>  |
| Sucralfate (suspensión oral), T3  | <b>Taltz (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea), T4 - PA; QL</b>  |
| Sucralfate (tableta oral), T1   | Tamoxifen Citrate (tableta oral), T1   |
| Sulfadiazine (tableta oral), T3   | Tamsulosin HCl (cápsula oral), T1  |
| Sulfamethoxazole-Trimethoprim (800mg-160mg tableta oral), T1  | <b>Tecfidera (cápsula oral de liberación retardada), T4 - QL</b>   |
| Sulfasalazine (tableta oral de liberación retardada), T1  | Temazepam (15mg cápsula oral, 30mg cápsula oral), T1 - HRM; QL   |
| Sulfasalazine (tableta oral de liberación inmediata), T1  | Tenofovir Disoproxil Fumarate (tableta oral), T2 - QL  |
| Sumatriptan Succinate (100mg tableta oral, 25mg tableta oral, 50mg tableta oral), T1 - QL           | Terazosin HCl (cápsula oral), T1   |
| Sumatriptan Succinate (autoinyectable con solución para inyección subcutánea de 6mg/0.5ml), T3 - QL | Terbinafine HCl (tableta oral), T1 - QL  |
| Sumatriptan Succinate (solución para inyección subcutánea de 6mg/0.5ml), T2 - QL                    | <b>Teriparatide (recombinante) (pluma precargada con solución para inyección subcutánea), T4 - PA</b>  |
| <b>Sunosi (tableta oral), T3 - PA; QL</b>   | Testosterone (20.25mg/1.25g 1.62% gel transdérmico, 25mg/2.5g 1% gel transdérmico, 40.5mg/2.5g 1.62% gel transdérmico, 50mg/5g 1% gel transdérmico), Testosterone Pump (1% gel transdérmico, 1.62% gel transdérmico), T3 |
| <b>Sutab (tableta oral), T2</b>   |  |

Letra remarcada = Medicamento de marca

Letra normal = Medicamento genérico

**Esta es una lista parcial en orden alfabético. No es una lista completa de los medicamentos con receta que cubrimos.**

|  |  |
|--|--|
| Testosterone Cypionate (solución intramuscular), T1                                      | Tramadol-Acetaminophen (tableta oral), T1 - 7D; MME; DL; QL                                    |
| Tetrabenazine (12.5mg tableta oral), T3 - PA   | Tranexamic Acid (tableta oral), T2   |
| Tetrabenazine (25mg tableta oral), T4 - PA   | Tranlycypromine Sulfate (tableta oral), T3   |
| Theophylline (solución oral), T3   | Travoprost (BAK Free) (solución oftálmica), T3   |
| Theophylline ER (tableta oral de liberación prolongada por 12 horas), T3                 | Trazodone HCl (100mg tableta oral, 150mg tableta oral, 50mg tableta oral), T1                  |
| Theophylline ER (tableta oral de liberación prolongada por 24 horas), T1                 | <b>Trelegy Ellipta (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración), T2 - QL</b> |
| Timolol Maleate (una vez al día) (solución oftálmica) (Istalol genérico), T3             | <b>Tremfya (pluma precargada con solución para inyección subcutánea), T4 - PA; QL</b>          |
| Timolol Maleate (solución oftálmica) (Timoptic genérico), T1                             | <b>Tremfya (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea), T4 - PA; QL</b>        |
| Timolol Maleate (tableta oral), T2   | <b>Tresiba (solución para inyección subcutánea), T2</b>  |
| Timolol Maleate Ophthalmic Gel Forming (solución oftálmica) (Timoptic-XE genérico), T2   | <b>Tresiba FlexTouch (pluma precargada con solución para inyección subcutánea), T2</b>         |
| <b>Timoptic OcuDose (solución oftálmica), T3</b>   | Tretinoin (crema para uso externo), T3 - PA  |
| <b>Tivicay (25mg tableta oral), T3 - QL</b>  | Tretinoin (cápsula oral), T4   |
| <b>Tivicay (50mg Tableta oral), T4 - QL</b>  | Triamcinolone Acetonide (0.1% ungüento para uso externo, 0.5% ungüento para uso externo), T1   |
| Tizanidine HCl (tableta oral), T1  | Triamcinolone Acetonide (crema para uso externo), T1   |
| <b>Toallitas impregnadas en alcohol, T2</b>  | Triamterene-HCTZ (cápsula oral), T1  |
| <b>TobraDex ST (suspensión oftálmica), T3</b>  | Triamterene-HCTZ (tableta oral), T1  |
| Tobramycin (300mg/5ml solución para nebulizador para inhalación), T4 - B/D, PA; QL       | Trientine HCl (cápsula oral), T4 - PA; QL  |
| Tobramycin-Dexamethasone (suspensión oftálmica), T2                                      | Trihexyphenidyl HCl (solución oral), T3 - HRM  |
| Topiramate (cápsula oral con microgránulos dispersables de liberación inmediata), T3     | Trihexyphenidyl HCl (tableta oral), T3 - HRM   |
| Topiramate (tableta oral), T1  | <b>Trijardy XR (tableta oral de liberación prolongada 24 horas), T2 - QL</b>                   |
| Toremifene Citrate (tableta oral), T4  | <b>Trintellix (tableta oral), T3</b>   |
| Torseamide (tableta oral), T1  | <b>Trulance (tableta oral), T3</b>   |
| <b>Toujeo Max SoloStar (pluma precargada con solución para inyección subcutánea), T2</b> | <b>Trulicity (pluma precargada con solución para inyección subcutánea), T2 - PA; QL</b>        |
| <b>Toujeo SoloStar(pluma precargada con solución para inyección subcutánea), T2</b>      | <b>Tymlos (pluma precargada con solución para inyección subcutánea), T4 - PA</b>               |
| <b>Tracleer (tableta oral soluble), T4 - PA; QL</b>                                      | <b>Tyrvaya (solución nasal), T3 - QL</b>   |
| <b>Tracleer (tableta oral), T4 - PA; QL</b>  |  |
| <b>Tradjenta (tableta oral), T2 - QL</b>   |  |
| Tramadol HCl (50mg tableta oral de liberación inmediata), T1 - 7D; MME; DL; QL           |  |

T1 = Nivel 1

T2 = Nivel 2

T3 = Nivel 3

T4 = Nivel 4



Esta es una lista parcial en orden alfabético. No es una lista completa de los medicamentos con receta que cubrimos.

|   |  |
|---|--|
| <b>U</b>  |  |
| <b>Ubrelvy (tableta oral), T4 - PA; QL</b>  | <b>Vitrakvi (solución oral), T4 - PA; QL</b>   |
| <b>Udenyca (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea), T4 - PA</b>   | <b>Vosevi (tableta oral), T4 - PA; QL</b>  |
| Ursodiol (300mg cápsula oral), T2   | <b>Vumerity (cápsula oral de liberación retardada) (frasco con dosis de mantenimiento), T4 - ST; QL</b>  |
| Ursodiol (tableta oral), T3   | <b>Vyvanse (cápsula oral), T3</b>  |
| <b>V</b>  | <b>Vyvanse (tableta oral masticable), T3</b>   |
| Valacyclovir HCl (tableta oral), T2 - QL  | <b>Vyzulta (solución oftálmica), T3</b>  |
| Valganciclovir HCl (tableta oral), T2 - QL  | <b>W</b>   |
| Valsartan (tableta oral), T1 - QL   | Warfarin Sodium (tableta oral), T1   |
| Valsartan-Hydrochlorothiazide (tableta oral), T1 - QL   | Wixela Inhub (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración) (Advair genérico), T2 - QL   |
| Varenicline Tartrate (tableta oral), T3   | <b>X</b>   |
| <b>Vascepa (cápsula oral), T2</b>   | <b>Xarelto (suspensión oral reconstituida), T2 - QL</b>  |
| <b>Velphoro (tableta oral masticable), T4</b>   | <b>Xarelto (tableta oral), T2 - QL</b>   |
| <b>Veltassa (paquete oral), T3 - QL</b>   | <b>Xcopri (100mg tableta oral, 150mg tableta oral, 200mg tableta oral, 50mg tableta oral), T4 - PA; QL</b>   |
| Venlafaxine HCl ER (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas), T1   | <b>Xcopri (14 x 12.5mg y 14 x 25mg tableta oral, paquete de tratamiento), T3 - PA; QL</b>  |
| <b>Ventolin HFA (solución en aerosol para inhalación), T2</b>   | <b>Xcopri (14 x 150mg y 14 x 200mg tableta oral, paquete de tratamiento; 14 x 50mg y 14 x 100mg tableta oral, paquete de tratamiento), T4 - PA; QL</b> |
| Verapamil HCl (tableta oral de liberación inmediata), T1  | <b>Xcopri (250mg dosis diaria) (100mg y 150mg tableta oral, paquete de tratamiento), T4 - PA; QL</b>   |
| Verapamil HCl ER (cápsula oral de liberación prolongada por 24 horas de 100mg, cápsula oral de liberación prolongada por 24 horas de 200mg, cápsula oral de liberación prolongada por 24 horas de 300mg, cápsula oral de liberación prolongada por 24 horas de 360mg), T3 | <b>Xcopri (350mg dosis diaria) (150mg y 200mg tableta oral, paquete de tratamiento), T4 - PA; QL</b>   |
| Verapamil HCl ER (tableta oral de liberación prolongada), T1  | <b>Xeljanz (solución oral), T4 - PA; QL</b>  |
| <b>Verquvo (tableta oral), T2 - PA; QL</b>  | <b>Xeljanz (tableta oral de liberación inmediata), T4 - PA; QL</b>   |
| <b>Versacloz (suspensión oral), T4</b>  | <b>Xeljanz XR (tableta oral de liberación prolongada 24 horas), T4 - PA; QL</b>  |
| <b>Viberzi (tableta oral), T4 - PA; QL</b>  | <b>Xenleta (tableta oral), T3 - PA; QL</b>   |
| <b>Victoza (pluma precargada con solución para inyección subcutánea), T2 - PA; QL</b>   | <b>Xigduo XR (tableta oral de liberación prolongada 24 horas), T2 - QL</b>   |
| <b>Viibryd (tableta oral), T3</b>   | <b>Xiidra (solución oftálmica), T3 - QL</b>  |
| <b>Vitrakvi (cápsula oral), T4 - PA; QL</b>   |  |

Letra remarcada = Medicamento de marca

Letra normal = Medicamento genérico

Esta es una lista parcial en orden alfabético. No es una lista completa de los medicamentos con receta que cubrimos.

|   |
|---|
| <b>Xofluza (40mg dosis) (tableta oral, paquete de tratamiento), T2 - QL</b>   |
| <b>Xofluza (80mg dosis) (tableta oral, paquete de tratamiento), T2 - QL</b>   |
| <b>Xolair (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea), T4 - PA</b>  |
| <b>Xolair (solución reconstituida para inyección subcutánea), T4 - PA</b>   |
| <b>Xtampza ER (cápsula oral de liberación prolongada 12 horas, disuasivo del abuso de sustancias), T3 - 7D; MME; DL; QL</b> |
| <b>Xtandi (cápsula oral), T4 - PA</b>   |
| <b>Xtandi (tableta oral), T4 - PA</b>   |
| <b>Xultophy (pluma precargada con solución para inyección subcutánea), T3 - PA; QL</b>                                      |
| <b>Xyrem (solución oral), T4 - PA; QL</b>   |
| <b>Y</b>  |
| <b>Yupelri (solución para inhalación), T4 - B/D, PA; QL</b>   |

|   |
|---|
| <b>Z</b>  |
| <b>Zafirlukast (tableta oral), T2</b>   |
| <b>Zaleplon (cápsula oral), T2 - HRM; QL</b>                                  |
| <b>Zarxio (jeringa precargada con solución para inyección), T4</b>            |
| <b>Zelapar ODT (tableta oral dispersable), T4</b>                             |
| <b>Zenpep (cápsula oral con partículas de liberación retardada), T2</b>       |
| <b>Zeposia (cápsula oral), T4 - PA; QL</b>                                    |
| <b>Zioptan (solución oftálmica), T3</b>                                       |
| <b>Zirgan (gel oftálmico), T3</b>   |
| <b>Zolinza (cápsula oral), T4 - PA</b>  |
| <b>Zolpidem Tartrate (tableta oral de liberación inmediata), T1 - HRM; QL</b> |
| <b>Zonisamide (cápsula oral), T1</b>  |
| <b>Zubsolv (tableta sublingual), T3 - QL</b>                                  |
| <b>Zylet (suspensión oftálmica), T3</b>                                       |

T1 = Nivel 1

T2 = Nivel 2

T3 = Nivel 3

T4 = Nivel 4

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

# Cobertura Adicional de Medicamentos

## Lista extra de medicamentos

Su grupo del empleador o patrocinador del plan ofrece una lista extra de medicamentos. Los medicamentos con receta en esta lista están cubiertos además de los medicamentos en la Lista de medicamentos del plan (Formulario).

El nivel de medicamento para cada medicamento con receta se muestra en la lista.

Aunque usted paga el mismo copago o coseguro por estos medicamentos tal como se muestra en el Resumen de beneficios y Evidencia de Cobertura, lo que usted paga por estos medicamentos con receta adicionales **no se aplica a sus gastos de su bolsillo de Medicare Parte D**. Los pagos por estos medicamentos con receta adicionales (realizados por usted o por el plan) se tratan de manera diferente a los pagos realizados por otros medicamentos con receta.

La cobertura de los medicamentos con receta en la lista extra de medicamentos es adicional a su cobertura de medicamentos de la Parte D. A diferencia de su cobertura de medicamentos de la Parte D, no puede presentar una apelación o queja formal de Medicare para los medicamentos en la lista extra de medicamentos. Si tiene preguntas, llame al Servicio al Cliente utilizando la información en la portada de esta guía.

Si recibe el programa Ayuda Adicional de Medicare para pagar sus medicamentos con receta, esta ayuda no se aplicará a los medicamentos de la lista extra de medicamentos.

Esta no es una lista completa de los medicamentos con receta disponibles para usted, ni de las restricciones y limitaciones que pueden aplicarse a través de la lista extra de medicamentos. Si su medicamento tiene reglas o límites de cobertura, habrá un código en la columna "Reglas de cobertura o límites de uso" de la tabla. Los códigos y sus significados se muestran a continuación. Si tiene preguntas sobre la cobertura de medicamentos, llame al Servicio al Cliente utilizando la información en la portada de esta guía.

## QL - Límites de cantidad

El plan solo cubre una determinada cantidad de este medicamento por un copago o durante un cierto número de días. Estos límites pueden estar en vigencia para garantizar el uso seguro y eficaz del medicamento.

## MME - Equivalente a miligramos de morfina

Es posible que se apliquen límites de cantidad adicionales a todos los medicamentos clasificados como opiáceos que se usan para el tratamiento del dolor. Este límite adicional se llama equivalente a miligramos de morfina (morphine milligram equivalent, MME) acumulativo y está diseñado para controlar los niveles seguros de dosificación de opiáceos para aquellas personas que quizás estén tomando más de un medicamento opiáceo para el manejo del dolor. Si su médico le receta más de esta cantidad o considera que el límite no es adecuado para su situación, usted o su médico le pueden solicitar al plan que cubra la cantidad adicional.

## 7D - Límite de 7 días

Un medicamento opiáceo usado para el tratamiento del dolor agudo podría estar limitado a un suministro de 7 días para miembros sin historial reciente de uso de opiáceos. Este límite pretende reducir al mínimo el uso de opiáceos a largo plazo. Para los nuevos miembros del plan con antecedentes recientes de uso de opiáceos, la farmacia podría anular el límite, si procede.

## DL - Límite de suministro

Se aplican límites de suministro a este medicamento. Este medicamento está limitado a un suministro de un mes por cada medicamento con receta.

| Nombre del medicamento   | Nivel del medicamento | Reglas de cobertura o límites de uso            |
|--|-----------------------|---|
| <b>Analgésicos - medicamentos para tratar el dolor, la inflamación y las condiciones musculares y articulares</b>  |                       |   |
| <b>Inflamación</b>   |                       |   |
| Salsalate  | 1                     |   |
| <b>Dolor del Tracto Urinario</b>   |                       |   |
| Phenazopyridine  | 1                     |   |
| <b>Anorexígenos - medicamentos para promover la pérdida de peso</b>  |                       |   |
| Phentermine  | 1                     | QL (máximo de 1 cápsula o tableta por cada día) |
| <b>Anticoagulantes - medicamentos para prevenir la formación de coágulos</b>                                       |                       |   |
| Heparin Lock Flush   | 1                     |   |
| <b>Agentes dermatológicos - medicamentos para tratar condiciones cutáneas</b>                                      |                       |   |
| <b>Piel Seca y con Picazón</b>   |                       |   |
| Sulfacetamide Sodium Liquid Wash 10%   | 1                     |   |
| Sulfacetamide Sodium w/Sulfur Cream 10-5%  | 1                     |   |
| <b>Picazón o Dolor</b>   |                       |   |
| Pramoxine/Hydrocortisone Cream 1-2.5%  | 1                     |   |
| <b>Agentes gastrointestinales - medicamentos para tratar condiciones digestivas, del estómago y los intestinos</b> |                       |   |
| <b>Hemorroides</b>   |                       |   |
| Hydrocortisone Acetate Suppository 25 mg   | 1                     |   |
| Lidocaine/Hydrocortisone Perianal Cream 3%-0.5%  | 1                     |   |
| <b>Síndrome del Intestino Irritable o Úlceras</b>  |                       |   |
| Hyoscyamine Sulfate  | 1                     |   |
| <b>Levbid</b>  | 3                     |   |
| <b>Agentes genitourinarios - medicamentos para tratar condiciones de la vejiga, los genitales y los riñones</b>    |                       |   |

Letra remarcada = Medicamento de marca

Letra normal = Medicamento genérico

| Nombre del medicamento  | Nivel del medicamento | Reglas de cobertura o límites de uso       |
|---|-----------------------|--|
| <b>Disfunción Eréctil</b>   |                       |  |
| <b>Edex</b>   | 3                     | QL (máximo 6 cartuchos por cada mes)       |
| Sildenafil (25 mg, 50 mg, 100 mg)   | 1                     | QL (máximo 6 tabletas por cada mes)        |
| Tadalafil   | 1                     | QL (máximo 6 tabletas por cada mes)        |
| Vardenafil  | 1                     | QL (máximo 6 tabletas por cada mes)        |
| <b>Trastorno del Deseo Sexual</b>   |                       |  |
| <b>Addyi</b>  | 3                     | QL (máximo 1 tableta por cada día)         |
| <b>Vyleesi</b>  | 3                     | QL (máximo 8 inyecciones por cada 30 días) |
| <b>Infección Urinaria</b>   |                       |  |
| <b>Uro-MP 118 mg</b>  | 3                     |  |
| <b>Espasmo y Dolor del Tracto Urinario</b>  |                       |  |
| Belladonna Alkaloids & Opium Suppositories  | 1                     | MME, 7D, DL                                |
| <b>Agentes hormonales - medicamentos de reemplazo o modificación hormonal</b>                     |                       |  |
| <b>Suplemento para la Tiroides</b>  |                       |  |
| <b>Armour Thyroid</b>   | 3                     |  |
| NP Thyroid  | 1                     |  |
| <b>Suplementos nutricionales - medicamentos para tratar deficiencias de vitaminas y minerales</b> |                       |  |
| <b>Suplemento de Potasio</b>  |                       |  |
| <b>K-Phos Tab</b>   | 3                     |  |
| Potassium Bicarbonate Effervescent Tab 25 mEq   | 1                     |  |
| <b>Vitaminas y Minerales</b>  |                       |  |
| Cyanocobalamin Injection (Vitamina B12) 1000 mcg  | 1                     |  |

**Letra remarcada = Medicamento de marca**

Letra normal = Medicamento genérico

| Nombre del medicamento                                    | Nivel del medicamento | Reglas de cobertura o límites de uso |
|---|-----------------------|--------------------------------------|
| Folic Acid 1 mg (medicamento con receta únicamente)       | 1                     |                                      |
| Folic Acid-Vitamin B6-Vitamin B12 Tablet 2.5-25-1 mg      | 1                     |                                      |
| Phytonadione Tab  | 1                     |                                      |
| Reno Cap  | 1                     |                                      |
| Vitamin D 50,000 unit (medicamento con receta únicamente) | 1                     |                                      |

### Agentes del tracto respiratorio - medicamentos para tratar alergias, tos, resfriados y condiciones pulmonares

#### Tos y Resfriado

|  |   |    |
|--|---|----|
| Benzonatate (100 mg, 200 mg)   | 1 |    |
| Brompheniramine/Pseudoephedrine/Dextromethorphan Syrup               | 1 |    |
| Guaifenesin/Codeine Syrup  | 1 | DL |
| Hydrocodone Polst/Chlorpheniramine ER Susp (genérico para Tussionex) | 1 | DL |
| Hydrocodone/Homatropine  | 1 | DL |
| Promethazine/Codeine Syrup   | 1 | DL |
| Promethazine/Dextromethorphan Syrup                                  | 1 |    |

**Letra remarcada = Medicamento de marca**

Letra normal = Medicamento genérico

La información proporcionada no es una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, comuníquese con el plan. Pueden aplicarse limitaciones, copagos y restricciones.  
Los beneficios, copagos y coseguros pueden cambiar cada año de plan o de beneficios.  
La Lista de Medicamentos puede cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario.  
Esta información está disponible sin costo en otros idiomas. Llame a nuestro número de Servicio al Cliente que se encuentra en la portada.



Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

# Lo que Sigue

# Esto es lo que puede esperar a continuación

## UnitedHealthcare procesará su inscripción

|   |   |
|---|---|
| <b>Guía Rápida para Comenzar y tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare</b> | Le enviaremos por correo una Guía Rápida para Comenzar en un plazo de 7 a 10 días después de aprobada su inscripción, y una tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare. <b>Tenga en cuenta que su tarjeta de ID de miembro se adjuntará a la portada de su guía.</b>                        |
| <b>Acceso al sitio web de miembros</b>  | Después de que reciba su tarjeta de ID de miembro, puede registrarse en Internet en el sitio para miembros que se indica más abajo para acceder a la información del plan.  |
| <b>Evaluación de salud</b>  | En los primeros 90 días a partir de su fecha de vigencia del plan, le llamaremos. Medicare nos exige que llamemos y le pidamos que complete una breve encuesta de salud. También puede consultar el sitio web de miembros que se encuentra a continuación y realizar la encuesta en Internet. |

**Comience a usar su plan en la fecha de vigencia.** Recuerde utilizar su tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare.

## Estamos a sus órdenes

Cuando llame, asegúrese de informar al Representante de Servicio al Cliente que está llamando acerca de un plan patrocinado por un grupo. Además, será útil tener:

- ✓ **Su número de grupo que se encuentra en la portada de esta guía**
- ✓ **El número de Medicare y la fecha de vigencia de Medicare: usted puede buscar esta información en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare**
- ✓ **Los nombres y direcciones de sus médicos, clínicas y el nombre y dirección de su farmacia**
- ✓ **Tenga preparada una lista de sus recetas y dosis actuales**

## ¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle.

Tenga en cuenta: el horario de atención del Servicio al Cliente será de **7 días a la semana del 15 de octubre al 7 de diciembre.**

 [retiree.uhc.com/asrs](http://retiree.uhc.com/asrs)




Llame al número gratuito **1-844-876-6161**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m. hora local, de lunes a viernes

# Declaraciones de Conformidad

**Al inscribirme en este plan, estoy de acuerdo con lo siguiente:**

- ✓ **Este es un plan Medicare Advantage contratado por el gobierno federal. No se trata de un plan Complementario de Medicare.**  
Tengo que mantener las Partes A y B de Medicare, y debo seguir pagando la Parte B de Medicare y, si corresponde, las primas de la Parte A, si no las paga Medicaid o un tercero. Para cumplir los requisitos de este plan, debo vivir en el área de servicio del plan y ser ciudadano estadounidense o ser residente legal de los Estados Unidos.
- ✓ **Solo para miembros del plan UnitedHealthcare® Group Medicare Advantage (HMO).**  
Este plan tiene cobertura en un área de servicio específica. Si tengo planeado mudarme fuera del área, llamaré al plan para patrocinador o a este plan para cancelar mi inscripción y recibir ayuda para encontrar un nuevo plan en mi área. Es probable que no esté cubierto mientras esté fuera del país, excepto por una cobertura limitada cerca de la frontera de los Estados Unidos. Sin embargo, con este plan, cuando esté fuera de los EE. UU. tendré cobertura para cuidado de emergencia y cuidado requerido de urgencia.  
**Solo para miembros del plan UnitedHealthcare® Group Medicare Advantage (PPO).**  
El área de servicio incluye los 50 estados, el District of Columbia y todos los territorios estadounidenses. Es probable que no esté cubierto mientras esté fuera del país, excepto por una cobertura limitada cerca de la frontera de los Estados Unidos. Sin embargo, con este plan, cuando esté fuera de los EE. UU. tendré cobertura para cuidado de emergencia y cuidado requerido de urgencia.
- ✓ **Solo puedo tener un plan Medicare Advantage o un plan de Medicamentos con Receta a la vez.**
  - Mi inscripción en este plan cancelará automáticamente mi inscripción en cualquier otro plan de salud de Medicare.
  - Si me inscribo en otro plan Medicare Advantage o Plan de Medicamentos con Receta de la Parte D de Medicare, se cancelará automáticamente mi inscripción en este plan.
  - Si cancelo mi inscripción en este plan, me transferirán automáticamente a Medicare Original.
  - La inscripción en este plan es para todo el año del plan. Puedo salir de este plan solo en ciertas épocas del año o bajo condiciones especiales.
- ✓ **Mi información se divulgará a Medicare y a otros planes cuando sea necesario para tratamiento, procesamiento de pagos y tareas administrativas de cuidado de la salud.**  
Medicare también puede divulgar mi información con fines de investigación y otros que cumplan todos los estatutos y normas federales correspondientes.
- ✓ **Para miembros del plan Group Medicare Advantage.**  
Entiendo que, cuando inicie mi cobertura, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos con receta del plan. Los beneficios y servicios proporcionados por el plan y contenidos en el documento Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) estarán cubiertos. Ni Medicare ni el plan pagarán por beneficios o servicios que no estén cubiertos.

 Doy mi consentimiento para que todas las entidades de UnitedHealthcare, sus afiliados y cualquier proveedor externo utilizado por UnitedHealthcare llamen a los números de teléfono que he proporcionado utilizando un marcador automático o voz pregrabada.



































Llame al número gratuito **1-844-876-6161**, TTY **711**  
de 8 a.m. a 8 p.m. hora local, de lunes a viernes



[retiree.uhc.com/asrs](https://retiree.uhc.com/asrs)

United  
Healthcare®  
Group Medicare Advantage

