



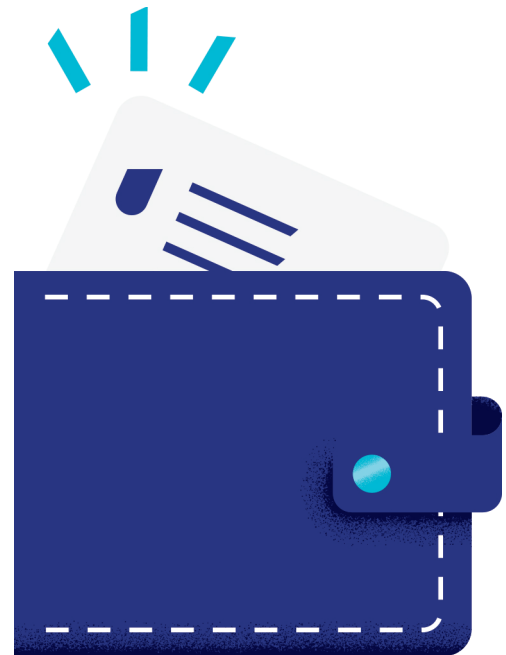
Guía del Plan 2024

Aproveche todo lo que le ofrece su plan Medicare Advantage

The Episcopal Church Medical Trust

UnitedHealthcare® Group Medicare Advantage (PPO)

Número de grupo: 16241, 16242



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

**United
Healthcare®**
Group Medicare Advantage

 **EPISCOPAL CHURCH
MEDICAL TRUST**

Índice

Introducción	3
--------------------	---

Información del plan

Beneficios importantes 1	6
Beneficios importantes 2.....	10
Detalles del plan.....	13
Resumen de beneficios 1.....	24
Resumen de beneficios 2.....	40

Lista de medicamentos

Lista de medicamentos	60
Cobertura adicional de medicamentos.....	83

Lo que sigue

Después de la inscripción	90
Declaraciones de conformidad.....	91

Presentamos el Plan

Plan UnitedHealthcare® Group Medicare Advantage (PPO)

Estimada persona que cumple los requisitos de Medicare de ECMT:

La organización Episcopal Church Medical Trust (Fideicomiso Médico) ha elegido un plan UnitedHealthcare Group Medicare Advantage (PPO) que ofrece tanto cobertura médica como de medicamentos con receta para usted y sus dependientes que cumplan los requisitos.

Este plan proporciona los beneficios de Medicare Original (Partes A y B) y la cobertura de medicamentos con receta (Parte D) en un solo plan, que no solo le ofrece una experiencia mejorada de beneficios, sino que también reduce su costo.

Como miembro de un plan UnitedHealthcare Group Medicare Advantage, usted tendrá un equipo que tiene el compromiso de comprender sus necesidades como jubilado y de ayudarle a que usted reciba el cuidado adecuado.

Permitanos ayudarle a:

- Obtener información sobre este nuevo plan y los numerosos beneficios que ofrece, como UnitedHealthcare Hearing, UnitedHealthcare Global Travel y el programa Renew Active®
- Conseguir herramientas y recursos para ayudarle a tener más control de su salud
- Encontrar métodos para ahorrar dinero en los costos del cuidado de la salud, de manera que usted pueda concentrarse más en lo que le importa
- Acceder al cuidado de la salud en el momento en que lo necesite

Para hablar con alguien sobre las opciones de planes y los beneficios, comuníquese con UnitedHealthcare al **1-866-519-5401**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes

En este documento, encontrará:

- Una descripción de este plan y sus dos opciones:
 - GMA Premium (PPO) 16242—máximo anual de gastos médicos de su bolsillo* de \$1,500 (por miembro)
 - GMA Comprehensive (PPO) 16241—máximo anual de gastos médicos de su bolsillo* de \$2,000 (por miembro)
- Información sobre beneficios, programas y servicios — y cuánto cuestan
- Lo que puede esperar después de inscribirse

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle.

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

 retiree.uhc.com/ECMT



Llame al número gratuito **1-866-519-5401**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes

**Aproveche los
beneficios saludables
adicionales
que ofrece
UnitedHealthcare**



**Programa
HouseCalls**



**Programa de
Acondicionamiento
Físico**



**Experiencia de
Salud y Bienestar**

Cómo inscribirse

Revise sus opciones y elija el plan médico que mejor satisfaga sus necesidades de cuidado de la salud.

Para inscribirse:

- 1 **Lea su Guía de Planes de UnitedHealthcare.** La guía incluirá información detallada sobre las opciones de planes GMA Premium (PPO) y GMA Comprehensive (PPO).
- 2 **Llene la solicitud de inscripción para elegir sus beneficios.** Puede encontrar el formulario junto con la información de jubilación que le envió Church Pension Group. También puede acceder a la solicitud de inscripción en cpg.org/gmaenrollmentform
- 3 **Firme la solicitud de inscripción** y devuélvanosla en el sobre adjunto con la dirección preimpresa. Para evitar una demora en el procesamiento, devuélvanosla 60 días antes de su fecha de vigencia.

¿Necesita ayuda para inscribirse?

Comuníquese con el Fideicomiso Médico al **1-800-480-9967**, de 8:30 a.m. a 8 p.m., hora del Este, de lunes a viernes. Para asegurar su cobertura dental del Fideicomiso Médico para 2024, debe inscribirse en un plan Delta Dental durante la Inscripción Anual. Cigna Dental dejará de ofrecerse.

Más información

Puede encontrar información del plan en Internet en retiree.uhc.com/ECMT. Para acceder a los materiales de su plan, necesitará su número de grupo, que se encuentra en la portada de esta guía.

Para obtener información sobre los otros beneficios, incluidos los dentales, que están disponibles para usted como jubilado del Fideicomiso Médico, visite cpg.org/otherbenefits.

*Un máximo de gastos de su bolsillo pone un límite en lo que usted paga de su bolsillo por gastos médicos en un año calendario. Esto no incluye costos de medicamentos con receta ni primas del plan.

Información del plan

Beneficios Importantes

The Episcopal Church Medical Trust 16241

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
Deducible médico anual	Sin deducible
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)	Su plan tiene un máximo combinado anual de gastos de su bolsillo tanto dentro como fuera de la red de \$2,000 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
Visita al consultorio médico	
Proveedor de cuidado primario (PCP)	\$5 de copago
Especialista	\$10 de copago
Visitas virtuales	\$5 de copago
Servicios preventivos Cubiertos por Medicare	\$0 de copago
Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados	\$0 de copago por cada estadía
Centro de enfermería especializada (SNF)	\$0 de copago por día, hasta 100 días
Cirugía para pacientes ambulatorios	\$0 de copago
Rehabilitación para pacientes ambulatorios Fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla y del lenguaje	\$0 de copago
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios	
Terapia de grupo	\$10 de copago
Terapia individual	\$10 de copago
Visitas virtuales	\$10 de copago

Beneficios médicos

Beneficios médicos cubiertos por el plan y Medicare Original

	Dentro de la red y fuera de la red
Servicios de radiodiagnóstico por ejemplo, imágenes por resonancia magnética (MRI), tomografías computarizadas (CT)	\$0 de copago
Servicios de laboratorio	\$0 de copago
Radiografías para pacientes ambulatorios	\$0 de copago
Servicios de radiología terapéutica , por ejemplo, radioterapia para el cáncer	\$0 de copago
Ambulancia	\$25 de copago
Cuidado de emergencia	\$100 de copago (mundial)
Servicios requeridos de urgencia	\$10 de copago (mundial)

Programas y beneficios adicionales que Medicare Original no cubre

	Dentro de la red y fuera de la red
Examen médico de rutina	\$0 de copago; 1 por cada año del plan*
Acupuntura – de rutina[^]	\$10 de copago, y 12 visitas por cada año del plan*
Servicios Quiroprácticos – de rutina[^]	\$10 de copago por cada visita por cada año del plan*
Cuidado de los pies – de rutina[^]	\$10 de copago, 6 visitas por cada año del plan*
Servicios para la Audición – examen de rutina[^]	\$0 de copago, 1 examen por cada año del plan*
Aparatos auditivos [^] UnitedHealthcare Hearing	El plan paga una asignación de \$3,000 para aparatos auditivos (combinada para ambos oídos), cada 3 años. Los aparatos auditivos que se compren fuera de la red nacional de UnitedHealthcare Hearing no tienen cobertura.
Programa de acondicionamiento físico Renew Active [®] de UnitedHealthcare	\$0 de copago por una membresía estándar a un gimnasio en los sitios participantes
Entrega de comida después de ser dado de alta	\$0 de copago por 84 comidas entregadas a su domicilio inmediatamente después de una hospitalización o una estadía en un centro de enfermería especializada, si cuenta con una referencia de un Especialista de Servicio al Cliente de UnitedHealthcare
Apoyo de Enfermería 24/7	Reciba acceso a consultas de enfermería y recursos clínicos adicionales sin costo adicional.
Cuidado personal no médico CareLinx	\$0 de copago por 8 horas de servicios para el cuidado personal no médico cada mes.

Programas y beneficios adicionales que Medicare Original no cubre

	Dentro de la red y fuera de la red
Transporte de rutina después de ser dado de alta ModivCare	\$0 de copago por un número ilimitado de viajes por hasta 30 días, después de una estadía en el hospital o en un centro de enfermería especializada, si cuenta con una referencia de un Especialista de Servicio al Cliente de UnitedHealthcare
Asistencia mundial para viajes UnitedHealthcare Global	\$0 de copago por los servicios de asistencia médica y para viajes las 24 horas del día

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

^Servicios cubiertos que no se toman en cuenta para alcanzar el máximo de gastos de su bolsillo.

Medicamentos con receta

	Su costo	
Etapa de cobertura inicial	Farmacia de la red (suministro de 31 días en una farmacia minorista)	Farmacia con servicio de medicamentos por correo (suministro de 90 días)
Nivel 1: Genéricos Preferidos	\$10 de copago	\$25 de copago
Nivel 2: De Marca Preferidos ¹	\$30 de copago	\$70 de copago
Nivel 3: Medicamentos No Preferidos ¹	\$50 de copago	\$120 de copago
Nivel 4: De Especialidad ¹	\$50 de copago	\$120 de copago
Etapa sin cobertura	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	
Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores	Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos. Usted no paga nada.	

¹ 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.

Esta página ha sido dejada en blanco intencionalmente.

Beneficios Importantes

The Episcopal Church Medical Trust 16242

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
Deducible médico anual	Sin deducible
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)	Su plan tiene un máximo combinado anual de gastos de su bolsillo tanto dentro como fuera de la red de \$1,500 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
Visita al consultorio médico	
Proveedor de cuidado primario (PCP)	\$5 de copago
Especialista	\$10 de copago
Visitas virtuales	\$5 de copago
Servicios preventivos Cubiertos por Medicare	\$0 de copago
Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados	\$0 de copago por cada estadía
Centro de enfermería especializada (SNF)	\$0 de copago por día, hasta 100 días
Cirugía para pacientes ambulatorios	\$0 de copago
Rehabilitación para pacientes ambulatorios Fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla y del lenguaje	\$0 de copago
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios	
Terapia de grupo	\$10 de copago
Terapia individual	\$10 de copago
Visitas virtuales	\$10 de copago

Beneficios médicos

Beneficios médicos cubiertos por el plan y Medicare Original

	Dentro de la red y fuera de la red
Servicios de radiodiagnóstico por ejemplo, imágenes por resonancia magnética (MRI), tomografías computarizadas (CT)	\$0 de copago
Servicios de laboratorio	\$0 de copago
Radiografías para pacientes ambulatorios	\$0 de copago
Servicios de radiología terapéutica , por ejemplo, radioterapia para el cáncer	\$0 de copago
Ambulancia	\$25 de copago
Cuidado de emergencia	\$50 de copago (mundial)
Servicios requeridos de urgencia	\$10 de copago (mundial)

Programas y beneficios adicionales que Medicare Original no cubre

	Dentro de la red y fuera de la red
Examen médico de rutina	\$0 de copago; 1 por cada año del plan*
Acupuntura – de rutina[^]	\$10 de copago, y 12 visitas por cada año del plan*
Servicios Quiroprácticos – de rutina[^]	\$10 de copago por cada visita por cada año del plan*
Cuidado de los pies – de rutina[^]	\$10 de copago, 6 visitas por cada año del plan*
Servicios para la Audición – examen de rutina[^]	\$0 de copago, 1 examen por cada año del plan*
Aparatos auditivos [^] UnitedHealthcare Hearing	El plan paga una asignación de \$4,000 para aparatos auditivos (combinada para ambos oídos), cada 3 años. Los aparatos auditivos que se compren fuera de la red nacional de UnitedHealthcare Hearing no tienen cobertura.
Programa de acondicionamiento físico Renew Active [®] de UnitedHealthcare	\$0 de copago por una membresía estándar a un gimnasio en los sitios participantes
Entrega de comida después de ser dado de alta	\$0 de copago por 84 comidas entregadas a su domicilio inmediatamente después de una hospitalización o una estadía en un centro de enfermería especializada, si cuenta con una referencia de un Especialista de Servicio al Cliente de UnitedHealthcare
Apoyo de Enfermería 24/7	Reciba acceso a consultas de enfermería y recursos clínicos adicionales sin costo adicional.
Cuidado personal no médico CareLinx	\$0 de copago por 8 horas de servicios para el cuidado personal no médico cada mes.

Programas y beneficios adicionales que Medicare Original no cubre

	Dentro de la red y fuera de la red
Transporte de rutina después de ser dado de alta ModivCare	\$0 de copago por un número ilimitado de viajes por hasta 30 días, después de una estadía en el hospital o en un centro de enfermería especializada, si cuenta con una referencia de un Especialista de Servicio al Cliente de UnitedHealthcare
Asistencia mundial para viajes UnitedHealthcare Global	\$0 de copago por los servicios de asistencia médica y para viajes las 24 horas del día

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

^Servicios cubiertos que no se toman en cuenta para alcanzar el máximo de gastos de su bolsillo.

Medicamentos con receta

	Su costo	
Etapa de cobertura inicial	Farmacia de la red (suministro de 31 días en una farmacia minorista)	Farmacia con servicio de medicamentos por correo (suministro de 90 días)
Nivel 1: Genéricos Preferidos	\$5 de copago	\$12 de copago
Nivel 2: De Marca Preferidos ¹	\$25 de copago	\$60 de copago
Nivel 3: Medicamentos No Preferidos ¹	\$40 de copago	\$100 de copago
Nivel 4: De Especialidad ¹	\$40 de copago	\$100 de copago
Etapa sin cobertura	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	
Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores	Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos. Usted no paga nada.	

¹ 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)

La organización Episcopal Church Medical Trust (Fideicomiso Médico) ha elegido un plan UnitedHealthcare® Group Medicare Advantage, que incluye cobertura médica y de medicamentos con receta. La palabra “Group” (Grupo) significa que este plan está diseñado específicamente para el Fideicomiso Médico. Solamente los jubilados y sus dependientes que cumplan los requisitos pueden inscribirse en este plan.

Es un plan de una Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO) que le permite consultar a cualquier proveedor (dentro o fuera de la red) al mismo costo compartido, siempre y cuando el proveedor acepte el plan y no haya decidido dejar de participar en Medicare ni haya sido excluido de él.

“Medicare Advantage” también se conoce como la Parte C de Medicare. El plan UnitedHealthcare® Group Medicare Advantage (PPO) tiene todos los beneficios de la Parte A de Medicare (cobertura hospitalaria) y de la Parte B de Medicare (cuidado médico y para pacientes ambulatorios), e incluye la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos), además de beneficios adicionales como aparatos auditivos, viajes y acondicionamiento físico.



Asegúrese de saber qué partes de Medicare tiene usted

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

- Si no está seguro de estar inscrito en la Parte B de Medicare, verifíquelo con el Seguro Social. Visite 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 llame a su oficina local
- Debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare a fin de cumplir los requisitos para la cobertura de este plan patrocinado por un grupo
- Si deja de pagar la prima de la Parte B de Medicare, se puede cancelar su inscripción en este plan

Cobertura de Medicare Advantage:



Parte A de Medicare
Servicios hospitalarios



Parte B de Medicare
Cuidado médico y para pacientes ambulatorios



Parte D de Medicare
Medicamentos con Receta



Programas Adicionales
que sobrepasan los de Medicare Original

Cómo funciona su plan Medicare Advantage de Grupo

Medicare tiene reglas sobre los tipos de cobertura que usted puede agregar o combinar con un plan Medicare Advantage patrocinado por un grupo.

✓ Un plan a la vez

- Puede estar inscrito solo en un plan Medicare Advantage y un plan de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare a la vez
- El plan en el que se inscriba **último** es el plan que los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) consideran que es su decisión definitiva
- Si usted o cualquier familiar que cumpla los requisitos se inscribe en otro plan Medicare Advantage o en un plan independiente para medicamentos con receta de la Parte D de Medicare después de su inscripción en el plan UnitedHealthcare GMA Premium (PPO) o GMA Comprehensive (PPO), se cancelará su inscripción en estos planes. Esto significa que usted y su familia podrían no tener cobertura hospitalaria, médica ni de medicamentos a través del Fideicomiso Médico.



Recuerde: Si deja su cobertura para jubilados patrocinada por un grupo o se cancela su inscripción en esta, es posible que no pueda reinscribirse. Las limitaciones y restricciones varían según el empleador anterior o el patrocinador del plan.

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle.

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

 retiree.uhc.com/ECMT



Llame al número gratuito **1-866-519-5401**,
TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de
lunes a viernes

Cómo funciona su cobertura médica

El plan UnitedHealthcare Group Medicare Advantage (PPO) — es un plan de una Organización de Proveedores Preferidos (PPO)

Usted tiene acceso a nuestra cobertura nacional. Puede consultar a cualquier proveedor (dentro o fuera de la red) al mismo costo compartido, siempre y cuando el proveedor acepte el plan y no haya decidido dejar de participar en el Programa Medicare ni haya sido excluido ni impedido de participar en él.

	Dentro de la red	Fuera de la red
¿Puedo seguir consultando a mi médico o especialista?	Sí	Sí, siempre y cuando este participe en Medicare y acepte el plan ¹
¿Cuál es mi copago o coseguro?	Los copagos y coseguros varían según el servicio ²	Los copagos y coseguros varían según el servicio ²
¿Debo elegir un proveedor de cuidado primario (PCP)?	No, pero se recomienda	No, pero se recomienda
¿Necesito una referencia para consultar a un especialista?	No	No
¿Puedo ir a cualquier hospital?	Sí	Sí, siempre y cuando este participe en Medicare y acepte el plan ¹
¿Están cubiertos los servicios para emergencias y requeridos de urgencia?	Sí	Sí
¿Tengo que pagar el costo total de todos los servicios médicos u hospitalarios?	Usted pagará su copago o coseguro estándar por los servicios que recibe ²	Usted pagará su copago o coseguro estándar por los servicios que recibe ²
¿Existe un límite a cuánto puedo gastar en servicios médicos por cada año?	Sí ²	Sí ²
¿Hay alguna situación en la que un médico pueda facturarme el saldo?	En este plan, usted no es responsable de ninguna facturación del saldo cuando consulta a proveedores de cuidado de la salud que no hayan decidido dejar de participar en el Programa Medicare ni hayan sido excluidos ni impedidos de participar en él.	

Ver la Información de Su Plan en Internet

Cuando reciba su tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare, podrá crear su cuenta segura de Internet en: retiree.uhc.com/ECMT

Podrá ver los documentos del plan, buscar un proveedor, encontrar una farmacia y acceder a videos educativos, recetas, artículos de aprendizaje y estilo de vida, y mucho más.

¹Esto significa que el proveedor o el hospital aceptan tratarle y recibir pagos de acuerdo con la lista de pagos de UnitedHealthcare. Con este plan, pagamos lo mismo que Medicare y seguimos las reglas de Medicare. Las emergencias están cubiertas incluso fuera de la red.

²Para obtener más información, consulte el Resumen de Beneficios o los Beneficios Importantes en esta guía.

Cómo funciona su cobertura de medicamentos con receta

Su cobertura de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare incluye miles de medicamentos con receta genéricos y de marca. Consulte la lista de medicamentos de su plan para saber si sus medicamentos están cubiertos. Puede encontrar la lista de medicamentos del plan en retiree.uhc.com/ECMT.

A continuación, encontrará respuestas a preguntas frecuentes:

¿Qué farmacias puedo usar?

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

¿Qué es un nivel de costo de medicamento?

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

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

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

¿Hay alguna opción de entrega de medicamentos con receta a domicilio?

Sí, Optum® Home Delivery Pharmacy, una compañía de UnitedHealth Group, puede entregar medicamentos con receta a domicilio.

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle.

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



retiree.uhc.com/ECMT



Llame al número gratuito **1-866-519-5401**,
TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de
lunes a viernes

Información adicional sobre sus medicamentos con receta

- ✓ **Podría ahorrar en los medicamentos que toma con regularidad**
 Si prefiere la conveniencia del pedido por correo, podría recibir sus medicamentos de mantenimiento de Optum® Home Delivery Pharmacy para ahorrar tiempo y dinero. Recibirá recordatorios de resurtidos automáticos y acceso a farmacéuticos con licencia si tiene preguntas.
- ✓ **Obtenga un suministro de 3 meses¹ en farmacias minoristas**
 Además de Optum® Home Delivery Pharmacy, la mayoría de las farmacias minoristas ofrecen suministros de 3 meses para algunos medicamentos con receta.
- ✓ **Pregúntele a su médico sobre los suministros de prueba**
 Un suministro de prueba le permite surtir una receta por menos de 30 días. De esta manera, usted puede pagar un copago o coseguro reducido, y asegurarse de que el medicamento le surta efecto antes de obtener un suministro de un mes completo.
- ✓ **Explore opciones de menor costo**
 Cada medicamento cubierto incluido en su lista de medicamentos está asignado a un nivel de costo de medicamentos. Por lo general, cuanto más bajo sea el nivel, menos paga usted. 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**
 Dedique algo de tiempo durante su Visita de Bienestar Anual para asegurarse de estar tomando únicamente los medicamentos que necesita.
- ✓ **Surtir sus recetas es conveniente**
 UnitedHealthcare tiene miles de farmacias minoristas locales independientes, regionales y de cadenas nacionales dentro de nuestra red.²



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 de su plan, el precio minorista en la farmacia o nuestro precio contractual con la farmacia.

¹Su empleador anterior o el patrocinador de su plan podría proporcionar cobertura para más de 3 meses. Para obtener más información, consulte los Beneficios Importantes o el Resumen de Beneficios.

²El 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 2 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.



¿Qué es una Multa por Inscripción Tardía (LEP) en la Parte D de Medicare?

Una Multa por Inscripción Tardía (Late Enrollment Penalty, LEP) es un cargo por retraso que Medicare cobra si usted estuvo **63 días** o más sin cobertura de medicamentos con receta. Esto puede ocurrir si:

- Usted no se inscribió en un plan de Medicamentos con Receta de Medicare cuando cumplió los requisitos por primera vez.
- No tenía un plan que cumpliera las normas mínimas de Medicare.

La Multa por Inscripción Tardía es una cantidad que se agrega a la prima mensual de Medicare y que UnitedHealthcare le factura por separado.

Cuando usted se haga miembro, se le pedirá a su empleador anterior o al patrocinador de su plan que confirme que usted ha tenido una cobertura ininterrumpida de la Parte D de Medicare. **Si su empleador anterior o el patrocinador de su plan pide información sobre su historial de cobertura de medicamentos con receta, responda lo antes posible para evitar una multa innecesaria.**

Una vez que usted se haga miembro, tendrá más información disponible en su Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC). Su Guía Rápida para Comenzar incluirá información detallada sobre cómo acceder a su Evidencia de Cobertura.



Para saber si califica para el programa Ayuda Adicional, llame al Seguro Social

Si usted tiene ingresos limitados, es posible que pueda recibir el programa Ayuda Adicional para pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si califica, el programa Ayuda Adicional podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos. Muchas personas califican, pero no lo saben. No hay ninguna multa por solicitar esta ayuda, y usted puede volver a solicitarla 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 llame a su oficina local.

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle.

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



retiree.uhc.com/ECMT



Llame al número gratuito **1-866-519-5401**, 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

El cuidado comienza con su médico

- Si su proveedor de cuidado de la salud acepta Medicare, es probable que participe en este plan.
- Con este plan, usted tiene la flexibilidad de consultar a médicos dentro o fuera de la red de UnitedHealthcare. Consulte a continuación por qué debería usar un médico de la red.
- Aunque no es obligatorio, es importante tener un proveedor de cuidado primario.
- A diferencia de la mayoría de los planes de una Organización de Proveedores Preferidos, con este plan, usted paga el mismo costo compartido dentro y fuera de la red siempre y cuando los proveedores participen en Medicare y no hayan sido excluidos ni impedidos de participar en el Programa Medicare.
- Con su plan UnitedHealthcare Group Medicare Advantage, usted está conectado a programas, recursos, herramientas y personas que pueden ayudarle a llevar una vida más saludable.
- Si su médico tiene preguntas, puede comunicarse directamente con UnitedHealthcare al **1-866-519-5401**.

Buscar un médico es fácil

Si necesita ayuda para buscar un médico o un especialista, simplemente llámenos. Hasta podemos ayudarle a programar esa primera cita. Cuando llame a su médico, dígame que usted tiene un plan Medicare Advantage PPO.

¿Por qué utilizar un médico de la red de UnitedHealthcare?

Un médico o proveedor de cuidado de la salud de la red tiene contrato con nosotros para prestar servicios a nuestros miembros. Colaboramos de forma estrecha con nuestra red de médicos para darles acceso a recursos y herramientas que pueden ayudarles a trabajar con usted para tomar mejores decisiones de cuidado de la salud. Usted paga su copago o coseguro de acuerdo con los beneficios de su plan. Su proveedor nos facturará el resto.

Un proveedor fuera de la red no tiene un contrato con nosotros. Con el plan UnitedHealthcare Group Medicare Advantage (PPO), usted puede consultar a cualquier proveedor fuera de la red siempre y cuando acepte el plan y no haya decidido dejar de participar en el Programa Medicare ni haya sido excluido ni impedido de participar en él. Usted paga su copago o coseguro de acuerdo con los beneficios de su plan. Nosotros pagaremos el resto del costo de sus servicios cubiertos, incluido cualquier cargo hasta el límite que establezca Medicare. Si su proveedor no acepta el plan, nos comunicaremos con él en nombre de usted.

Si un proveedor se rehúsa a facturarnos directamente, puede pedirle a usted que pague el total de la cantidad permitida por adelantado. En ese caso, usted puede pagarle al médico y luego presentar su reclamo ante nosotros. Le reembolsaremos el costo del reclamo menos su costo compartido.

Aproveche el apoyo y los programas adicionales de UnitedHealthcare



Examen Médico Anual y Visita de Bienestar Anual¹

Una Visita de Bienestar Anual a su médico y muchos servicios preventivos a \$0 de copago es una de las mejores maneras de empezar el año y mantenerse al día con su salud. Tome el control al programar su examen médico y la visita de bienestar anual al inicio del año para tener más tiempo para tomar medidas. Usted y su médico pueden trabajar como un equipo para crear un plan de cuidado preventivo, revisar medicamentos y hablar acerca de cualquier inquietud de salud. Usted también podría cumplir los requisitos para ganar una recompensa* por realizar e informar actividades relacionadas con la salud aprobadas.



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

Con el Programa HouseCalls de UnitedHealthcare®², usted recibe una visita a domicilio anual de uno de nuestros profesionales de cuidado de la salud con licencia sin costo para usted. La visita del programa HouseCalls está diseñada para apoyar (pero sin reemplazar) el cuidado regular que le proporciona su médico.

La visita lleva hasta una hora y se adapta a sus necesidades. Incluye determinados exámenes de salud y la oportunidad de:

- Revisar los medicamentos
- Recibir información educativa sobre la salud, consejos de prevención, ayuda con el cuidado y los recursos, si fuera necesario
- Recibir consejos y hacer preguntas sobre cómo manejar condiciones de salud
- Recibir referencias a otros servicios de salud y más

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



Apoyo de Enfermería las 24 Horas del Día, los 7 Días de la Semana

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



Programas para Personas con Condiciones Crónicas

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



Visitas Virtuales

Consulte a un médico o a un especialista en salud del comportamiento mediante su computadora, tableta o teléfono inteligente. Con las Visitas Virtuales, usted puede tener una conversación en vivo por video, en cualquier momento, de día o de noche. Primero deberá registrarse y luego programar una cita. En su tableta o teléfono inteligente, puede descargar las aplicaciones Amwell®, Doctor On Demand™ o Teladoc™ Health (solo visitas médicas).

Visitas Virtuales con el Médico

Usted puede hacer preguntas, recibir un diagnóstico o incluso obtener recetas de medicamentos que se pueden enviar a su farmacia. Todo lo que necesita es una buena conexión a Internet. Las visitas virtuales con el médico podrían ser buenas para problemas de salud menores como:

- Alergias, bronquitis, resfrío, 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 adecuadas para:

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



Cuidado a Domicilio

¿Qué cosas harían su día más fácil? Quizás contar con ayuda adicional en su hogar para cosas como preparar las comidas, bañarse, recordarle tomar los medicamentos o incluso el transporte por su comunidad. **CareLinx** proporciona una red de cuidadores profesionales previamente seleccionados en quienes puede confiar, que pueden brindarle una mayor tranquilidad con los servicios de apoyo de cuidado personal no médico sin costo adicional.



Asistencia Global para Viajes

UnitedHealthcare Global Assistance es un servicio que proporciona asistencia médica y para viajes las 24 horas del día mientras usted está de viaje fuera del país o a más de 100 millas de su domicilio. Está disponible para usted sin costo adicional.

Regístrese para crear una cuenta de UHC Global en: worldwatch.uhcglobal.com



Aparatos Auditivos

Con UnitedHealthcare Hearing, usted tiene acceso a consejos amables y expertos de nuestra red nacional³ de más de 7,000⁴ proveedores de servicios para la audición y una amplia variedad de modelos de aparatos auditivos con receta, así como una selección de aparatos auditivos sin receta en **UHChearing.com** y opciones de citas virtuales. UnitedHealthcare Hearing le ayuda a tener la flexibilidad y la confianza para elegir el cuidado auditivo adecuado para usted, de modo que reciba el cuidado que necesita para oír mejor y vivir la vida al máximo.



Traslado para Citas Relacionadas con la Salud Después de una Hospitalización

Nuestro programa de transporte le lleva hacia y desde visitas relacionadas con el cuidado médico, como citas a médicos, viajes a la farmacia y más después de haber sido dado de alta del hospital o de un centro de enfermería especializada. El programa ofrece viajes ilimitados hasta 30 días después de altas del hospital o de un centro de enfermería especializada cuando usted es referido por un Especialista de Servicio al Cliente de UnitedHealthcare.



Comidas Después de Ser Dado de Alta

Nuestro programa de entrega de comida después de ser dado de alta le ofrece 84 comidas preparadas entregadas a su domicilio, después de haber sido dado de alta del hospital o de un centro de enfermería especializada, sin costo adicional. Se requiere una referencia de un Especialista de Servicio al Cliente de UnitedHealthcare.



Programa de Acondicionamiento Físico de UnitedHealthcare

El programa 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 gratuita en un gimnasio con acceso a la red de gimnasios y centros de acondicionamiento físico más grande de Medicare. Esto incluye acceso a videos de ejercicios digitales a pedido y clases en vivo por Internet, actividades sociales y acceso a una Comunidad Fitbit[®] en Internet para Renew Active (no se necesita ningún dispositivo Fitbit) y un programa que ofrece contenido sobre la agudeza mental por Internet de AARP[®] Staying Sharp[®].



Y mucho más para ayudarle a llevar una vida más saludable

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

Herramientas y recursos para que tome el control



Visite el sitio web para obtener información valiosa del plan

Como miembro de UnitedHealthcare, tendrá acceso a un sitio web seguro para miembros en 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 cuánto cuestan conforme a su plan
- Obtener más información sobre temas de salud y bienestar, así como explorar todo lo que el programa Renew tiene para ofrecer según sus intereses y metas
- Registrarse para recibir su Explicación de Beneficios por Internet



Lleve una Vida Más Saludable con el Programa Renew

Explore el programa Renew de UnitedHealthcare^{®5}, nuestra experiencia de salud y bienestar exclusiva para miembros. El programa Renew le inspira para tomar el control de su salud y bienestar todos los días al proporcionarle una amplia variedad de recursos y actividades útiles, entre ellos:

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



Let's Move de UnitedHealthcare[®]

Let's Move ayuda a mantener la mente, el cuerpo y la vida social en actividad. Con recursos simples, herramientas, eventos y apoyo personalizado, Let's Move le ayuda a explorar maneras de comer bien, hacer ejercicio, vencer la tristeza y mantenerse conectado — todo sin costo para usted.

¹Es posible que se aplique un copago o coseguro si usted recibe servicios que no son parte del examen médico o de la visita de bienestar anual.

²Es posible que el programa HouseCalls no esté disponible en todas las áreas.

³Consulte su Resumen de Beneficios para ver detalles de su cobertura de beneficios.

⁴El tamaño de la red varía según el mercado.

⁵El 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.

© 2023 United HealthCare Services, Inc. Todos los derechos reservados.



Resumen de Beneficios 2024

GMA Comprehensive (PPO)

Nombre del Grupo (Patrocinador del Plan): The Episcopal Church Medical Trust

Número del Grupo: 16241

H2001-847-000

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 **1-866-519-5401**, TTY **711**

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



retiree.uhc.com/ECMT

**United
Healthcare**
Group Medicare Advantage

Y0066_SB_H2001_847_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 llamar a Servicio al Cliente si desea una copia de la Evidencia de Cobertura o si necesita ayuda. Al inscribirse en el plan, recibirá más información indicándole dónde puede visitar en Internet para consultar los detalles de su plan.

GMA Comprehensive (PPO)

Prima médica y límites	
	Dentro de la red y fuera de la red
Prima mensual del plan	Comuníquese con el administrador de beneficios de su plan de grupo para determinar su prima real, si corresponde.
Máximo de gastos de su bolsillo (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 \$2,000 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>

Beneficios médicos		
	Dentro de la red y fuera de la red	
Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados¹		\$0 de copago por cada estadía Nuestro plan cubre un número ilimitado de días en el caso de una estadía en el hospital como paciente hospitalizado.
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios¹ Se aplicará un costo compartido por los servicios adicionales cubiertos por el plan.	Centro de cirugía ambulatoria (ASC)	\$0 de copago
	Cirugía para pacientes ambulatorios	\$0 de copago
	Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso observación	\$0 de copago
Visitas al médico	Proveedor de cuidado primario	\$5 de copago
	Visitas virtuales con el médico	\$5 de copago
	Especialistas ¹	\$10 de copago
Servicios preventivos	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"> <input type="checkbox"/> Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal <input type="checkbox"/> Asesoramiento para reducir el consumo indebido de alcohol <input type="checkbox"/> Visita de bienestar anual <input type="checkbox"/> Medición de masa ósea <input type="checkbox"/> Examen de detección de cáncer de seno (mamografía) 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Enfermedades cardiovasculares (terapia conductual) <input type="checkbox"/> Exámenes cardiovasculares <input type="checkbox"/> Pruebas de detección de cáncer del cuello uterino y de la vagina <input type="checkbox"/> Exámenes de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, análisis de

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"> □ 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 | <ul style="list-style-type: none"> □ 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

\$100 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.

Beneficios médicos		
	Dentro de la red y fuera de la red	
Servicios requeridos de urgencia		<p>\$10 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>
Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio, radiología y radiografías	Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, imágenes por resonancia magnética [MRI] y tomografías computarizadas [CT]) ¹	\$0 de copago
	Servicios de laboratorio ¹	\$0 de copago
	Pruebas y procedimientos de diagnóstico ¹	\$0 de copago
	Radiología terapéutica ¹	\$0 de copago
	Radiografías para pacientes ambulatorios ¹	\$0 de copago
Servicios para la audición	Examen para diagnosticar y tratar problemas de la audición y del equilibrio ¹	\$10 de copago
	Examen de audición de rutina [^]	\$0 de copago, 1 examen por cada año del plan*

Beneficios médicos		
		Dentro de la red y fuera de la red
	Aparatos Auditivos^ UnitedHealthcare Hearing	A través de UnitedHealthcare Hearing, el plan paga una asignación de \$3,000 para aparatos auditivos (combinada para ambos oídos), cada 3 años. La cobertura de aparatos auditivos mediante este plan está disponible solamente a través de UnitedHealthcare Hearing.
Servicios para la vista	Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de los ojos ¹	\$10 de copago
	Artículos para la vista después de una cirugía de cataratas	\$0 de copago
Salud Mental	Visita como paciente hospitalizado ¹	\$0 de copago por cada estadía 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 ¹	\$10 de copago
	Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios ¹	\$10 de copago
	Visitas virtuales relacionadas con el comportamiento	\$10 de copago

Beneficios médicos		
	Dentro de la red y fuera de la red	
Centro de enfermería especializada (SNF)¹		\$0 de copago por día, días 1 a 100 Nuestro plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada por cada período de beneficios.
Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla y del lenguaje)¹		\$0 de copago
Ambulancia²		\$25 de copago
Transporte de rutina después de ser dado de alta ModivCare		\$0 de copago por hasta 30 días, inmediatamente después de ser dado de alta del hospital como paciente hospitalizado o de un centro de enfermería especializada, y si cuenta con una referencia de un Especialista de Servicio al Cliente de UnitedHealthcare. Este beneficio se ofrece a través de ModivCare para citas o sitios médicos aprobados por el plan. Se aplican restricciones. Llame o visite el sitio web para programar su viaje una vez que haya recibido la referencia de un Especialista de Servicio al Cliente de UnitedHealthcare. 1-833-219-1182, TTY 1-844-488-9724, o visite modivcare.com/BookNow
Medicamentos de la Parte B de Medicare	Medicamentos para quimioterapia ¹	20% de coseguro
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 ¹	20% de coseguro

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/ECMT 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 31 días en una farmacia minorista.

Etapa 1: Deducible anual para medicamentos con receta (Parte D)	Esta etapa de pago no se aplica en su caso ya que este plan no tiene un deducible.	
Etapa 2: Cobertura Inicial (Una vez que haya pagado el deducible, si corresponde)	Costo Compartido en Farmacia Minorista	Costo Compartido en Farmacia de Pedidos por Correo
	Suministro de 31 días	Suministro de 90 días
Nivel 1: Genéricos Preferidos	\$10 de copago	\$25 de copago
Nivel 2: De Marca Preferidos ¹	\$30 de copago	\$70 de copago
Nivel 3: Medicamentos No Preferidos ¹	\$50 de copago	\$120 de copago
Nivel 4: De Especialidad ¹	\$50 de copago	\$120 de copago
Etapa 3: Etapa Sin Cobertura	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.	
Etapa 4: Cobertura de Gastos Médicos Mayores	Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos. Usted no paga nada.	

¹ 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
Servicios de acupuntura	Acupuntura cubierta por Medicare (para el dolor lumbar crónico)	\$10 de copago
	Servicios de acupuntura de rutina^	\$10 de copago, hasta 12 visitas por cada año del plan*
Servicios quiroprácticos	Cuidado quiropráctico cubierto por Medicare (manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación) ¹	\$10 de copago
	Servicios quiroprácticos de rutina^	\$10 de copago, por cada visita por cada año del plan*
Manejo de la diabetes	Suministros para el control de la diabetes ¹	<p>\$0 de copago</p> <p>Cubrimos solamente las marcas Accu-Chek® y OneTouch®.</p> <p>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.</p> <p>Tiras para medir la glucosa: OneTouch Verio®, OneTouch Ultra®, Accu-Chek® Guide, Accu-Chek® Aviva Plus y Accu-Chek® SmartView.</p> <p>Su plan no cubre otras marcas.</p>
	Medidores Continuos de Glucosa (CGM) y sus suministros cubiertos por Medicare ¹	\$0 de copago

Beneficios adicionales		
	Dentro de la red y fuera de la red	
	Capacitación para el automanejo de la diabetes	\$0 de copago
	Plantillas o zapatos terapéuticos ¹	20% de coseguro
Equipo Médico Duradero (DME) y Suministros Relacionados	Equipo Médico Duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno) ¹	20% de coseguro
	Prótesis (por ejemplo, abrazaderas ortopédicas, extremidades artificiales) ¹	20% de coseguro
Programa de acondicionamiento físico 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 UHCRenewActive.com 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 & 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>	
Cuidado de los pies (servicios de podiatría)	Exámenes y tratamiento de los pies ¹	\$10 de copago
	Cuidado de los pies de rutina [^]	\$10 de copago, 6 visitas por cada año del plan *

Beneficios adicionales	
	Dentro de la red y fuera de la red
Asistencia mundial para viajes UnitedHealthcare Global	<p>\$0 de copago por UnitedHealthcare Global Assistance, un servicio que proporciona asistencia médica y para viajes a los miembros de Medicare mientras se encuentran lejos de su domicilio. Incluye el acceso al servicio las 24 horas del día cuando viaja fuera de su país o se encuentra a más de 100 millas de distancia de su domicilio.</p> <p>Recibirá una tarjeta de ID de UnitedHealthcare Global Assistance aparte que incluye la información de contacto del Centro de Respuesta ante Emergencias (Emergency Response Center, ERC). 1-410-453-6330 o correo electrónico assistance@uhcglobal.com.</p> <p>Regístrese para obtener una cuenta del Centro de Inteligencia en worldwatch.uhcglobal.com.</p>
Cuidado de asistencia médica a domicilio¹	<p>\$0 de copago</p>
Cuidados Paliativos	<p>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.</p>
Cuidado personal no médico CareLinx	<p>\$0 de copago por 8 horas cada mes de cuidado personal no médico, como la compañía, la preparación de comidas, recordatorios para tomar los medicamentos y mucho más con un cuidador profesional de CareLinx. Las horas no utilizadas no se transfieren. Se aplican algunas restricciones y limitaciones. Llame o visite el sitio web para recibir servicios para el cuidado personal no médico. 1-833-253-5403 o carelinx.com/uhcgroup.</p>

Beneficios adicionales		
		Dentro de la red y fuera de la red
Beneficio de entrega de comida después de ser dado de alta		\$0 de copago por 84 comidas entregadas a su domicilio inmediatamente después de una hospitalización o una estadía en un centro de enfermería especializada, si cuenta con una referencia de un Especialista de Servicio al Cliente de UnitedHealthcare. Este beneficio se puede usar una sola vez por año. Se aplican restricciones. Llame a Servicio al Cliente para solicitar una referencia.
Apoyo de Enfermería 24/7		Reciba acceso a consultas de enfermería y recursos clínicos adicionales sin costo adicional.
Servicios del programa de tratamiento relacionado con opiáceos¹		\$0 de copago
Servicios para pacientes ambulatorios por abuso de sustancias	Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios ¹	\$10 de copago
	Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios ¹	\$10 de copago
Diálisis Renal¹		\$20 de copago

¹ 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.

² 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

^Servicios cubiertos que no se toman en cuenta para alcanzar el máximo de gastos de su bolsillo.

Acerca de este plan

GMA Comprehensive (PPO) 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

GMA Comprehensive (PPO) 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/ECMT 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

GMA Comprehensive (PPO) 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 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.



Resumen de Beneficios 2024

GMA Premium (PPO)

Nombre del Grupo (Patrocinador del Plan): The Episcopal Church Medical Trust

Número del Grupo: 16242

H2001-847-000

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 **1-866-519-5401**, TTY **711**

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



retiree.uhc.com/ECMT

**United
Healthcare**
Group Medicare Advantage

Y0066_SB_H2001_847_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 llamar a Servicio al Cliente si desea una copia de la Evidencia de Cobertura o si necesita ayuda. Al inscribirse en el plan, recibirá más información indicándole dónde puede visitar en Internet para consultar los detalles de su plan.

GMA Premium (PPO)

Prima médica y límites	
	Dentro de la red y fuera de la red
Prima mensual del plan	Comuníquese con el administrador de beneficios de su plan de grupo para determinar su prima real, si corresponde.
Máximo de gastos de su bolsillo (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 \$1,500 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>

Beneficios médicos		
	Dentro de la red y fuera de la red	
Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados¹		\$0 de copago por cada estadía Nuestro plan cubre un número ilimitado de días en el caso de una estadía en el hospital como paciente hospitalizado.
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios¹ Se aplicará un costo compartido por los servicios adicionales cubiertos por el plan.	Centro de cirugía ambulatoria (ASC)	\$0 de copago
	Cirugía para pacientes ambulatorios	\$0 de copago
	Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso observación	\$0 de copago
Visitas al médico	Proveedor de cuidado primario	\$5 de copago
	Visitas virtuales con el médico	\$5 de copago
	Especialistas ¹	\$10 de copago
Servicios preventivos	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"> <input type="checkbox"/> Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal <input type="checkbox"/> Asesoramiento para reducir el consumo indebido de alcohol <input type="checkbox"/> Visita de bienestar anual <input type="checkbox"/> Medición de masa ósea <input type="checkbox"/> Examen de detección de cáncer de seno (mamografía) 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Enfermedades cardiovasculares (terapia conductual) <input type="checkbox"/> Exámenes cardiovasculares <input type="checkbox"/> Pruebas de detección de cáncer del cuello uterino y de la vagina <input type="checkbox"/> Exámenes de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, análisis de

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"> □ 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 | <ul style="list-style-type: none"> □ 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.

Beneficios médicos

	Dentro de la red y fuera de la red	
Servicios requeridos de urgencia	\$10 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 servicios requeridos de urgencia. Consulte la sección “Cuidado Hospitalario para Pacientes Hospitalizados” de esta guía para ver otros costos.	
Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio, radiología y radiografías	Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, imágenes por resonancia magnética [MRI] y tomografías computarizadas [CT]) ¹	\$0 de copago
	Servicios de laboratorio ¹	\$0 de copago
	Pruebas y procedimientos de diagnóstico ¹	\$0 de copago
	Radiología terapéutica ¹	\$0 de copago
	Radiografías para pacientes ambulatorios ¹	\$0 de copago
Servicios para la audición	Examen para diagnosticar y tratar problemas de la audición y del equilibrio ¹	\$10 de copago
	Examen de audición de rutina [^]	\$0 de copago, 1 examen por cada año del plan *

Beneficios médicos		
		Dentro de la red y fuera de la red
	Aparatos Auditivos^ UnitedHealthcare Hearing	A través de UnitedHealthcare Hearing, el plan paga una asignación de \$4,000 para aparatos auditivos (combinada para ambos oídos), cada 3 años. La cobertura de aparatos auditivos mediante este plan está disponible solamente a través de UnitedHealthcare Hearing.
Servicios para la vista	Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de los ojos ¹	\$10 de copago
	Artículos para la vista después de una cirugía de cataratas	\$0 de copago
Salud Mental	Visita como paciente hospitalizado ¹	\$0 de copago por cada estadía 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 ¹	\$10 de copago
	Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios ¹	\$10 de copago
	Visitas virtuales relacionadas con el comportamiento	\$10 de copago

Beneficios médicos		
	Dentro de la red y fuera de la red	
Centro de enfermería especializada (SNF)¹		\$0 de copago por día, días 1 a 100 Nuestro plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada por cada período de beneficios.
Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla y del lenguaje)¹		\$0 de copago
Ambulancia²		\$25 de copago
Transporte de rutina después de ser dado de alta ModivCare		\$0 de copago por hasta 30 días, inmediatamente después de ser dado de alta del hospital como paciente hospitalizado o de un centro de enfermería especializada, y si cuenta con una referencia de un Especialista de Servicio al Cliente de UnitedHealthcare. Este beneficio se ofrece a través de ModivCare para citas o sitios médicos aprobados por el plan. Se aplican restricciones. Llame o visite el sitio web para programar su viaje una vez que haya recibido la referencia de un Especialista de Servicio al Cliente de UnitedHealthcare. 1-833-219-1182, TTY 1-844-488-9724, o visite modivcare.com/BookNow
Medicamentos de la Parte B de Medicare	Medicamentos para quimioterapia ¹	10% de coseguro
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 ¹	10% de coseguro

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/ECMT 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 31 días en una farmacia minorista.

Etapa 1: Deducible anual para medicamentos con receta (Parte D)	Esta etapa de pago no se aplica en su caso ya que este plan no tiene un deducible.	
Etapa 2: Cobertura Inicial (Una vez que haya pagado el deducible, si corresponde)	Costo Compartido en Farmacia Minorista	Costo Compartido en Farmacia de Pedidos por Correo
	Suministro de 31 días	Suministro de 90 días
Nivel 1: Genéricos Preferidos	\$5 de copago	\$12 de copago
Nivel 2: De Marca Preferidos ¹	\$25 de copago	\$60 de copago
Nivel 3: Medicamentos No Preferidos ¹	\$40 de copago	\$100 de copago
Nivel 4: De Especialidad ¹	\$40 de copago	\$100 de copago
Etapa 3: Etapa Sin Cobertura	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.	
Etapa 4: Cobertura de Gastos Médicos Mayores	Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos. Usted no paga nada.	

¹ 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
Servicios de acupuntura	Acupuntura cubierta por Medicare (para el dolor lumbar crónico)	\$10 de copago
	Servicios de acupuntura de rutina^	\$10 de copago, hasta 12 visitas por cada año del plan*
Servicios quiroprácticos	Cuidado quiropráctico cubierto por Medicare (manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación) ¹	\$10 de copago
	Servicios quiroprácticos de rutina^	\$10 de copago, por cada visita por cada año del plan*
Manejo de la diabetes	Suministros para el control de la diabetes ¹	<p>\$0 de copago</p> <p>Cubrimos solamente las marcas Accu-Chek® y OneTouch®.</p> <p>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.</p> <p>Tiras para medir la glucosa: OneTouch Verio®, OneTouch Ultra®, Accu-Chek® Guide, Accu-Chek® Aviva Plus y Accu-Chek® SmartView.</p> <p>Su plan no cubre otras marcas.</p>
	Medidores Continuos de Glucosa (CGM) y sus suministros cubiertos por Medicare ¹	\$0 de copago

Beneficios adicionales		
	Dentro de la red y fuera de la red	
	Capacitación para el automanejo de la diabetes	\$0 de copago
	Plantillas o zapatos terapéuticos ¹	10% de coseguro
Equipo Médico Duradero (DME) y Suministros Relacionados	Equipo Médico Duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno) ¹	10% de coseguro
	Prótesis (por ejemplo, abrazaderas ortopédicas, extremidades artificiales) ¹	10% de coseguro
Programa de acondicionamiento físico 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 UHCRenewActive.com 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 & 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>	
Cuidado de los pies (servicios de podiatría)	Exámenes y tratamiento de los pies ¹	\$10 de copago
	Cuidado de los pies de rutina [^]	\$10 de copago, 6 visitas por cada año del plan *

Beneficios adicionales	
	Dentro de la red y fuera de la red
Asistencia mundial para viajes UnitedHealthcare Global	<p>\$0 de copago por UnitedHealthcare Global Assistance, un servicio que proporciona asistencia médica y para viajes a los miembros de Medicare mientras se encuentran lejos de su domicilio. Incluye el acceso al servicio las 24 horas del día cuando viaja fuera de su país o se encuentra a más de 100 millas de distancia de su domicilio.</p> <p>Recibirá una tarjeta de ID de UnitedHealthcare Global Assistance aparte que incluye la información de contacto del Centro de Respuesta ante Emergencias (Emergency Response Center, ERC). 1-410-453-6330 o correo electrónico assistance@uhcglobal.com.</p> <p>Regístrese para obtener una cuenta del Centro de Inteligencia en worldwatch.uhcglobal.com.</p>
Cuidado de asistencia médica a domicilio¹	\$0 de copago
Cuidados Paliativos	<p>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.</p>
Cuidado personal no médico CareLinx	<p>\$0 de copago por 8 horas cada mes de cuidado personal no médico, como la compañía, la preparación de comidas, recordatorios para tomar los medicamentos y mucho más con un cuidador profesional de CareLinx. Las horas no utilizadas no se transfieren. Se aplican algunas restricciones y limitaciones. Llame o visite el sitio web para recibir servicios para el cuidado personal no médico. 1-833-253-5403 o carelinx.com/uhcgroup.</p>

Beneficios adicionales		
		Dentro de la red y fuera de la red
Beneficio de entrega de comida después de ser dado de alta		\$0 de copago por 84 comidas entregadas a su domicilio inmediatamente después de una hospitalización o una estadía en un centro de enfermería especializada, si cuenta con una referencia de un Especialista de Servicio al Cliente de UnitedHealthcare. Este beneficio se puede usar una sola vez por año. Se aplican restricciones. Llame a Servicio al Cliente para solicitar una referencia.
Apoyo de Enfermería 24/7		Reciba acceso a consultas de enfermería y recursos clínicos adicionales sin costo adicional.
Servicios del programa de tratamiento relacionado con opiáceos¹		\$0 de copago
Servicios para pacientes ambulatorios por abuso de sustancias	Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios ¹	\$10 de copago
	Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios ¹	\$10 de copago
Diálisis Renal¹		\$20 de copago

¹ 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.

² 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

^ Servicios cubiertos que no se toman en cuenta para alcanzar el máximo de gastos de su bolsillo.

Acerca de este plan

GMA Premium (PPO) 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

GMA Premium (PPO) 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/ECMT 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

GMA Premium (PPO) 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 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 empresa cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no trata a los miembros de manera diferente debido a su sexo, edad, raza, color, discapacidad o nacionalidad.

Si piensa que le han tratado en forma injusta debido a su sexo, edad, raza, color, discapacidad o nacionalidad, puede enviar una queja a nuestro Coordinador de Derechos Civiles.

- **En Línea:** **UHC_Civil_Rights@uhc.com**
- **Correo Postal:** Civil Rights Coordinator
UnitedHealthcare Civil Rights Grievance
P.O. Box 30608
Salt Lake City, UT 84130

Debe enviar la queja en un plazo de 60 días desde que se enteró de la situación. Se le enviará una decisión dentro de un plazo de 30 días. Si no está de acuerdo con la decisión, tiene 15 días para pedirnos que analicemos la situación nuevamente. Si necesita ayuda con su queja, llame al número de teléfono gratuito que se encuentra en el frente del folleto o en su tarjeta de identificación de miembro (TTY **711**).

También puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

- **En Línea:** **<https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html>**
- **Teléfono:** línea gratuita **1-800-368-1019, 800-537-7697** (TDD)
- **Correo Postal:** 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 comunicarse con nosotros, como cartas en otros idiomas o en letra grande. O puede solicitar un intérprete. Para solicitar ayuda, llame al número de teléfono gratuito que se encuentra en el frente del folleto o en su tarjeta de identificación de miembro (TTY **711**), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este.

Multi-Language Interpreter Services

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 ayudarlo. 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 oswa 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 alfabética parcial de los medicamentos con receta que cubre el plan a partir del 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** aparecen 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: Genéricos Preferido
 - Nivel 2: De Marca Preferidos
 - Nivel 3: Medicamento No Preferidos
 - Nivel 4: De Especialidad
- Cada nivel tiene un copago o coseguro.
- Consulte el Resumen de Beneficios de este guía para saber cuánto pagará por estos medicamentos.
- Algunos medicamentos tienen requisitos de cobertura, como preautorización o terapia escalonada. Si su medicamento tiene reglas de cobertura o límites, habrá código(s) en la lista. Los códigos y significados se muestran a continuación.

PÁ **Preautorización**

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.

QL **Límites de cantidad**

El plan solamente cubre una cierta cantidad de este medicamento por 1 copago o durante una cierta cantidad de días. Los límites se aplican para garantizar el uso seguro del medicamento. Si su médico receta más que el límite, usted o su médico pueden solicitar que el plan cubra la cantidad adicional.

ST **Terapia escalonada**

Es posible que usted tenga que probar medicamentos de menor costo que traten la misma condición antes de que el plan cubra su medicamento. Si usted ha probado otros medicamentos o si su médico cree que no son adecuados para usted, usted o su médico pueden solicitar que el plan cubra su medicamento.

B/D **Parte B** **o Parte D de** **Medicare**

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.

HRM Medicamento de alto riesgo	Este medicamento está identificado como un medicamento de alto riesgo (high risk medication, HRM) para miembros mayores de 65 años. Este medicamento podría causar efectos secundarios si se toma de forma habitual. Le sugerimos que hable con su médico para saber si hay un medicamento alternativo disponible para tratar su condición.
LA Acceso limitado	La Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) solamente permite que ciertos centros o médicos suministren este medicamento. Es posible que el medicamento requiera manejo adicional, coordinación de médicos o información educativa al paciente.
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 1 medicamento opiáceo para el manejo del dolor. Si su médico le receta más que esa cantidad o cree que el límite no es adecuado para su situación, usted o su médico pueden solicitar que el plan 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 miembros que son nuevos en el plan y tienen un historial reciente de uso de opiáceos, el límite podría anularse si la farmacia se comunica con el plan.
DL Límite de suministro	Se aplican límites de suministro a este medicamento. Este medicamento está limitado a un suministro de 1 mes por cada receta.

A	
Abacavir Sulfate-Lamivudine (tableta oral),T1 - QL	Abiraterone Acetate (250mg tableta oral),T1 - PA
Abilify Maintena (jeringa precargada para inyección intramuscular),T4	Acamprosate Calcium (tableta oral de liberación retardada),T1
Abilify Maintena (suspensión reconstituida de liberación prolongada para inyección intramuscular),T4	Acetaminophen-Codeine (300-15mg tableta oral, 300-30mg tableta oral, 300-60mg tableta oral),T1 - 7D; MME; DL; QL
	Acetazolamide (tableta oral),T1
	Acetazolamide ER (cápsula oral de liberación

T1 = Nivel 1

T2 = Nivel 2

T3 = Nivel 3

T4 = Nivel 4

prolongada 12 horas),T1

Actimmune (solución para inyección subcutánea),T4

Acyclovir (cápsula oral),T1

Acyclovir (tableta oral),T1

Adacel (suspensión para inyección intramuscular),T2 - QL

Adbry (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea),T4 - PA; QL

Advair Diskus (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración),T1 - QL

Advair HFA (aerosol para inhalación),T2 - QL

Aimovig (autoinyectable con solución para inyección subcutánea),T3 - PA; QL

Albendazole (tableta oral),T1 - QL

Albuterol Sulfate HFA (108 (90 base) mcg/ aplicación solución en aerosol para inhalación) (Proair genérico), Albuterol Sulfate HFA (108 (90 base) mcg/aplicación solución en aerosol para inhalación) (Proventil genérico),T1

Alcohol Prep Pads,T2

Alecensa (cápsula oral),T4 - PA

Alendronate Sodium (10mg tableta oral, 35mg tableta oral, 70mg tableta oral),T1

Alfuzosin HCl ER (tableta oral de liberación prolongada 24 horas),T1

Allopurinol (100mg tableta oral, 300mg tableta oral),T1

Alphagan P (solución oftálmica),T3

Alprazolam (tableta oral de liberación inmediata),T1 - QL

Alrex (suspensión oftálmica),T3

Alvesco (solución en aerosol para inhalación),T3 - ST; QL

Amantadine HCl (cápsula oral),T1

Amantadine HCl (solución oral),T1

Amantadine HCl (tableta oral),T1

Ambrisentan (tableta oral),T1 - PA; QL

Amiloride HCl (tableta oral),T1

Amiodarone HCl (tableta oral),T1

Amitriptyline HCl (tableta oral),T1 - HRM

Amlodipine Besylate (tableta oral),T1

Amlodipine-Benazepril (cápsula oral),T1 - QL

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),T1 - QL

Amphetamine-Dextroamphetamine ER (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas),T1 - QL

Anastrozole (tableta oral),T1

Anoro Ellipta (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración),T2 - QL

Apriso (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas),T2 - QL

Aranesp (Albumin Free) (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

Aranesp (Albumin Free) (100mcg/ml solución para inyección, 200mcg/ml solución para inyección),T4 - PA

Aranesp (Albumin Free) (10mcg/0.4ml jeringa precargada con solución para inyección, 25mcg/0.42ml jeringa precargada con

Tipo en negrita = Medicamento de marca

Tipo simple = Medicamento genérico

solución para inyección, 40mcg/0.4ml jeringa precargada con solución para inyección),T3 - PA

Aranesp (Albumin Free) (25mcg/ml solución para inyección, 40mcg/ml solución para inyección, 60mcg/ml solución para inyección),T3 - PA

Aripiprazole (tableta oral),T1 - QL

Aristada (jeringa precargada para inyección intramuscular),T4

Aristada Inicio (jeringa precargada para inyección intramuscular),T4

Arnuity Ellipta (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración),T2 - QL

Asmanex (120 dosis medidas) (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración),T3 - ST; QL

Asmanex (30 dosis medidas) (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración),T3 - ST; QL

Asmanex (60 dosis medidas) (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración),T3 - ST; QL

Asmanex HFA (aerosol para inhalación),T3 - ST; QL

Aspirin-Dipyridamole ER (cápsula oral de liberación prolongada 12 horas),T1 - QL

Astagraf XL (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas),T3 - B/D,PA

Atazanavir Sulfate (cápsula oral),T1 - QL

Atenolol (tableta oral),T1

Atomoxetine HCl (cápsula oral),T1

Atorvastatin Calcium (tableta oral),T1 - QL

Atovaquone-Proguanil HCl (tableta oral),T1

Atrovent HFA (solución en aerosol para inhalación),T3

Austedo (tableta oral),T4 - PA; QL

Avonex Pen (kit de autoinyectable para inyección intramuscular),T4

Avonex Prefilled (kit de jeringa precargada para inyección intramuscular),T4

Azasite (solución oftálmica),T3

Azathioprine (50mg tableta oral),T1 - B/D,PA

Azelastine HCl (0.1% solución nasal),T1

Azelastine HCl (solución oftálmica),T1

Azelastine-Fluticasone (suspensión nasal),T1

Azithromycin (paquete oral),T1

Azithromycin (tableta oral),T1

B

BRIVIACT (solución oral),T4 - PA

BRIVIACT (tableta oral),T4 - PA

Baclofen (tableta oral),T1

Bafiertam (cápsula oral de liberación retardada),T4 - ST; QL

Balsalazide Disodium (cápsula oral),T1

Baqsimi One Pack (polvo nasal),T2

Basaglar KwikPen (pluma precargada con solución para inyección subcutánea),T3 - ST

Belsomra (tableta oral),T2 - QL

Benazepril HCl (tableta oral),T1 - QL

Benazepril-Hydrochlorothiazide (tableta oral),T1 - QL

Benzotropine Mesylate (tableta oral),T1 - HRM

Bepreve (solución oftálmica),T3

Berinert (kit para inyección intravenosa),T4 - PA

Besivance (suspensión oftálmica),T3

Betaseron (kit para inyección subcutánea),T4

Bethanechol Chloride (tableta oral),T1

Betimol (solución oftálmica),T3

Bevespi Aerosphere (aerosol para

T1 = Nivel 1

T2 = Nivel 2

T3 = Nivel 3

T4 = Nivel 4

inhalación),T3 - ST

Bexarotene (cápsula oral),T1 - PA

Bicalutamide (tableta oral),T1

Bijuva (cápsula oral),T3 - HRM

Biktarvy (50mg-200mg-25mg tableta oral),T4 - QL

Bisoprolol Fumarate (tableta oral),T1

Bisoprolol-Hydrochlorothiazide (tableta oral),T1 - QL

Breo Ellipta (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración),T2 - QL

Breztri Aerosphere (aerosol para inhalación),T2 - QL

Brilinta (tableta oral),T2 - QL

Brimonidine Tartrate (solución oftálmica),T1

Brukinsa (cápsula oral),T4 - PA; QL

Budesonide (suspensión para inhalación),T1 - B/D,PA

Budesonide (cápsula oral con partículas de liberación retardada),T1

Buprenorphine (parche transdérmico semanal),T1 - 7D; DL; QL

Buprenorphine HCl (tableta sublingual),T1 - QL

Buprenorphine HCl-Naloxone HCl (película sublingual),T1 - QL

Bupropion HCl (tableta oral de liberación inmediata),T1

Bupropion HCl ER (XL) (450mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas),T3

Bupropion HCl SR (150mg tableta oral de liberación prolongada 12 horas, disuasivo del tabaquismo),T1

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

Buspirone HCl (tableta oral),T1

Bydureon BCise (autoinyectable para inyección subcutánea),T3 - PA; QL

Byetta 10mcg Pen (pluma precargada con solución para inyección subcutánea),T3 - PA; QL

Byetta 5mcg Pen (pluma precargada con solución para inyección subcutánea),T3 - PA; QL

C

Cabergoline (tableta oral),T1

Calcitriol (cápsula oral),T1 - B/D,PA

Calcium Acetate (667mg tableta oral),T1

Calcium Acetate (aglutinante de fosfato) (cápsula oral),T1

Carbamazepine (tableta oral de liberación inmediata),T1

Carbidopa (tableta oral),T1

Carbidopa-Levodopa (tableta oral de liberación inmediata),T1

Carbidopa-Levodopa ER (tableta oral de liberación prolongada),T1

Carbidopa-Levodopa ODT (tableta oral dispersable),T1

Carbidopa-Levodopa-Entacapone (tableta oral),T1

Carvedilol (tableta oral),T1

Cefdinir (cápsula oral),T1

Cefuroxime Axetil (tableta oral),T1

Celecoxib (cápsula oral),T1 - QL

Celontin (cápsula oral),T3

Cephalexin (cápsula oral),T1

Cephalexin (tableta oral),T1

Chemet (cápsula oral),T4

Tipo en negrita = Medicamento de marca

Tipo simple = Medicamento genérico

Chlorhexidine Gluconate (solución bucal),T1	Clonidine HCl (tableta oral de liberación inmediata),T1
Chlorthalidone (tableta oral),T1	Clopidogrel Bisulfate (75mg tableta oral),T1
Chlorzoxazone (500mg tableta oral, 750mg tableta oral),T1 - HRM	Clozapine (tableta oral),T1
Cholestyramine (paquete oral),T1	Clozapine ODT (tableta oral dispersable),T1
Cholestyramine Light (paquete oral),T1	Colchicine (0.6mg cápsula oral) (equivalente a la marca Mitigare),T2
Cibinqo (tableta oral),T4 - PA; QL	Colchicine (0.6mg tableta oral) (Colcrys genérico),T1
Cilostazol (tableta oral),T1	Colesevelam HCl (tableta oral),T1
Cimetidine (tableta oral),T1	Combigan (solución oftálmica),T2
Cimetidine HCl (300mg/5ml solución oral),T1	Combivent Respimat (solución en aerosol para inhalación),T2 - QL
Cimzia (kit para inyección subcutánea),T4 - PA; QL	Copaxone (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea),T4
Cimzia Prefilled (2 x 200mg/ml kit de jeringa precargada para inyección subcutánea),T4 - PA; QL	Corlanor (solución oral),T3 - PA; QL
Ciprofloxacin HCl (250mg tableta oral de liberación inmediata, 500mg tableta oral de liberación inmediata, 750mg tableta oral de liberación inmediata),T1	Corlanor (tableta oral),T3 - PA; QL
Ciprofloxacin-Dexamethasone (suspensión ótica),T1	Cosentyx (300mg dosis) (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea),T4 - PA; QL
Citalopram Hydrobromide (tableta oral),T1	Cosentyx (75mg/0.5ml jeringa precargada con solución para inyección subcutánea),T4 - PA; QL
Clarithromycin (tableta oral de liberación inmediata),T1	Cosentyx Sensoready (300mg) (autoinyectable con solución para inyección subcutánea),T4 - PA; QL
Clenpiq (10mg-3.5g-12g/160ml solución oral),T2	Cosopt PF (solución oftálmica),T3
Climara Pro (parche transdérmico semanal),T3 - HRM	Creon (cápsula oral con partículas de liberación retardada),T2
Clobex (loción para uso externo),T4 - QL	Cromolyn Sodium (solución para nebulizador para inhalación),T1 - B/D,PA
Clobex (champú para uso externo),T4	Cyclobenzaprine HCl (10mg tableta oral, 5mg tableta oral),T1 - HRM
Clobex Spray (líquido para uso externo),T3 - QL	Cyclophosphamide (cápsula oral),T1 - B/D,PA
Clonazepam (tableta oral),T1 - QL	D
Clonazepam ODT (tableta oral dispersable),T1 - QL	DARAPRIM (tableta oral),T4
Clonidine (parche transdérmico semanal),T1	

T1 = Nivel 1

T2 = Nivel 2

T3 = Nivel 3

T4 = Nivel 4

Dabigatran Etxilate Mesylate (cápsula oral),T1 - QL

Dalfampridine ER (tableta oral de liberación prolongada 12 horas),T1 - QL

Daliresp (tableta oral),T3 - PA

Dapsone (tableta oral),T1

DayVigo (tableta oral),T2 - QL

Deferasirox (tableta oral soluble) (Exjade genérico),T1 - PA

Deferiprone (500mg tableta oral),T1 - PA

Depen Titratabs (tableta oral),T4

Descovy (200mg-25mg tableta oral),T4 - QL

Desmopressin Acetate (tableta oral),T1

Desvenlafaxine Succinate ER (tableta oral de liberación prolongada 24 horas) (Pristiq genérico),T1

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),T1 - QL

Diclofenac Potassium (50mg tableta oral),T1

Diclofenac Sodium (1% gel para uso externo),T1

Diclofenac Sodium (tableta oral de liberación retardada),T1

Diclofenac Sodium ER (tableta oral de liberación prolongada 24 horas),T1

Dicyclomine HCl (cápsula oral),T1 - HRM

Dicyclomine HCl (tableta oral),T1 - HRM

Dificid (suspensión oral reconstituida),T4

Dificid (tableta oral),T4

Digoxin (125mcg tableta oral, 250mcg tableta oral),T1 - HRM

Dihydroergotamine Mesylate (solución nasal),T1 - PA; QL

Diltiazem HCl (tableta oral de liberación inmediata),T1

Diltiazem HCl ER (cápsula oral de liberación prolongada 12 horas),T1

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 (240mg cápsula oral de liberación retardada),T1 - QL

Dipentum (cápsula oral),T4

Diphenoxylate-Atropine (tableta oral),T1 - HRM

Divalproex Sodium (cápsula oral con microgránulos dispersables de liberación retardada),T1

Divalproex Sodium (tableta oral de liberación retardada),T1

Divalproex Sodium ER (tableta oral de liberación prolongada 24 horas),T1

Donepezil HCl (tableta oral),T1 - QL

Donepezil HCl ODT (tableta oral dispersable),T1 - QL

Doptelet (tableta oral),T4 - PA; QL

Dorzolamide HCl (solución oftálmica),T1

Dorzolamide HCl-Timolol Maleate (22.3mg-6.8mg/ml solución oftálmica),T1

Dovato (tableta oral),T4 - QL

Doxazosin Mesylate (tableta oral),T1

Doxycycline Hyclate (cápsula oral),T1

Doxycycline Hyclate (tableta oral de liberación inmediata),T1

Dronabinol (cápsula oral),T1 - PA

Tipo en negrita = Medicamento de marca

Tipo simple = Medicamento genérico

Duavee (tableta oral),T3 - HRM

Dulera (aerosol para inhalación),T3 - QL

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

Dupixent (pluma precargada con solución para inyección subcutánea),T4 - PA

Dupixent (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea),T4 - PA

Dutasteride (cápsula oral),T1

Dymista (suspensión nasal),T3

E

Edarbi (tableta oral),T3 - QL

Edarbyclor (tableta oral),T3 - QL

Efavirenz-Emtricitabine-Tenofovir (tableta oral),T1 - QL

Eliquis (2.5mg tableta oral, 5mg tableta oral),T2 - QL

Elmiron (cápsula oral),T3

Emgality (120mg/ml jeringa precargada con solución para inyección subcutánea),T3 - PA; QL

Emgality (300mg dosis) (100mg/ml jeringa precargada con solución para inyección subcutánea),T3 - PA; QL

Emgality (autoinyectable con solución para inyección subcutánea),T3 - PA; QL

Emtricitabine-Tenofovir Disoproxil Fumarate (tableta oral),T1 - QL

Enalapril Maleate (tableta oral),T1 - QL

Enalapril-Hydrochlorothiazide (tableta oral),T1 - QL

Enbrel (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea),T4 - PA; QL

Enbrel (solución para inyección

subcutánea),T4 - PA; QL

Enbrel Mini (cartucho con solución para inyección subcutánea),T4 - PA; QL

Enbrel SureClick (autoinyectable con solución para inyección subcutánea),T4 - PA; QL

Entacapone (tableta oral),T1

Entecavir (tableta oral),T1

Entresto (tableta oral),T2 - QL

Envarsus XR (tableta oral de liberación prolongada 24 horas),T3 - B/D,PA

Eplusa (paquete oral),T4 - PA; QL

Eplusa (tableta oral),T4 - PA; QL

EpiPen 2-Pak (autoinyectable con solución para inyección),T3 - QL

EpiPen Jr 2-Pak (autoinyectable con solución para inyección),T3 - QL

Epiduo (gel para uso externo),T3

Epiduo Forte (gel para uso externo),T3 - ST

Epinephrine (0.15mg/0.3ml autoinyectable con solución para inyección, 0.3mg/0.3ml autoinyectable con solución para inyección),T1 - QL

Eplerenone (tableta oral),T1

Ergoloid Mesylates (tableta oral),T1 - HRM

Ergotamine-Caffeine (tableta oral),T1

Erivedge (cápsula oral),T4 - PA

Erleada (60mg tableta oral),T4 - PA

Ertapenem Sodium (solución reconstituida para inyección),T1

Erythromycin (ungüento oftálmico),T1

Esbriet (cápsula oral),T4 - PA; QL

Esbriet (tableta oral),T4 - PA; QL

Escitalopram Oxalate (tableta oral),T1

Esomeprazole Magnesium (40mg cápsula oral de liberación retardada) (Nexium genérico),T1 -

T1 = Nivel 1

T2 = Nivel 2

T3 = Nivel 3

T4 = Nivel 4

QL

Estradiol (tableta oral),T1 - HRM

Estradiol (parche transdérmico dos veces por semana),T1 - HRM; QL

Estradiol (parche transdérmico semanal),T1 - HRM; QL

Estradiol (crema vaginal),T1

Eszopiclone (tableta oral),T1 - HRM; QL

Ethambutol HCl (400mg tableta oral),T1

Ethosuximide (cápsula oral),T1

Ethosuximide (solución oral),T1

Etravirine (200mg tableta oral),T1 - QL

Eucrisa (ungüento para uso externo),T3 - PA; QL

Extavia (kit para inyección subcutánea),T4

Ezetimibe (tableta oral),T1

Ezetimibe-Simvastatin (tableta oral),T1 - QL

F

Famotidine (20mg tableta oral, 40mg tableta oral),T1

Farxiga (tableta oral),T2 - QL

Fasenra (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea),T4 - PA

Fasenra Pen (autoinyectable con solución para inyección subcutánea),T4 - PA

Febuxostat (tableta oral),T1 - ST

Fenofibrate (145mg tableta oral, 160mg tableta oral, 48mg tableta oral, 54mg tableta oral),T1

Finacea (espuma para uso externo),T3 - QL

Finacea (gel para uso externo),T3 - QL

Finasteride (5mg tableta oral) (Proscar genérico),T1

Flarex (suspensión oftálmica),T3

FloLipid (suspensión oral),T3 - QL

Flovent Diskus (polvo en aerosol para

Tipo en negrita = Medicamento de marca

inhalación activado por la respiración),T2

Flovent HFA (aerosol para inhalación),T2 - QL

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),T1

Fluticasone Propionate (suspensión nasal),T1

Forteo (pluma precargada con solución para inyección subcutánea),T4 - PA

Furosemide (tableta oral),T1

Fuzeon (solución reconstituida para inyección subcutánea),T4 - QL

G

Gabapentin (600mg tableta oral, 800mg tableta oral),T1

Gabapentin (cápsula oral),T1

Gammagard (2.5g/25ml solución para inyección),T4 - PA

Gammagard S/D Less IgA (solución reconstituida para inyección intravenosa),T4 - PA

Gemfibrozil (tableta oral),T1

Gemtesa (tableta oral),T3

Genotropin (12mg cartucho para inyección subcutánea),T4 - PA

Genotropin (5mg cartucho para inyección subcutánea),T3 - PA

Genotropin MiniQuick (0.2mg jeringa precargada para inyección subcutánea),T3 - PA

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

Tipo simple = Medicamento genérico

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

Gentamicin Sulfate (40mg/ml solución para inyección),T1

Genvoya (tableta oral),T4 - QL

Glatiramer Acetate (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea),T1

Glatopa (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea),T1

Glucagon (kit para inyección) (Lilly),T1

Glycopyrrolate (1mg tableta oral, 2mg tableta oral),T1 - PA

Glyxambi (tableta oral),T2 - QL

Gvoke HypoPen 2-Pack (autoinyectable con solución para inyección subcutánea),T2

Gvoke Kit (solución para inyección subcutánea),T2

Gvoke PFS (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea),T2

H

Haegarda (solución reconstituida para inyección subcutánea),T4 - PA

Haloperidol (tableta oral),T1

Harvoni (90-400mg tableta oral),T4 - PA; QL

Harvoni (paquete oral),T4 - PA; QL

Humalog (solución para inyección),T2

Humalog (cartucho con solución para inyección subcutánea),T2

Humalog Junior KwikPen (pluma precargada con solución para inyección subcutánea),T2

Humalog KwikPen (pluma precargada con

solución para inyección subcutánea),T2

Humalog Mix 50/50 (suspensión para inyección subcutánea),T2

Humalog Mix 50/50 KwikPen (pluma precargada con suspensión para inyección subcutánea),T2

Humalog Mix 75/25 (suspensión para inyección subcutánea),T2

Humalog Mix 75/25 KwikPen (pluma precargada con suspensión para inyección subcutánea),T2

Humira (kit de jeringa precargada para inyección subcutánea),T4 - PA; QL

Humira Pediatric Crohns Start (kit de jeringa precargada para inyección subcutánea),T4 - PA; QL

Humira Pen (kit de pluma precargada para inyección subcutánea),T4 - PA; QL

Humira Pen Crohns Disease Starter (kit de pluma precargada para inyección subcutánea),T4 - PA

Humira Pen Psoriasis Starter (40mg/0.8ml kit de pluma precargada para inyección subcutánea),T4 - PA

Humira Pen Psoriasis Starter (80mg/0.8ml y 40mg/0.4ml kit de pluma precargada para inyección subcutánea),T4 - PA; QL

Humira Pen-Pediatric UC Start (kit de pluma precargada para inyección subcutánea),T4 - PA

Humulin 70/30 (suspensión para inyección subcutánea),T2

Humulin 70/30 KwikPen (pluma precargada con suspensión para inyección subcutánea),T2

Humulin N (suspensión para inyección subcutánea),T2

Humulin N KwikPen (pluma precargada con

T1 = Nivel 1

T2 = Nivel 2

T3 = Nivel 3

T4 = Nivel 4

suspensión para inyección subcutánea),T2

Humulin R (solución para inyección),T2

Humulin R U-500 (concentrado) (solución para inyección subcutánea),T2

Humulin R U-500 KwikPen (pluma precargada con solución para inyección subcutánea),T2

Hydralazine HCl (tableta oral),T1

Hydrochlorothiazide (cápsula oral),T1

Hydrochlorothiazide (tableta oral),T1

Hydrocodone-Acetaminophen (10-325mg tableta oral, 5-325mg tableta oral, 7.5-325mg tableta oral),T1 - 7D; MME; DL; QL

Hydromorphone HCl (tableta oral de liberación inmediata),T1 - 7D; MME; DL; QL

Hydroxychloroquine Sulfate (200mg tableta oral),T1 - QL

Hydroxyurea (cápsula oral),T1

Hydroxyzine HCl (jarabe oral),T1 - HRM

Hydroxyzine HCl (tableta oral),T1 - HRM

I

Ibandronate Sodium (tableta oral),T1

Ibuprofen (400mg tableta oral, 600mg tableta oral, 800mg tableta oral),T1

Icatibant Acetate (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea),T1 - PA; QL

Ilevro (suspensión oftálmica),T2

Imatinib Mesylate (tableta oral),T1 - PA

Imbruvica (cápsula oral),T4 - PA; QL

Imbruvica (tableta oral),T4 - PA; QL

Imiquimod (5% crema para uso externo),T1 - QL

Imiquimod Pump (3.75% crema para uso externo),T1 - PA

Invexy Maintenance Pack (óvulo vaginal),T2 - PA

Incruse Ellipta (polvo en aerosol para

inhalación activado por la respiración),T3 - ST; QL

Ingrezza (cápsula oral, paquete de tratamiento),T4 - PA; QL

Ingrezza (cápsula oral),T4 - PA; QL

Insulin Lispro (indicador de 1 unidad) (pluma precargada con solución para inyección subcutánea) (equivalente a la marca Humalog),T2

Insulin Lispro (solución para inyección) (equivalente a la marca Humalog),T2

Insulin Lispro Junior KwikPen (pluma precargada con solución para inyección subcutánea) (equivalente a la marca Humalog),T2

Insulin Lispro Prot & Lispro (pluma precargada con suspensión para inyección subcutánea) (equivalente a la marca Humalog),T2

Insulin jeringas, agujas,T2

Invega Hafyera (jeringa precargada con suspensión para inyección intramuscular),T4

Invega Sustenna (117mg/0.75ml jeringa precargada con suspensión para inyección intramuscular, 156mg/ml jeringa precargada con suspensión para inyección intramuscular, 234mg/1.5ml jeringa precargada con suspensión para inyección intramuscular, 78mg/0.5ml jeringa precargada con suspensión para inyección intramuscular),T4

Invega Sustenna (39mg/0.25ml jeringa precargada con suspensión para inyección intramuscular),T3

Invega Trinza (jeringa precargada con suspensión para inyección intramuscular),T4

Inveltys (suspensión oftálmica),T3

Invokamet (tableta oral de liberación inmediata),T3 - ST; QL

Invokamet XR (tableta oral de liberación

Tipo en negrita = Medicamento de marca

Tipo simple = Medicamento genérico

prolongada 24 horas),T3 - ST; QL	K
Invokana (tableta oral),T3 - ST; QL	Ketoconazole (crema para uso externo),T1 - QL
Ipratropium Bromide (solución para inhalación),T1 - B/D,PA	Ketorolac Tromethamine (solución oftálmica),T1
Ipratropium Bromide (solución nasal),T1	Kevzara (autoinyectable con solución para inyección subcutánea),T4 - PA; QL
Ipratropium-Albuterol (solución para inhalación),T1 - B/D,PA	Kevzara (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea),T4 - PA; QL
Irbesartan (tableta oral),T1 - QL	Klisyri (ungüento para uso externo),T4 - PA; QL
Irbesartan-Hydrochlorothiazide (tableta oral),T1 - QL	Klor-Con 10 (tableta oral de liberación prolongada),T1
Isentress (tableta oral),T4 - QL	Klor-Con 8 (tableta oral de liberación prolongada),T1
Isoniazid (tableta oral),T1	Klor-Con M10 (tableta oral de liberación prolongada),T1
Isosorbide Dinitrate (tableta oral de liberación inmediata),T1	Klor-Con M20 (tableta oral de liberación prolongada),T1
Isosorbide Dinitrate-Hydralazine (tableta oral),T1	Korlym (tableta oral),T4 - PA
Isosorbide Mononitrate (tableta oral de liberación inmediata),T1	L
Isosorbide Mononitrate ER (tableta oral de liberación prolongada 24 horas),T1	Lacosamide (tableta oral),T1 - QL
Isturisa (tableta oral),T4 - PA	Lactulose (10g/15ml solución oral),T1
Ivermectin (tableta oral),T1 - PA	Lactulose (paquete oral),T1
J	Lamivudine (100mg tableta oral),T1
Janumet (tableta oral de liberación inmediata),T2 - QL	Lamivudine (150mg tableta oral, 300mg tableta oral),T1 - QL
Janumet XR (tableta oral de liberación prolongada 24 horas),T2 - QL	Lamotrigine (tableta oral de liberación inmediata),T1
Januvia (tableta oral),T2 - QL	Lantus (solución para inyección subcutánea),T2
Jardiance (tableta oral),T2 - QL	Lantus SoloStar (pluma precargada con solución para inyección subcutánea),T2
Jentaduetto (tableta oral de liberación inmediata),T2 - QL	Latanoprost (solución oftálmica),T1
Jentaduetto XR (tableta oral de liberación prolongada 24 horas),T2 - QL	Ledipasvir-Sofosbuvir (tableta oral),T4 - PA; QL
Jublia (solución para uso externo),T3	Leflunomide (tableta oral),T1
Juluca (tableta oral),T4 - QL	Letrozole (tableta oral),T1

T1 = Nivel 1

T2 = Nivel 2

T3 = Nivel 3

T4 = Nivel 4

Leucovorin Calcium (tableta oral),T1
Leukeran (tableta oral),T4
Levemir (solución para inyección subcutánea),T2
Levetiracetam (tableta oral de liberación inmediata),T1
Levobunolol HCl (solución oftálmica),T1
Levocarnitine (tableta oral),T1
Levocetirizine Dihydrochloride (tableta oral),T1
Levofloxacin (tableta oral),T1
Levothyroxine Sodium (tableta oral),T1
Lialda (tableta oral de liberación retardada),T3 - ST; QL
Licart (parche para uso externo 24 horas),T3 - PA; QL
Lidocaine (5% ungüento para uso externo),T1 - QL
Lidocaine (5% parche para uso externo),T1 - PA; QL
Lidocaine HCl (4% solución para uso externo),T1
Lidocaine-Prilocaine (crema para uso externo),T1
Linzees (cápsula oral),T2 - QL
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
Livalo (tableta oral),T2 - QL
Lokelma (paquete oral),T3 - QL
Loperamide HCl (cápsula oral),T1
Lorazepam (tableta oral),T1 - QL
Lorazepam Intensol (concentrado oral),T1 - QL

Tipo en negrita = Medicamento de marca

Losartan Potassium (tableta oral),T1 - QL
Losartan Potassium-HCTZ (tableta oral),T1 - QL
Lotemax (gel oftálmico),T3
Lotemax (ungüento oftálmico),T3
Lotemax (suspensión oftálmica),T3
Lotemax SM (gel oftálmico),T3
Lovastatin (tableta oral),T1 - QL
Lumigan (solución oftálmica),T2
Lupron Depot (1 mes) (kit para inyección intramuscular),T3 - PA; QL
Lupron Depot (3 meses) (kit para inyección intramuscular),T3 - PA; QL
Lupron Depot (4 meses) (kit para inyección intramuscular),T3 - PA; QL
Lupron Depot (6 meses) (kit para inyección intramuscular),T3 - PA; QL
Lurasidone HCl (tableta oral),T1 - QL
Luzu (crema para uso externo),T3 - QL
Lysodren (tableta oral),T4
Lyumjev (solución para inyección),T2
Lyumjev KwikPen (pluma precargada con solución para inyección subcutánea),T2
M
Malathion (loción para uso externo),T1
Maraviroc (tableta oral),T1 - QL
Mavyret (paquete oral),T4 - PA; QL
Mavyret (tableta oral),T4 - PA; QL
Mayzent (tableta oral),T4 - QL
Meclizine HCl (12.5mg tableta oral, 25mg tableta oral),T1 - HRM
Medroxyprogesterone Acetate (suspensión para inyección intramuscular),T1
Medroxyprogesterone Acetate (tableta oral),T1
Meloxicam (tableta oral),T1

Tipo simple = Medicamento genérico

Memantine HCl (10mg tableta oral, 5mg tableta oral),T1 - PA; QL	inmediata),T1
Memantine HCl ER (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas),T1 - PA; QL	Minoxidil (tableta oral),T1
Mercaptopurine (tableta oral),T1	Mirtazapine (tableta oral),T1
Meropenem (solución reconstituida para inyección intravenosa),T1	Mirtazapine ODT (tableta oral dispersable),T1
Mesalamine (1.2g tableta oral de liberación retardada) (Lialda genérico),T1 - QL	Mirvaso (gel para uso externo),T3
Mesnex (tableta oral),T3	Misoprostol (tableta oral),T1
Methadone HCl (solución oral),T1 - 7D; MME; DL; QL	Mitigare (cápsula oral),T2
Methadone HCl (tableta oral),T1 - 7D; MME; DL; QL	Modafinil (tableta oral),T1 - PA; QL
Methamphetamine HCl (tableta oral),T1 - PA; QL	Mometasone Furoate (suspensión nasal),T1
Methimazole (tableta oral),T1	Montelukast Sodium (paquete oral),T1 - QL
Methotrexate Sodium (tableta oral),T1	Montelukast Sodium (tableta oral),T1 - QL
Methscopolamine Bromide (tableta oral),T1 - HRM	Morphine Sulfate ER (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas) (Kadian genérico),T1 - 7D; MME; DL; QL
Methylphenidate HCl (tableta oral de liberación inmediata) (Ritalin genérico),T1 - QL	Morphine Sulfate ER (tableta oral de liberación prolongada) (MS Contin genérico),T1 - 7D; MME; DL; QL
Methylprednisolone (tableta oral),T1	Morphine Sulfate ER Beads (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas) (Avinza genérico),T1 - 7D; MME; DL; QL
Metoclopramide HCl (tableta oral),T1	Motegrity (tableta oral),T3 - QL
Metoprolol Succinate ER (tableta oral de liberación prolongada 24 horas),T1	Mounjaro (pluma precargada con solución para inyección subcutánea),T2 - PA; QL
Metoprolol Tartrate (100mg tableta oral, 25mg tableta oral, 50mg tableta oral),T1	Movantik (tableta oral),T2 - QL
Metrogel (gel para uso externo),T3	MoviPrep (solución oral reconstituida),T3
Metronidazole (crema para uso externo),T1	Multaq (tableta oral),T2
Metronidazole (gel para uso externo),T1	Myrbetriq (suspensión oral reconstituida de liberación prolongada),T2
Metronidazole (loción para uso externo),T1	Myrbetriq (tableta oral de liberación prolongada 24 horas),T2
Metronidazole (tableta oral),T1	N
Midodrine HCl (tableta oral),T1	Naftin (gel para uso externo),T3
Minocycline HCl (cápsula oral),T1	Naloxone HCl (0.4mg/ml solución para inyección),T1
Minocycline HCl (tableta oral de liberación	Naloxone HCl (cartucho con solución para

T1 = Nivel 1

T2 = Nivel 2

T3 = Nivel 3

T4 = Nivel 4

inyección),T1

Naloxone HCl (jeringa precargada con solución para inyección),T1

Naltrexone HCl (tableta oral),T1

Namzaric (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas, paquete de tratamiento),T2 - PA; QL

Namzaric (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas),T2 - PA; QL

Naproxen (250mg tableta oral de liberación inmediata, 375mg tableta oral de liberación inmediata, 500mg tableta oral de liberación inmediata),T1

Narcan (líquido nasal),T2

Nayzilam (solución nasal),T3 - PA; QL

Neomycin Sulfate (tableta oral),T1

Neomycin-Polymyxin-HC (suspensión ótica),T1

Neulasta (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea),T4 - PA

Neupogen (jeringa precargada con solución para inyección),T4 - ST

Neupogen (solución para inyección),T4 - ST

Nevanac (suspensión oftálmica),T3

Nexium (10mg paquete oral, 2.5mg paquete oral, 20mg paquete oral, 40mg paquete oral, 5mg paquete oral),T2

Nexium (20mg cápsula oral de liberación retardada, 40mg cápsula oral de liberación retardada),T2 - QL

Nexletol (tableta oral),T3 - PA; QL

Nexlizet (tableta oral),T3 - PA; QL

Nifedipine ER Osmotic Release (tableta oral de liberación prolongada 24 horas),T1

Nimodipine (cápsula oral),T1

Nitrofurantoin Macrocrystal (100mg cápsula oral, 50mg cápsula oral) (Macrochantin genérico),T1 - HRM

Nitrofurantoin Monohydrate (Macrobid genérico),T1 - HRM

Nitroglycerin (tableta sublingual),T1

Nivestym (jeringa precargada con solución para inyección),T4 - ST

Nivestym (solución para inyección),T4 - ST

Nizatidine (cápsula oral),T1

Norethindrone Acetate (5mg tableta oral),T1

Nortriptyline HCl (cápsula oral),T1 - HRM

NovoLog (solución para inyección),T2

NovoLog FlexPen (pluma precargada con solución para inyección subcutánea),T2

NovoLog Mix 70/30 (suspensión para inyección subcutánea),T2

NovoLog Mix 70/30 FlexPen (pluma precargada con suspensión para inyección subcutánea),T2

NovoLog PenFill (cartucho con solución para inyección subcutánea),T2

Novolin 70/30 (suspensión para inyección subcutánea),T2

Novolin 70/30 FlexPen (pluma precargada con suspensión para inyección subcutánea),T2

Novolin N (suspensión para inyección subcutánea),T2

Novolin N FlexPen (pluma precargada con suspensión para inyección subcutánea),T2

Novolin R (solución para inyección),T2

Novolin R FlexPen (pluma precargada con solución para inyección),T2

Nubeqa (tableta oral),T4 - PA

Nucala (autoinyectable con solución para inyección subcutánea),T4 - PA; QL

Nucala (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea),T4 - PA; QL

Tipo en negrita = Medicamento de marca

Tipo simple = Medicamento genérico

Nucala (solución reconstituida para inyección subcutánea),T4 - PA; QL	Ondansetron ODT (tableta oral dispersable),T1 - B/D,PA; QL
Nurtec ODT (tableta oral dispersable),T4 - PA; QL	Opsumit (tableta oral),T4 - PA
Nutropin AQ NuSpin 10 (pluma precargada con solución para inyección subcutánea),T4 - PA	Orenitram (0.125mg tableta oral de liberación prolongada),T3 - PA
Nutropin AQ NuSpin 20 (pluma precargada con solución para inyección subcutánea),T4 - PA	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
Nutropin AQ NuSpin 5 (pluma precargada con solución para inyección subcutánea),T4 - PA	Orgovyx (tableta oral),T4 - PA; QL
Nuzyra (solución reconstituida para inyección intravenosa),T4 - PA	Orilissa (tableta oral),T4 - PA; QL
Nuzyra (tableta oral),T4 - PA; QL	Oseltamivir Phosphate (cápsula oral),T1
Nystatin (crema para uso externo),T1	Osphena (tableta oral),T2 - PA; QL
Nystatin (ungüento para uso externo),T1	Otezla (tableta oral, paquete de tratamiento),T4 - PA; QL
Nystatin (polvo para uso externo),T1 - QL	Otezla (tableta oral),T4 - PA; QL
Nyvepria (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea),T4 - PA	Oxcarbazepine (tableta oral),T1
O	Oxybutynin Chloride ER (tableta oral de liberación prolongada 24 horas),T1
Odomzo (cápsula oral),T4 - PA	Oxycodone HCl (cápsula oral),T1 - 7D; MME; DL; QL
Ofev (cápsula oral),T4 - PA; QL	Oxycodone HCl (tableta oral de liberación inmediata),T1 - 7D; MME; DL; QL
Ofloxacin (solución oftálmica),T1	Oxycodone-Acetaminophen (10-325mg tableta oral, 2.5-325mg tableta oral, 5-325mg tableta oral, 7.5-325mg tableta oral),T1 - 7D; MME; DL; QL
Ofloxacin (solución ótica),T1	Ozempic (1mg/dosis) (4mg/3ml pluma precargada con solución para inyección subcutánea),T2 - PA; QL
Olanzapine (tableta oral),T1 - QL	Ozempic (2mg/dosis) (8mg/3ml pluma precargada con solución para inyección subcutánea),T2 - PA; QL
Olopatadine HCl (0.1% solución oftálmica),T1	P
Omega-3-Acid Ethyl Esters (cápsula oral) (Lovaza genérico),T1	Pantoprazole Sodium (tableta oral de liberación retardada),T1 - QL
Omeprazole (10mg cápsula oral de liberación retardada),T1 - QL	
Omeprazole (20mg cápsula oral de liberación retardada, 40mg cápsula oral de liberación retardada),T1	
Ondansetron HCl (4mg tableta oral, 8mg tableta oral),T1 - B/D,PA; QL	

T1 = Nivel 1

T2 = Nivel 2

T3 = Nivel 3

T4 = Nivel 4

Pegasys (solución para inyección subcutánea),T4 - PA

Penicillamine (tableta oral),T1

Penicillin V Potassium (tableta oral),T1

Pentasa (cápsula oral de liberación prolongada),T3 - QL

Perforomist (solución para nebulizador para inhalación),T3 - B/D,PA; QL

Permethrin (crema para uso externo),T1

Perseris (jeringa precargada para inyección subcutánea),T4

Phenelzine Sulfate (tableta oral),T1

Phenytoin Sodium Extended (cápsula oral),T1

Phoslyra (667mg/5ml solución oral),T2

Pilocarpine HCl (tableta oral),T1

Pimecrolimus (crema para uso externo),T1 - ST; QL

Pirfenidone (267mg tableta oral, 801mg tableta oral),T1 - PA; QL

Plegridy (pluma precargada con solución para inyección subcutánea),T4 - QL

Plegridy (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea),T4 - QL

Pomalyst (2mg cápsula oral, 3mg cápsula oral, 4mg cápsula oral),T4 - PA

Potassium Chloride ER (cápsula oral de liberación prolongada),T1

Potassium Chloride ER (tableta oral de liberación prolongada),T1

Potassium Citrate ER (tableta oral de liberación prolongada),T1

Pradaxa (cápsula oral),T3 - ST; QL

Praluent (autoinyectable con solución para inyección subcutánea),T2 - PA; QL

Pramipexole Dihydrochloride (tableta oral de liberación inmediata),T1

Pravastatin Sodium (tableta oral),T1 - QL

Prazosin HCl (cápsula oral),T1

Prednisolone Acetate (suspensión oftálmica),T1

Prednisone (5mg/5ml solución oral),T1

Prednisone (tableta oral),T1

Premarin (tableta oral),T3 - HRM; QL

Premarin (crema vaginal),T2

Premphase (tableta oral),T3 - HRM; QL

Prempro (tableta oral),T3 - HRM; QL

Prenatal (27-1mg tableta oral),T1

Prezcobix (tableta oral),T4 - QL

Primidone (250mg tableta oral, 50mg tableta oral),T1

Privigen (20g/200ml solución para inyección intravenosa),T4 - PA

ProAir RespiClick (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración),T2

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

Procrit (20000 unidades/ml solución para inyección, 40000 unidades/ml solución para inyección),T4 - PA

Procto-Med HC (crema para uso externo),T1

Proctosol HC (crema para uso externo),T1

Progesterone (cápsula oral),T1

Prograf (0.5mg cápsula oral, 1mg cápsula oral),T3 - B/D,PA

Prograf (5mg cápsula oral),T4 - B/D,PA

Prograf (paquete oral),T3 - B/D,PA

Prolastin-C (solución reconstituida para inyección intravenosa),T4 - PA

Prolensa (solución oftálmica),T3

Tipo en negrita = Medicamento de marca

Tipo simple = Medicamento genérico

Prolia (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea),T3 - QL

Propranolol HCl (tableta oral),T1

Propranolol HCl ER (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas),T1

Propylthiouracil (tableta oral),T1

Pulmicort Flexhaler (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración),T3 - ST**Pulmozyme (solución para inhalación),T4 - B/D,PA; QL**

Pyridostigmine Bromide (60mg tableta oral de liberación inmediata),T1

Pyridostigmine Bromide (solución oral),T1

Pyridostigmine Bromide ER (tableta oral de liberación prolongada),T1

Q**QVAR RediHaler (aerosol para inhalación activado por la respiración),T3 - ST; QL**

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

Quetiapine Fumarate ER (tableta oral de liberación prolongada 24 horas),T1 - QL

Quinapril HCl (tableta oral),T1 - QL

Quinapril-Hydrochlorothiazide (tableta oral),T1 - QL

R

Raloxifene HCl (tableta oral),T1

Ramipril (cápsula oral),T1 - QL

Ranolazine ER (tableta oral de liberación prolongada 12 horas),T1

Rasagiline Mesylate (tableta oral),T1

Rasuvo (autoinyectable con solución para**inyección subcutánea),T3 - PA****Rayaldee (cápsula oral de liberación prolongada),T4 - QL****Rebif (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea),T4 - ST****Rebif Rebidose (autoinyectable con solución para inyección subcutánea),T4 - ST****Regranex (gel para uso externo),T4 - PA****Repatha (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea),T2 - PA; QL****Repatha PushtroNex System (cartucho con solución para inyección subcutánea),T2 - PA; QL****Repatha SureClick (autoinyectable con solución para inyección subcutánea),T2 - PA; QL****Restasis MultiDose (emulsión oftálmica),T2 - QL****Restasis Single-Use Vials (emulsión oftálmica),T2 - QL****Retacrit (solución para inyección),T3 - PA****Rexulti (tableta oral),T4 - QL****Reyvow (tableta oral),T3 - PA; QL****Rhopressa (solución oftálmica),T2 - ST**

Ribavirin (tableta oral),T1

Rifabutin (cápsula oral),T1

Rifampin (300mg cápsula oral),T1

Riluzole (tableta oral),T1

Rinvoq (tableta oral de liberación prolongada 24 horas),T4 - PA; QL**Risperdal Consta (12.5mg suspensión reconstituida de liberación prolongada para inyección intramuscular, 25mg suspensión reconstituida de liberación prolongada para inyección intramuscular),T3****Risperdal Consta (37.5mg suspensión reconstituida de liberación prolongada para**

T1 = Nivel 1

T2 = Nivel 2

T3 = Nivel 3

T4 = Nivel 4

inyección intramuscular, 50mg suspensión reconstituida de liberación prolongada para inyección intramuscular),T4
Risperidone (tableta oral),T1
Ritonavir (tableta oral),T1 - QL
Rivastigmine (parche transdérmico 24 horas),T1 - ST; QL
Rivastigmine Tartrate (cápsula oral),T1
Rizatriptan Benzoate (tableta oral),T1 - QL
Rizatriptan Benzoate ODT (tableta oral dispersable),T1 - QL
Rocklatan (solución oftálmica),T2 - ST
Roflumilast (500mcg tableta oral),T1 - PA
Ropinirole HCl (tableta oral de liberación inmediata),T1
Rosuvastatin Calcium (tableta oral),T1 - QL
Rukobia (tableta oral de liberación prolongada 12 horas),T4 - QL
Rybelsus (tableta oral),T2 - PA; QL
Rytary (cápsula oral de liberación prolongada),T3 - ST
S
SPS (suspensión oral),T1
Sancuso (parche transdérmico),T4 - QL
Santyl (ungüento para uso externo),T3
Saphris (tableta sublingual),T3
Savella (tableta oral),T2
Selegiline HCl (cápsula oral),T1
Selegiline HCl (tableta oral),T1
Serevent Diskus (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración),T2 - QL
Sertraline HCl (tableta oral),T1
Sevelamer Carbonate (paquete oral),T1
Sevelamer Carbonate (tableta oral) (Renvela genérico),T1

Tipo en negrita = Medicamento de marca

Sevelamer HCl (tableta oral),T1
Shingrix (suspensión reconstituida para inyección intramuscular),T2 - PA; QL
Sildenafil Citrate (20mg tableta oral) (Revatio genérico),T1 - PA
Siliq (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea),T4 - PA; QL
Silver Sulfadiazine (crema para uso externo),T1
Simbrinza (suspensión oftálmica),T2
Simponi (autoinyectable con solución para inyección subcutánea),T4 - PA; QL
Simponi (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea),T4 - PA; QL
Simvastatin (tableta oral),T1 - QL
Skyrizi (360mg/2.4ml cartucho con solución para inyección subcutánea),T4 - PA; QL
Skyrizi (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea),T4 - PA; QL
Skyrizi Pen (autoinyectable con solución para inyección subcutánea),T4 - PA; QL
Sodium Oxybate (solución oral),T4 - PA; QL
Sodium Polystyrene Sulfonate (polvo oral),T1
Sodium Sulfate-Potassium Sulfate-Magnesium Sulfate (solución oral),T1
Sofosbuvir-Velpatasvir (tableta oral),T4 - PA; QL
Solifenacin Succinate (tableta oral),T1 - QL
Soliqua (pluma precargada con solución para inyección subcutánea),T2 - PA; QL
Sotalol HCl (tableta oral),T1
Sotalol HCl AF (tableta oral),T1
Spiriva HandiHaler (cápsula para inhalación),T2 - QL
Spiriva Respimat (solución en aerosol para inhalación),T2 - QL
Spirolactone (tableta oral),T1

Tipo simple = Medicamento genérico

Sprycel (tableta oral),T4 - PA	Synribo (solución reconstituida para inyección subcutánea),T4 - PA
Stelara (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea),T4 - PA; QL	Synthroid (tableta oral),T2
Stelara (solución para inyección subcutánea),T4 - PA; QL	T
Stiolto Respimat (solución en aerosol para inhalación),T2	TOBI Podhaler (cápsula para inhalación),T4 - PA; QL
Striverdi Respimat (solución en aerosol para inhalación),T3 - ST	Tabrecta (tableta oral),T4 - PA; QL
Suboxone (película sublingual),T3 - QL	Tadalafil (hipertensión arterial pulmonar, PAH) (20mg tableta oral) (Adcirca genérico),T1 - PA
Sucralfate (suspensión oral),T1	Taltz (autoinyectable con solución para inyección subcutánea),T4 - PA; QL
Sucralfate (tableta oral),T1	Taltz (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea),T4 - PA; QL
Sulfadiazine (tableta oral),T1	Tamoxifen Citrate (tableta oral),T1
Sulfamethoxazole-Trimethoprim (800mg-160mg tableta oral),T1	Tamsulosin HCl (cápsula oral),T1
Sulfasalazine (tableta oral de liberación retardada),T1	Tecfidera (cápsula oral de liberación retardada),T4 - QL
Sulfasalazine (tableta oral de liberación inmediata),T1	Temazepam (15mg cápsula oral, 30mg cápsula oral),T1 - HRM; QL
Sumatriptan Succinate (100mg tableta oral, 25mg tableta oral, 50mg tableta oral),T1 - QL	Tenofovir Disoproxil Fumarate (tableta oral),T1 - QL
Sumatriptan Succinate (6mg/0.5ml autoinyectable con solución para inyección subcutánea),T1 - QL	Terazosin HCl (cápsula oral),T1
Sumatriptan Succinate (6mg/0.5ml solución para inyección subcutánea),T1 - QL	Terbinafine HCl (tableta oral),T1 - QL
Sunosi (tableta oral),T3 - PA; QL	Teriparatide (recombinante) (pluma precargada con solución para inyección subcutánea),T4 - PA
Sutab (tableta oral),T2	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),T1
Symbicort (aerosol para inhalación),T2 - QL	Testosterone Cypionate (solución para inyección intramuscular),T1
Symjepi (jeringa precargada con solución para inyección),T3 - QL	Tetrabenazine (tableta oral),T1 - PA
Symtuza (tableta oral),T4 - QL	Theophylline (solución oral),T1
Synjardy (tableta oral de liberación inmediata),T2 - QL	Theophylline ER (tableta oral de liberación prolongada 12 horas),T1
Synjardy XR (tableta oral de liberación prolongada 24 horas),T2 - QL	

T1 = Nivel 1

T2 = Nivel 2

T3 = Nivel 3

T4 = Nivel 4

Theophylline ER (tableta oral de liberación prolongada 24 horas),T1

Timolol Maleate (una vez al día) (solución oftálmica) (Istalol genérico),T1

Timolol Maleate (solución oftálmica) (Timoptic genérico),T1

Timolol Maleate (tableta oral),T1

Timolol Maleate Ophthalmic Gel Forming (solución oftálmica) (Timoptic-XE genérico),T1

Timoptic Ocudose (solución oftálmica),T3

Tivicay (25mg tableta oral),T3 - QL

Tivicay (50mg tableta oral),T4 - QL

Tizanidine HCl (tableta oral),T1

TobraDex ST (suspensión oftálmica),T3

Tobramycin (300mg/5ml solución para nebulizador para inhalación),T1 - B/D,PA; QL

Tobramycin-Dexamethasone (suspensión oftálmica),T1

Topiramate (cápsula oral con microgránulos dispersables de liberación inmediata),T1

Topiramate (tableta oral),T1

Toremifene Citrate (tableta oral),T1

Toremide (tableta oral),T1

Toujeo Max SoloStar (pluma precargada con solución para inyección subcutánea),T2

Toujeo SoloStar (pluma precargada con solución para inyección subcutánea),T2

Tracleer (tableta oral soluble),T4 - PA; QL

Tracleer (tableta oral),T4 - PA; QL

Tradjenta (tableta oral),T2 - QL

Tramadol HCl (50mg tableta oral de liberación inmediata),T1 - 7D; MME; DL; QL

Tramadol-Acetaminophen (tableta oral),T1 - 7D; MME; DL; QL

Tranexamic Acid (tableta oral),T1

Tipo en negrita = Medicamento de marca

Tranlycypromine Sulfate (tableta oral),T1

Travoprost (BAK Free) (solución oftálmica),T1

Trazodone HCl (100mg tableta oral, 150mg tableta oral, 50mg tableta oral),T1

Trelegy Ellipta (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración),T2 - QL

Tremfya (pluma precargada con solución para inyección subcutánea),T4 - PA; QL

Tremfya (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea),T4 - PA; QL

Tresiba (solución para inyección subcutánea),T2

Tresiba FlexTouch (pluma precargada con solución para inyección subcutánea),T2

Tretinoin (crema para uso externo),T1 - PA

Tretinoin (cápsula oral),T1

Triamcinolone Acetonide (0.1% ungüento para uso externo, 0.5% ungüento para uso externo),T1

Triamcinolone Acetonide (crema para uso externo),T1

Triamterene-HCTZ (cápsula oral),T1

Triamterene-HCTZ (tableta oral),T1

Trientine HCl (cápsula oral),T1 - PA; QL

Trihexyphenidyl HCl (solución oral),T1 - HRM

Trihexyphenidyl HCl (tableta oral),T1 - HRM

Trijardy XR (tableta oral de liberación prolongada 24 horas),T2 - QL

Trintellix (tableta oral),T3

Trulance (tableta oral),T3

Trulicity (pluma precargada con solución para inyección subcutánea),T2 - PA; QL

Tymlos (pluma precargada con solución para inyección subcutánea),T4 - PA

Tyrvaya (solución nasal),T3 - QL

Tipo simple = Medicamento genérico

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

T1 = Nivel 1

T2 = Nivel 2

T3 = Nivel 3

T4 = Nivel 4

prolongada 24 horas),T4 - PA; QL

Xenleta (tableta oral),T3 - PA; QL

Xigduo XR (tableta oral de liberación prolongada 24 horas),T2 - QL

Xiidra (solución oftálmica),T3 - QL

Xofluza (40mg dosis) (tableta oral, paquete de tratamiento),T2 - QL

Xofluza (80mg dosis) (tableta oral, paquete de tratamiento),T2 - QL

Xolair (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea),T4 - PA

Xolair (solución reconstituida para inyección subcutánea),T4 - PA

Xtampza ER (cápsula oral de liberación prolongada 12 horas, disuasivo del abuso de sustancias),T3 - 7D; MME; DL; QL

Xtandi (cápsula oral),T4 - PA

Xtandi (tableta oral),T4 - PA

Xultophy (pluma precargada con solución para inyección subcutánea),T3 - PA; QL

Xyrem (solución oral),T4 - PA; QL

Y

Yupelri (solución para inhalación),T4 - B/D,PA; QL

Z

Zafirlukast (tableta oral),T1

Zaleplon (cápsula oral),T1 - HRM; QL

Zarxio (jeringa precargada con solución para inyección),T4

Zelapar ODT (tableta oral dispersable),T4

Zenpep (cápsula oral con partículas de liberación retardada),T2

Zeposia (cápsula oral),T4 - PA; QL

Zioptan (solución oftálmica),T3

Zirgan (gel oftálmico),T3

Zolinza (cápsula oral),T4 - PA

Zolpidem Tartrate (tableta oral de liberación inmediata),T1 - HRM; QL

Zonisamide (cápsula oral),T1

Zubsolv (tableta sublingual),T3 - QL

Zylet (suspensión oftálmica),T3

Tipo en negrita = Medicamento de marca

Y0066_070423_095600_M_SP

Tipo simple = Medicamento genérico

UHEX24MP0113765_000

Cobertura Adicional de Medicamentos

Lista extra de medicamentos

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

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

Aunque usted paga el mismo copago o coseguro por estos medicamentos según se indica en el Resumen de Beneficios y en la Evidencia de Cobertura, lo que usted paga por estos medicamentos con receta adicionales **no se toma en cuenta para alcanzar los gastos de su bolsillo de la Parte D de Medicare**. Los pagos por estos medicamentos con receta adicionales (realizados por usted o el plan) se consideran de manera diferente de los pagos realizados por otros medicamentos con receta.

La cobertura de los medicamentos con receta de la lista extra de medicamentos se agrega a su cobertura de medicamentos de la Parte D. A diferencia de su cobertura de medicamentos de la Parte D, usted no puede presentar una queja formal ni una apelación de Medicare por los medicamentos de la lista extra de medicamentos. Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente; para ello, use la información que se encuentra en la portada de esta guía.

Si recibe el programa Ayuda Adicional de Medicare para pagar sus medicamentos con receta, no se aplicará a los medicamentos de esta 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 se pueden aplicar a través de la lista extra de medicamentos. Si su medicamento tiene alguna regla de cobertura o algún límite, habrá códigos en la columna “Reglas de cobertura o límites de uso” de la tabla. Los códigos y sus significados se indican a continuación. Si tiene preguntas sobre la cobertura de medicamentos, llame a Servicio al Cliente; para ello, use la información que aparece en la portada de esta guía.

QL - Límites de cantidad

Los límites de cantidad (quantity limits, QL) se refieren a que el plan solamente cubre una cierta cantidad de este medicamento por un copago o durante un cierto número de días. Estos límites se pueden aplicar para asegurarse de que el medicamento se use de manera segura y eficaz.

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 las personas que quizás estén tomando más de un medicamento opiáceo para el manejo del dolor. Si su médico le receta más que esa cantidad o cree que el límite no es adecuado para su situación, usted o su médico pueden solicitar que el plan 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 miembros que son nuevos en el plan y tienen un historial reciente de uso de opiáceos, la farmacia puede anular el límite cuando corresponda.

DL - Límite de suministro

Se aplican límites de suministro (dispensing limits, DL) a este medicamento. Este medicamento está limitado a un suministro de un mes por cada receta.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Reglas de cobertura o límites de uso
Analgésicos - Medicamentos para tratar el dolor, inflamaciones, y condiciones musculares y de articulaciones		
Inflamación		
Salsalate	1	
Dolor en las Vías Urinarias		
Phenazopyridine	1	
Anorexígenos - medicamentos para promover la pérdida de peso		
Phentermine	1	QL (máximo de 1 cápsula/tableta por día)
Anticoagulantes - medicamentos para prevenir la coagulación		
Heparin Lock Flush	1	
Agentes dermatológicos - medicamentos para tratar las condiciones de la piel		
Piel Reseca y con Picazón		
Sulfacetamide Sodium Limpiador Líquido 10%	1	
Sulfacetamide Sodium w/Sulfur Crema 10-5%	1	
Picazón o Dolor		
Pramoxine/Hydrocortisone Crema 1-2.5%	1	
Agentes gastrointestinales - medicamentos para tratar condiciones intestinales y estomacales		
Hemorroides		
Hydrocortisone Acetate Supositorio 25mg	1	
Lidocaine/Hydrocortisone Crema Perianal 3%-0.5%	1	
Colon Irritable o Úlceras		
Hyoscyamine Sulfate	1	
Levbid	3	
Agentes genitourinarios - medicamentos para tratar condiciones vesicales, genitales y renales		

Letra remarcada = Medicamento de marca Letra normal = Medicamento genérico

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Reglas de cobertura o límites de uso
Disfunción Eréctil		
Edex	3	QL (máximo de 6 cartuchos por mes)
Sildenafil (25mg, 50mg, 100mg)	1	QL (máximo de 6 tabletas por mes)
Tadalafil	1	QL (máximo de 6 tabletas por mes)
Vardenafil	1	QL (máximo de 6 tabletas por mes)
Trastorno del Deseo Sexual		
Addyi	3	QL (máximo de 1 tableta por día)
Vyleesi	3	QL (máximo de 8 inyecciones cada 30 días)
Infección Urinaria		
Uro-MP 118mg	3	
Espasmos y Dolor en las Vías Urinarias		
Belladonna Alkaloids & Opium Supositorios	1	MME, 7D, DL
Agentes hormonales - medicamentos para reemplazo/modificación hormonal		
Suplemento para la Tiroides		
Armour Thyroid	3	
NP Thyroid	1	
Suplementos nutricionales - medicamentos para tratar las deficiencias de vitaminas y minerales		
Suplemento de Potasio		
K-Phos Tab	3	
Potassium Bicarbonate Tableta Efervescente 25mEq	1	
Vitaminas y Minerales		
Cyanocobalamin Inyección (Vitamina B12) 1000mcg	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 1mg (con receta solamente)	1	
Folic Acid-Vitamin B6-Vitamin B12 Tableta 2.5-25-1mg	1	
Phytonadione Tableta	1	
Reno Cap	1	
Vitamin D 50,000 unidades (con receta solamente)	1	

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

Tos y Resfrío

Benzonatate (100mg, 200mg)	1	
Brompheniramine/Pseudoephedrine/Dextromethorphan Jarabe	1	
Guaifenesin/Codeine Jarabe	1	DL
Hydrocodone Polst/Chlorpheniramine Suspensión de Liberación Prolongada (ER) (versión genérica de Tussionex)	1	DL
Hydrocodone/Homatropine	1	DL
Promethazine/Codeine Jarabe	1	DL
Promethazine/Dextromethorphan Jarabe	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. Se pueden aplicar limitaciones, copagos y restricciones.

Los beneficios, los copagos o los coseguros pueden cambiar cada año del plan o de beneficios.

La Lista de Medicamentos puede cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando esto ocurra.

Esta información está disponible sin costo en otros idiomas. Llame a nuestro Servicio al Cliente al número que se encuentra en la portada.

Esta página ha sido dejada en blanco intencionalmente.

Lo que sigue

Después de la Inscripción

UnitedHealthcare procesará su inscripción

Guía Rápida para Comenzar y tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare

UnitedHealthcare le enviará por correo una Guía Rápida para Comenzar de 7 a 10 días después de que Medicare apruebe su inscripción. **Tenga en cuenta que su tarjeta de ID de miembro estará adjunta en la tapa de su guía.**

Acceso al sitio para miembros

Después de que reciba su tarjeta de ID de miembro, puede registrarse en Internet en el sitio para miembros que se indica a continuación para obtener acceso a la información del plan.

Evaluación de salud

Le llamaremos en los primeros 90 días después de la fecha de vigencia de su plan. Medicare nos exige que le llamemos y le pidamos completar una breve encuesta de salud. También puede visitar el sitio para miembros a continuación y hacer la encuesta en Internet.

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

Estamos a sus órdenes

Cuando llame, asegúrese de decirle 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**
- ✓ **Los nombres y las direcciones de sus médicos y clínicas, y el nombre y la dirección de su farmacia**
- ✓ **Si está llamando acerca de la cobertura de medicamentos, tenga preparada una lista de sus medicamentos con receta y dosis actuales**

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle.

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

 retiree.uhc.com/ECMT



Llame al número gratuito **1-866-519-5401**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes

Declaraciones de conformidad

Al inscribirme en este plan, acepto 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 mi Parte A o Parte B de Medicare, y seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare y, si corresponde, la prima 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 residente legal en los Estados Unidos.
- ✓ **El área de servicio incluye los 50 estados, el District of Columbia y todos los territorios estadounidenses.**
Es posible que no tenga cobertura mientras esté fuera del país, excepto una cobertura limitada cerca de la frontera de los Estados Unidos. Sin embargo, con este plan, cuando estoy fuera de los Estados Unidos, tengo cobertura para el cuidado requerido de urgencia o de emergencia.
- ✓ **Solo puedo tener un Plan Medicare Advantage o de Medicamentos con Receta a la vez.**
 - Si me inscribo en este plan, se 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, seré transferido automáticamente a Medicare Original.
 - La inscripción en este plan es para todo el año del plan. Puedo dejar este plan solo en determinados momentos del año o en condiciones especiales.
- ✓ **Mi información será divulgada a Medicare y a otros planes, solo cuando sea necesario, para tratamientos, procesamiento de pagos o 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 vigentes.
- ✓ **Para los miembros del Plan de Grupo Medicare Advantage.**
Entiendo que, cuando comience mi cobertura, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos con receta del plan. Los beneficios y servicios proporcionados por el plan incluidos en el documento Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) estarán cubiertos. Ni Medicare ni el plan pagarán beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- ✓ **Doy mi consentimiento para que todas las entidades bajo UnitedHealthcare, sus compañías afiliadas y cualquier proveedor externo usado por UnitedHealthcare llamen a los números de teléfono que he proporcionado utilizando un sistema de marcación automática o voz pregrabada.**

Esta página ha sido dejada en blanco intencionalmente.



Llame al número gratuito **1-866-519-5401**, TTY **711**
8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes



retiree.uhc.com/ECMT

**United
Healthcare®**
Group Medicare Advantage

