

Guía del Plan 2020

Aproveche todo lo que su plan Medicare Advantage tiene para ofrecer.

City of Hialeah

UnitedHealthcare® Group Medicare Advantage (PPO)

Fecha de vigencia: Del 1 de enero de 2020 al 31 de diciembre de 2020

Número del grupo: 13977



Índice

Introducción3



Información del plan

Beneficios Importantes6

Información del plan.....9

Resumen de Beneficios19



Lista de Medicamentos

Lista de Medicamentos36

Cobertura Adicional de Medicamentos.....53



Después de la inscripción...

Esto es lo que puede esperar a continuación.....60

Declaraciones de conformidad61

Presentamos el plan UnitedHealthcare® Group Medicare Advantage

Estimado jubilado:

Su empleador o patrocinador del plan ha seleccionado a UnitedHealthcare® para ofrecer cobertura de cuidado de la salud a todos los jubilados que cumplan los requisitos de participación. Como miembro de UnitedHealthcare® Medicare Advantage, usted contará con un equipo que se compromete a comprender sus necesidades, conectarle con el cuidado que necesita y ayudarlo a manejar su salud.

Permítanos ayudarlo a:

- Conseguir herramientas y recursos para ayudarlo 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 más le importa
- Acceder al cuidado que usted necesita en el momento en que lo necesita

En esta guía, encontrará:

- Una descripción de este plan y cómo funciona
- Información sobre beneficios, programas y servicios, y cuánto cuestan
- Lo que puede esperar después de inscribirse

¿Cómo inscribirse?

Su empleador o patrocinador del plan le proporcionará más información antes de que usted se inscriba en el plan.

Aproveche los beneficios adicionales saludables de UnitedHealthcare



HOUSECALLS



MEMBRESÍA A GIMNASIOS



EXPERIENCIA DE SALUD Y BIENESTAR

Visítenos en Internet en cualquier momento

www.UHCRetiree.com

Llamada gratuita: **1-877-714-0178**, TTY 711
De 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.



Información del plan

Beneficios Importantes

City of Hialeah 13977

Con vigencia del 1 de enero de 2020 al 31 de diciembre de 2020

Esta es una breve descripción de los beneficios del plan para el año. Para obtener más información, consulte su Resumen de Beneficios o su Evidencia de Cobertura. Es posible que se apliquen restricciones, limitaciones y exclusiones.

Beneficios médicos

Beneficios cubiertos por Medicare Original y su plan

	Dentro de la red	Fuera de la red
Visita al consultorio médico	Proveedor de cuidado primario: \$15 de copago Especialista: \$15 de copago	Proveedor de cuidado primario: \$15 de copago Especialista: \$15 de copago
Servicios preventivos	\$0 de copago por servicios preventivos cubiertos por Medicare. Para obtener más información, puede consultar la Evidencia de Cobertura.	
Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados	\$0 de copago por cada estadía	\$0 de copago por cada estadía
Centro de enfermería especializada (SNF)	\$0 de copago por día, por los días 1 a 20 \$75 de copago por cada día adicional, hasta 100 días	\$0 de copago por día, por los días 1 a 20 \$75 de copago por cada día adicional, hasta 100 días
Cirugía para pacientes ambulatorios	\$0 de copago	\$0 de copago
Rehabilitación para pacientes ambulatorios (fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla y del lenguaje)	\$15 de copago	\$15 de copago
Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, imágenes por resonancia magnética [MRI], tomografías computarizadas [CT])	\$15 de copago	\$15 de copago
Servicios de laboratorio	\$15 de copago	\$15 de copago
Radiografías para pacientes ambulatorios	\$15 de copago	\$15 de copago
Servicios para radiología terapéutica (como radioterapia para el cáncer)	\$15 de copago	\$15 de copago
Ambulancia	\$15 de copago	\$15 de copago
Cuidado de emergencia	\$50 de copago (a nivel mundial)	
Servicios requeridos de urgencia	\$15 de copago (a nivel mundial)	\$15 de copago (a nivel mundial)
Máximo anual de gastos médicos de su bolsillo	Su plan tiene un máximo anual de gastos de su bolsillo de \$3,000 por cada año del plan que se contabiliza de manera combinada, dentro y fuera de la red	

Beneficios y programas adicionales que Medicare Original no cubre

	Dentro de la red	Fuera de la red
Examen médico de rutina	\$0 de copago; 1 por cada año del plan*	\$0 de copago; 1 por cada año del plan*
Cuidado de los pies - de rutina	\$15 de copago (Hasta 6 visitas por cada año del plan)*	\$15 de copago (Hasta 6 visitas por cada año del plan)*

	Dentro de la red	Fuera de la red
Audición - examen de rutina	\$0 de copago (1 examen cada 12 meses)*	\$0 de copago (1 examen cada 12 meses)*
Aparatos auditivos	El plan paga una asignación de hasta \$500 para aparatos auditivos, cada 3 años*.	El plan paga una asignación de hasta \$500 para aparatos auditivos, cada 3 años*.
Servicios para la vista - exámenes de la vista de rutina	\$0 de copago (1 examen cada 12 meses)*	\$0 de copago (1 examen cada 12 meses)*
Programa de acondicionamiento físico a través de SilverSneakers®	Manténgase activo con una membresía básica en un gimnasio participante, sin ningún costo adicional para usted.	
NurseLine	Hable con una enfermera titulada (RN) las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	
Visitas virtuales relacionadas con el comportamiento	Consulte y hable con profesionales de la salud mental específicos utilizando su computadora o un dispositivo móvil. Puede encontrar los profesionales de la salud mental que participan en el programa a través de Internet, en el sitio www.UHCRetiree.com .	
Visitas virtuales con el médico	Consulte y hable con médicos específicos mediante su computadora, teléfono celular o tableta. Puede encontrar los médicos que participan en el programa a través de Internet, en www.UHCRetiree.com .	

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

Medicamentos con receta

	Su costo	
Etapas de Cobertura Inicial	Farmacia de la red (suministro de 30 días en una farmacia minorista)	Farmacia con servicio de medicamentos por correo (suministro de 90 días)
Nivel 1: Genéricos preferidos	\$5 de copago	\$10 de copago
Nivel 2: De marca preferidos	\$20 de copago	\$40 de copago
Nivel 3: Medicamentos no preferidos	\$40 de copago	\$80 de copago
Nivel 4: Nivel de especialidad	\$40 de copago	\$80 de copago
Etapas sin Cobertura	Una vez que el costo total de sus medicamentos alcance \$4,020, el plan continúa pagando la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte.	
Etapas de Cobertura de Gastos Médicos Mayores	Una vez que los gastos de su bolsillo (lo que usted paga, que incluye pagos del programa de descuento para la Etapa sin Cobertura) alcancen el límite de \$6,350 correspondiente al año del plan, usted pasa a la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores. En esta etapa, usted seguirá pagando el mismo costo compartido que pagó durante la Etapa de Cobertura Inicial.	

El patrocinador de su plan decidió ofrecer cobertura adicional para algunos medicamentos con receta que normalmente no tienen cobertura en su Lista de Medicamentos (Formulario). Consulte la lista titulada Cobertura Adicional de Medicamentos para obtener más información.

Los planes están asegurados a través de UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus compañías afiliadas, una organización Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare y un patrocinador de la Parte D aprobado por Medicare. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare.

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. Es posible que los beneficios, la prima, los copagos o los coseguros sean modificados 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 se dejó en blanco de manera intencional.

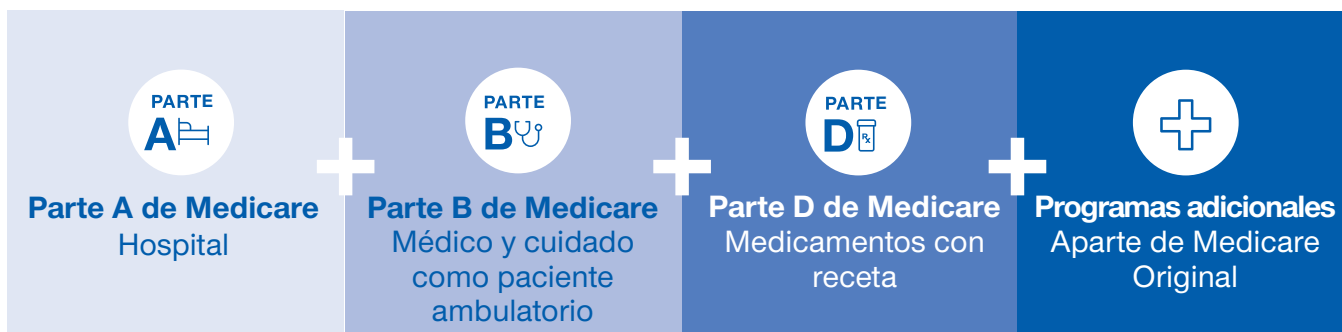
Detalles del Plan

UnitedHealthcare® Group Medicare Advantage (PPO)

Su empleador o patrocinador del plan ha seleccionado un plan UnitedHealthcare® Group Medicare Advantage. La palabra “grupo” significa que es un plan diseñado específicamente para un empleador o un patrocinador del plan, como el suyo. Solamente los jubilados que cumplen los requisitos de su empleador o del patrocinador del plan pueden inscribirse en este plan.

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

Cobertura de Medicare Advantage



Asegúrese de saber qué partes de Medicare tiene



Debe tener derecho a la Parte A de Medicare o estar inscrito en la Parte B de Medicare para inscribirse en este plan.

- Si usted no está seguro de estar inscrito en la Parte B de Medicare, consulte con el Seguro Social. Visite www.ssa.gov/locator o llame al **1-800-772-1213**, TTY **1-800-325-0778**, de 7 a.m. a 7 p.m., hora local, de lunes a viernes.
- Usted debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare para cumplir los requisitos de participación de este plan patrocinado por un grupo. Si deja de pagar la prima de la Parte B de Medicare, es posible que se cancele su inscripción en este plan.

Cómo funciona su plan Medicare Advantage de grupo

Las siguientes son las reglas de Medicare 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

- Usted solamente puede estar inscrito en un plan Medicare Advantage y en un plan de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare a la vez.
- El último plan en el que se inscriba es el plan que los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Medicare & Medicaid Services, CMS) consideran su decisión definitiva.
- Si usted se inscribe en otro plan Medicare Advantage o en un plan de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare independiente después de su inscripción en este plan patrocinado por un grupo, se cancelará su inscripción en estos planes.
- También se cancelará la inscripción en el plan patrocinado por un grupo de todos los familiares que cumplan los requisitos. Esto significa que usted y su familia no tendrán cobertura hospitalaria, médica ni de medicamentos a través de su empleador o patrocinador del plan.



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

Visítenos en Internet en cualquier momento

www.UHCRetiree.com

Llamada gratuita: **1-877-714-0178**, TTY **711**

De 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana

Cómo funciona su cobertura médica

Su plan es un plan de una Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, 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 participe en Medicare o no haya sido excluido de Medicare.

	Dentro de la red	Fuera de la red
¿Puedo seguir consultando a mi médico o especialista?	Sí	Sí, siempre y cuando participe en Medicare y acepte el plan ¹ .
¿Cuál es mi copago o coseguro?	Los copagos y coseguros varían según el servicio ² .	
¿Tengo que elegir un proveedor de cuidado primario (primary care provider, 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 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 reciba ² .	
¿Hay un límite en mis gastos en servicios médicos por 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 la facturación del saldo cuando consulte a proveedores de cuidado de la salud que participen en Medicare.	

¹ Esto 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.

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

Consulte la información de su plan en Internet



Una vez que reciba su tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare, podrá crear su cuenta segura en Internet en: **www.UHCRetiree.com**

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

Cómo funciona su cobertura de medicamentos con receta

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

Respuestas a preguntas frecuentes



¿Qué farmacias puedo usar?

Puede elegir entre más de 67,000 farmacias de cadenas nacionales, regionales y farmacias minoristas locales e independientes.



¿Qué es el nivel de costo de un medicamento?

Los medicamentos están divididos en diferentes niveles de costos. Por lo general, cuanto más bajo sea el nivel del medicamento, menos paga.



¿Cuánto pagaré por mis medicamentos con receta?

Lo que usted pague dependerá de la cobertura que haya acordado su empleador o patrocinador del plan y del nivel de costo al que esté asignado su medicamento con receta. Su costo también puede cambiar durante el año según el costo total de los medicamentos con receta que haya surtido¹.



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

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

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

Visítenos en Internet en cualquier momento

www.UHCRetiree.com

Llamada gratuita: **1-877-714-0178**, TTY **711**

De 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana


Maneras de ahorrar en sus medicamentos con receta

Usted puede ahorrar en los medicamentos que toma habitualmente

Si prefiere la conveniencia de la farmacia de pedidos por correo, podría ahorrar tiempo y dinero si recibe sus medicamentos de mantenimiento a través de la entrega a domicilio de OptumRx®. Recibirá recordatorios automáticos de resurtidos y accederá a farmacéuticos con licencia si tiene preguntas.

Obtenga un suministro de 3 meses¹ en farmacias minoristas

Además de la entrega a domicilio de OptumRx®, la mayoría de las farmacias minoristas ofrecen suministros de 3 meses para algunos medicamentos con receta.

Consulte su Directorio de Farmacias de UnitedHealthcare para ver si una farmacia minorista ofrece suministros de 3 meses, que se indican con un símbolo . Hay un Directorio de Farmacias disponible en Internet, en:

www.UHCRetiree.com

Para solicitar un Directorio impreso, llame gratis a Servicio al Cliente al:

1-877-714-0178, TTY 711, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana

Pregúntele a su médico por los suministros de prueba

Un suministro de prueba le permite surtir una receta para menos de 30 días. De esta manera usted puede pagar un copago o coseguro reducido y asegurarse de que el medicamento le dé resultado antes de comprar el suministro para un mes completo.

Explore opciones de menor costo

Cada medicamento cubierto de su Lista de Medicamentos está asignado a un nivel de costo de medicamento. Por lo general, cuanto más bajo sea el nivel del medicamento, menos paga. Si usted está tomando un medicamento de un nivel más alto, sería conveniente que hable con su médico para preguntarle si hay un medicamento en un nivel más bajo que podría tomar.

Haga una revisión anual de medicamentos

Dedique algo de tiempo de la visita de bienestar anual para asegurarse de estar tomando solamente los medicamentos que necesita.

¹ Es posible que su empleador o patrocinador del plan le brinde cobertura durante más de 3 meses. Para obtener más información, consulte los Beneficios Importantes o el Resumen de Beneficios.

La promesa de ahorros de UnitedHealthcare



UnitedHealthcare tiene el compromiso de mantener sus medicamentos con receta a un costo bajo. Como miembro de UnitedHealthcare, usted tiene nuestra promesa de ahorros de que recibirá el precio más bajo disponible. Ese precio bajo puede ser su copago del plan, el precio minorista de la farmacia o nuestro precio contratado con la farmacia.



¿Qué es la Cantidad del Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso?

La Cantidad del Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso (Income-Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) es una cantidad que el Seguro Social determina que usted tal vez tenga que pagar, además de la prima mensual de su plan, si sus ingresos brutos ajustados modificados en su declaración de impuestos ante el Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en los dos últimos años se encuentra por encima de un cierto límite. Esta cantidad extra se paga directamente al Seguro Social, no a su plan. El Seguro Social se comunicará con usted si tiene que pagar una Cantidad del Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso.



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

Si, en cualquier momento después de comenzar a cumplir los requisitos de la Parte D de Medicare por primera vez, hay un período de al menos 63 días seguidos en los que usted no tiene cobertura de la Parte D de Medicare ni otra cobertura de medicamentos con receta acreditable, es posible que se aplique una multa. Cobertura acreditable es la cobertura de medicamentos con receta que es al menos tan buena como la que exige Medicare o mejor. 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, su empleador o patrocinador del plan tendrá que confirmar que usted ha tenido una cobertura continua de la Parte D de Medicare. Si su empleador o patrocinador del plan le pide información sobre su historial de cobertura de medicamentos con receta, responda lo más rápido posible para evitar una multa innecesaria.

Una vez que sea miembro, encontrará más información disponible en su Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC). Su Guía Rápida para Comenzar incluirá detalles sobre cómo acceder a su Evidencia de Cobertura.

Llame al Seguro Social para averiguar si califica para el programa Ayuda Adicional

Si sus ingresos son 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. Presentar una solicitud no cuesta nada, y usted puede volver a solicitar el programa cada año.



Llame gratis al **1-800-772-1213**, TTY **1-800-325-0778**, de 7 a.m. a 7 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

Con este plan, usted tiene la flexibilidad de consultar a médicos dentro o fuera de la red de UnitedHealthcare. Aunque no es obligatorio, es importante que tenga un proveedor de cuidado primario. A diferencia de la mayoría de los planes PPO, con este plan, usted paga el mismo costo compartido dentro y fuera de la red, siempre y cuando los proveedores participen en Medicare y acepten el plan. Con su plan UnitedHealthcare® Group Medicare Advantage, usted está conectado con programas, recursos, herramientas y personas que pueden ayudarle a llevar una vida más saludable.



Buscar un médico es fácil

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

¿Por qué debería usar un médico de la red de UnitedHealthcare?

Trabajamos estrechamente con nuestra red de médicos para darles acceso a los recursos y las herramientas que pueden ayudarles a colaborar con usted para tomar mejores decisiones sobre el cuidado de la salud.



Surtir sus recetas es conveniente

UnitedHealthcare tiene una red con más de 67,000 cadenas nacionales, regionales y locales, así como farmacias minoristas locales independientes¹.

¹ Datos de informes internos 2019

Visítenos en Internet en cualquier momento

www.UHCRetiree.com

Llamada gratuita: **1-877-714-0178**, TTY **711**

De 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana

Aproveche el apoyo y los programas adicionales de UnitedHealthcare



Visita de bienestar anual¹ y muchos servicios preventivos a \$0 de copago

Una visita de bienestar anual con su médico es una de las mejores maneras de mantenerse al día con su salud. Junto con su médico, pueden identificar las pruebas de detección preventivas que necesite, revisar sus medicamentos y hablar de cualquier duda sobre su salud. Usted incluso podría recibir una recompensa por realizar la visita de bienestar anual.



Disfrute de una visita de cuidado preventivo en la privacidad de su domicilio

Con HouseCalls de UnitedHealthcare®, usted recibe una visita anual a domicilio de uno de nuestros profesionales de cuidado de la salud sin costo adicional. La visita del programa HouseCalls está diseñada para apoyar (pero sin reemplazar) el cuidado que le brinda su médico habitual. Qué esperar de una visita de HouseCalls:

- Un profesional de cuidado de la salud experto revisará su historial médico y sus medicamentos actuales, le realizará exámenes de salud, le ayudará a identificar los riesgos para la salud y le proporcionará información educativa sobre la salud
- Usted puede hablar sobre sus dudas de salud y hacer las preguntas que no había tenido tiempo de hacer antes
- HouseCalls enviará un resumen de la visita a usted y a su proveedor de cuidado primario para que tengan esta información adicional sobre su salud

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



Usted nunca está solo con NurseLine

Las dudas y preguntas acerca de la salud pueden surgir en cualquier momento. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, NurseLine le da acceso a una enfermera titulada que puede ayudarle con las dudas y preguntas repentinas que tenga acerca de su salud, tales como:

- Preguntas sobre un medicamento
- Búsqueda de un médico o especialista
- Información para comprender una condición de salud en curso o un nuevo diagnóstico



Visitas virtuales

Consulte a un médico o un especialista en salud del comportamiento a través de su computadora, tableta o teléfono inteligente. Con las visitas virtuales, usted puede tener una conversación por video, a través de Internet y en directo, mediante su computadora, tableta o teléfono inteligente, en cualquier momento, de día o de noche. Primero tendrá que registrarse y luego programar una cita. En su tableta o teléfono inteligente, puede descargar las aplicaciones Doctor on Demand o Amwell.

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 al médico son buenas para cuestiones 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

¹ Si se necesitan pruebas adicionales, es posible que haya un copago o un coseguro.

Visitas virtuales de salud del comportamiento

Las visitas virtuales de salud del comportamiento podrían ser la mejor opción para:

- Una evaluación inicial
- Manejo de medicamentos
- Adicción
- Depresión
- Trauma y pérdida
- Estrés o ansiedad



Programas especiales para personas con necesidades de salud complejas o crónicas

UnitedHealthcare ofrece programas especiales para ayudar a los miembros que viven con enfermedades crónicas, tales como diabetes o enfermedades cardíacas. Usted recibe atención personal y los médicos reúnen información actualizada que les ayudarán a tomar decisiones.



Haga que el cuidado de un ser querido sea más fácil

Sin costo adicional, el programa Solutions for Caregivers les brinda información, educación, recursos y planificación del cuidado a usted, su familia y sus seres queridos para apoyarlos.

- Obtenga consejos útiles y ayuda para encontrar servicios y programas de parte de un administrador de cuidado de la salud profesional
- Reciba un plan de cuidado personalizado con recomendaciones y recursos
- Pídale a una enfermera titulada que realice una evaluación en persona de su situación si es necesario



Escuche los momentos que más le importan con aparatos auditivos programados a medida

Su salud auditiva es importante para su bienestar general y puede ayudarle a mantenerse conectado con quienes le rodean. Con UnitedHealthcare Hearing, tendrá acceso para recibir un examen de audición* y una amplia selección de aparatos auditivos programados a medida —disponibles en persona en cualquiera de nuestros 5,000** proveedores de UnitedHealthcare Hearing de todo el país** o a través de la entrega a domicilio— para que usted reciba el cuidado que necesita para oír mejor y aprovechar la vida al máximo.



Y mucho más para ayudarle a llevar una vida más saludable

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

* Nuestra red tiene otros proveedores de exámenes de audición a su disposición. Su plan incluye beneficios por la cobertura de aparatos auditivos fuera de la red de UnitedHealthcare Hearing. Consulte el plan para conocer los detalles.

** Datos internos 2019 de UnitedHealthcare

Herramientas y recursos para tomar el control



Obtenga información valiosa de su plan en Internet

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

- Consultar la información más actualizada sobre sus reclamos
- Revisar información sobre beneficios y los materiales del plan
- Imprimir una tarjeta temporal de ID de miembro y solicitar una nueva
- Buscar médicos de la red
- Buscar farmacias
- Buscar medicamentos y averiguar cuánto cuestan con su plan
- Obtener más información sobre temas de salud y bienestar e inscribirse en desafíos saludables relacionados con sus intereses y metas
- Suscribirse para recibir su Explicación de Beneficios por Internet



Comience a hacer actividad física y diviértase con una membresía a gimnasios

Diseñado para todos los niveles y aptitudes de acondicionamiento físico, SilverSneakers® incluye:

- Acceso a equipos para hacer ejercicio
- Clases grupales y otros servicios en más de 16,000 gimnasios¹
- Clases exclusivas dirigidas por instructores certificados que están capacitados específicamente en el acondicionamiento físico de adultos.

Las clases, los equipos, los centros y los servicios pueden variar según el lugar.



Vaya más allá de los beneficios del plan para aprovechar su vida al máximo

Todos queremos llevar una vida más saludable y feliz, y Renew de UnitedHealthcare puede ser una buena guía². Renew, nuestra experiencia de salud y bienestar solo para miembros, incluye:

- Consejos que inspiran a tener un estilo de vida saludable, páginas para colorear, biblioteca de recetas, música por Internet
- Herramientas y pasatiempos interactivos
- Cursos de aprendizaje, novedades de salud, artículos y videos, biblioteca de temas de salud
- Recompensas

Como miembro de UnitedHealthcare, puede iniciar sesión en su sitio web para miembros y explorar todo lo que Renew tiene para ofrecer.

¹ Se ofrecen paquetes para uso domiciliario para los miembros que quieren comenzar a entrenar en su domicilio o para quienes no pueden trasladarse hasta un gimnasio debido a una lesión, enfermedad o por estar reclusos en el domicilio.

² Renew de UnitedHealthcare no está disponible en todos los planes.

Resumen de Beneficios 2020



Descripción general de su plan

UnitedHealthcare® Group Medicare Advantage (PPO)

Nombre del grupo (patrocinador del plan): City of Hialeah
Número del grupo: 13977

H2001-816-000

Consulte esta guía y aproveche las ventajas que le ofrecen las coberturas de medicamentos y servicios para el cuidado de la salud que obtiene con este plan.

Llame a Servicio al Cliente o visite nuestro sitio en Internet para obtener más información sobre este plan.



Llamada gratuita: **1-877-714-0178, TTY 711**

De 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana



www.UHCRetiree.com



Resumen de Beneficios

Del 1 de enero de 2020 al 31 de diciembre de 2020

La información sobre beneficios que aquí se incluye es un resumen de qué es lo que cubrimos y qué es lo que a usted le corresponde pagar. No indica todos los servicios que cubrimos ni indica todas las limitaciones y exclusiones. La Evidencia de Cobertura (EOC) incluye una lista completa de los servicios que cubrimos. Puede consultarla por Internet en www.UHCRetiree.com, o bien puede llamar a Servicio al Cliente si tiene alguna pregunta. Al inscribirse en el plan recibirá información indicándole dónde debe ir en Internet para ver su Evidencia de Cobertura.

Información de su plan.

UnitedHealthcare® Group Medicare Advantage (PPO) es un plan Medicare Advantage de una Organización de Proveedores Preferidos (PPO) que tiene un contrato con Medicare.

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

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

Información sobre los proveedores y las farmacias de la red.

UnitedHealthcare® Group Medicare Advantage (PPO) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Puede consultar a cualquier proveedor (dentro o fuera de la red) por el mismo costo compartido, siempre y cuando acepten el plan y participen en el programa Medicare, o no hayan sido excluidos o imposibilitados de participar en él. 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 www.UHCRetiree.com para buscar un proveedor o una farmacia de la red en 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.

UnitedHealthcare® Group Medicare Advantage (PPO)

Primas y beneficios	Dentro de la red	Fuera de la red
Prima mensual del plan	Comuníquese con el administrador de beneficios de su plan grupal para determinar la cantidad real de la prima, si corresponde.	
Máximo de gastos de su bolsillo (no incluye cobertura de medicamentos con receta)	<p>Su plan tiene un máximo anual de gastos de su bolsillo de \$3,000 por cada año del plan que se contabiliza de manera combinada, dentro y fuera de la red.</p> <p>Si usted alcanza el límite de gastos de su bolsillo, seguirá obteniendo los servicios médicos y hospitalarios que tengan cobertura y nosotros pagaremos el costo total durante el resto del año.</p> <p>Tenga en cuenta que usted todavía tendrá que pagar las primas mensuales, si corresponde, y el costo compartido de los medicamentos con receta de la Parte D.</p>	

UnitedHealthcare® Group Medicare Advantage (PPO)

Beneficios		Dentro de la red	Fuera de la red
Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados¹		\$0 de copago por cada estadía	\$0 de copago por cada estadía
		Nuestro plan cubre un número de días ilimitado en el caso de una estadía en hospital como paciente hospitalizado.	
Cuidado hospitalario para pacientes ambulatorios¹ Se aplicará un costo compartido por los servicios adicionales cubiertos por el plan.	Centro de cirugía ambulatoria (ASC)	\$0 de copago	\$0 de copago
	Cirugía para pacientes ambulatorios	\$0 de copago	\$0 de copago
	Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso observación	\$0 de copago	\$0 de copago
Visitas al médico	Médico de cuidado primario	\$15 de copago	\$15 de copago
	Especialistas ¹	\$15 de copago	\$15 de copago
Cuidado preventivo	Con cobertura de Medicare	\$0 de copago	\$0 de copago
		Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal Asesoramiento para reducir el uso indebido de alcohol Visita de "Bienestar" anual Medición de masa ósea Examen de detección de cáncer de seno (mamografías) Enfermedades cardiovasculares (terapia conductual) Exámenes cardiovasculares Pruebas de detección de cáncer del cuello uterino y de la vagina Exámenes de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, análisis de sangre oculta en la materia fecal, sigmoidoscopia flexible) Evaluación de depresión Pruebas de detección y control de la diabetes Prueba de detección de hepatitis C Prueba de detección del VIH Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Servicios de terapia de nutrición clínica Programa para la Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP) Evaluación y asesoramiento sobre obesidad Exámenes de detección de cáncer de próstata (PSA) Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento para prevenirlas	

Beneficios		Dentro de la red	Fuera de la red
		<p>Asesoramiento para dejar de fumar o de usar tabaco (para personas sin signos de enfermedad relacionada con el tabaco)</p> <p>Vacunas, entre ellas, antigripal, antineumocócica y contra la hepatitis B</p> <p>Visita preventiva “Bienvenido a Medicare” (una vez)</p> <hr/> <p>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%.</p>	
	Examen médico de rutina	\$0 de copago; 1 por cada año del plan*	\$0 de copago; 1 por cada año del plan*
Cuidado de emergencia		<p>\$50 de copago (mundial)</p> <p>Si se le admite al hospital en un plazo no mayor de 24 horas, le corresponderá pagar el copago hospitalario para pacientes hospitalizados en lugar del copago para casos de emergencia. Consulte la sección “Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados” de esta guía para ver otros costos.</p>	
Servicios requeridos de urgencia		<p>\$15 de copago (mundial)</p> <p>Si se le admite al hospital en un plazo no mayor de 24 horas, le corresponderá pagar el copago 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>	<p>\$15 de copago (mundial)</p> <p>Si se le admite al hospital en un plazo no mayor de 24 horas, le corresponderá pagar el copago 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 y radiología, y radiografías	Servicios de radiodiagnóstico (p. ej., imágenes por resonancia magnética [MRI]) ¹	\$15 de copago	\$15 de copago
	Servicios de laboratorio ¹	\$15 de copago	\$15 de copago
	Pruebas y procedimientos de diagnóstico ¹	\$15 de copago	\$15 de copago
	Radiología terapéutica ¹	\$15 de copago	\$15 de copago
	Radiografías para pacientes ambulatorios ¹	\$15 de copago	\$15 de copago

Beneficios		Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios para la audición	Examen para diagnosticar y tratar problemas de la audición y el equilibrio ¹	\$0 de copago	\$0 de copago
	Examen de audición de rutina	\$0 de copago (1 examen cada 12 meses)*	\$0 de copago (1 examen cada 12 meses)*
	Aparatos auditivos	El plan paga una asignación de hasta \$500 para aparatos auditivos, cada 3 años*.	El plan paga una asignación de hasta \$500 para aparatos auditivos, cada 3 años*.
Servicios para la vista	Exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de los ojos ¹	\$0 de copago	\$0 de copago
	Artículos para la vista después de una cirugía de cataratas	\$0 de copago	\$0 de copago
	Exámenes de la vista de rutina	\$0 de copago (1 examen cada 12 meses)*	\$0 de copago (1 examen cada 12 meses)*
Salud mental	Visita para pacientes hospitalizados ¹	\$0 de copago por cada estadía	\$0 de copago por cada estadía
		Nuestro plan cubre un número de días ilimitado en el caso de una estadía en hospital como paciente hospitalizado.	
	Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios ¹	\$15 de copago	\$15 de copago
	Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios ¹	\$15 de copago	\$15 de copago
Centro de Enfermería Especializada (SNF)¹		\$0 de copago por día: del día 1 al 20 \$75 de copago por día: del día 21 al 100	\$0 de copago por día: del día 1 al 20 \$75 de copago por día: del día 21 al 100
		Nuestro plan cubre hasta 100 días en un Centro de Enfermería Especializada.	
	Visita de fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje¹	\$15 de copago	\$15 de copago
	Ambulancia²	\$15 de copago	\$15 de copago
	Transporte de rutina	Sin cobertura	

Beneficios		Dentro de la red	Fuera de la red
Medicamentos de la Parte B de Medicare	Medicamento para quimioterapia ¹	\$0 de copago	\$0 de copago
	Otros medicamentos de la Parte B ¹	\$0 de copago	\$0 de copago

Medicamentos con receta

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

El patrocinador de su plan pone a su disposición la 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 www.UHCRetiree.com, o llamar a Servicio al Cliente y pedir que le envíen una copia impresa.

El patrocinador de su plan decidió ofrecer cobertura adicional para algunos medicamentos con receta que normalmente no tienen cobertura en su Formulario. Consulte la lista titulada Cobertura Adicional de Medicamentos para obtener más información.

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

Etapa 1: Deducible Anual por Medicamentos con Receta	Esta etapa de pago no corresponde en su caso ya que su 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 un mes	Suministro de tres meses
Nivel 1: Genéricos preferidos	\$5 de copago	\$10 de copago
Nivel 2: De marca preferidos	\$20 de copago	\$40 de copago
Nivel 3: Medicamentos no preferidos	\$40 de copago	\$80 de copago
Nivel 4: Nivel de especialidad	\$40 de copago	\$80 de copago
Etapa 3: Etapa sin Cobertura	Una vez que el costo total de sus medicamentos alcance \$4,020, el plan continúa pagando la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte.	
Etapa 4: Cobertura de Gastos Médicos Mayores	Una vez que los gastos de su bolsillo (lo que usted paga, que incluye pagos del programa de descuento para la Etapa sin Cobertura) alcancen el límite de \$6,350 correspondiente al año del plan, usted pasa a la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores. En esta etapa, usted seguirá pagando el mismo costo compartido que pagó durante la Etapa de Cobertura Inicial.	

Beneficios adicionales		Dentro de la red	Fuera de la red
Cuidado quiropráctico	Manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación ¹	\$15 de copago	\$15 de copago
Manejo de la diabetes	Suministros para controlar la diabetes ¹	<p>\$0 de copago</p> <p>Cubrimos solamente las marcas Accu-Chek® y OneTouch®. Entre los medidores de glucosa con cobertura se incluyen: OneTouch Verio® Flex, Accu-Chek® Guide Me, Accu-Chek® Guide y Accu-Chek® Aviva Plus. Tiras para medir la glucosa: OneTouch Verio®, OneTouch Ultra®, Accu-Chek® Guide, Accu-Chek® Aviva Plus, Accu-Chek® SmartView y Accu-Chek® Compact Plus. Su plan no cubre otras marcas.</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>Cubrimos solamente las marcas Accu-Chek® y OneTouch®. Entre los medidores de glucosa con cobertura se incluyen: OneTouch Verio® Flex, Accu-Chek® Guide Me, Accu-Chek® Guide y Accu-Chek® Aviva Plus. Tiras para medir la glucosa: OneTouch Verio®, OneTouch Ultra®, Accu-Chek® Guide, Accu-Chek® Aviva Plus, Accu-Chek® SmartView y Accu-Chek® Compact Plus. Su plan no cubre otras marcas.</p>
	Glucómetros continuos (CGM) y suministros terapéuticos cubiertos por Medicare ¹	\$0 de copago	\$0 de copago
	Capacitación para el automanejo de la diabetes ¹	\$0 de copago	\$0 de copago
	Zapatos e insertos terapéuticos ¹	15% de coseguro	15% de coseguro
Equipo Médico Duradero (DME) y suministros relacionados	Equipo Médico Duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno) ¹	15% de coseguro	15% de coseguro
	Prótesis (por ejemplo, abrazaderas ortopédicas, extremidades artificiales) ¹	15% de coseguro	15% de coseguro

Beneficios adicionales

		Dentro de la red	Fuera de la red
Programa de acondicionamiento físico a través de SilverSneakers®		<p>El costo de la membresía es de \$0.</p> <p>Acceso a una membresía en gimnasios básica ofrecida a través de lugares que participan en SilverSneakers®.</p> <p>Si vive a 15 o más millas de un centro de acondicionamiento físico que tenga SilverSneakers, puede participar en el programa SilverSneakers Steps y elegir una de las cuatro opciones que mejor se adapte a su estilo de vida y estado físico: fuerza muscular, caminata, yoga o acondicionamiento físico general.</p>	
Cuidado de los pies (servicios de podiatría)	Exámenes y tratamiento de los pies ¹	\$15 de copago	\$15 de copago
	Cuidado de los pies de rutina*	\$15 de copago por cada visita (Hasta 6 visitas por año del plan)*	\$15 de copago por cada visita (Hasta 6 visitas por año del plan)*
Cuidado de la salud a domicilio¹		\$0 de copago	\$0 de copago
Cuidados paliativos		<p>Usted no paga nada por los cuidados paliativos recibidos de un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare. Es posible que usted tenga que pagar una parte del costo de los medicamentos y por el relevo del cuidador. Fuera de nuestro plan, los cuidados paliativos son cubiertos por Medicare Original.</p>	
NurseLine		<p>Hable con una enfermera titulada (RN) las 24 horas del día, los 7 días de la semana</p>	
Visita de terapia ocupacional¹		\$15 de copago	\$15 de copago
Servicios de tratamiento relacionado con opiáceos		\$0 de copago	\$0 de copago
Servicios para pacientes ambulatorios por abuso de sustancias	Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios ¹	\$15 de copago	\$15 de copago
	Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios ¹	\$15 de copago	\$15 de copago
Diálisis renal¹		\$15 de copago	\$15 de copago
Visitas virtuales relacionadas con el comportamiento		<p>Consulte y hable con profesionales de la salud mental específicos utilizando su computadora o un dispositivo móvil. Puede encontrar los profesionales de la salud mental que participan en el programa a través de Internet, en el sitio www.UHCRetiree.com.</p>	
Visitas virtuales con el médico		<p>Consulte y hable con médicos específicos mediante su computadora, teléfono celular o tableta. Puede encontrar los médicos que participan en el programa a través de Internet, en www.UHCRetiree.com.</p>	

¹ Algunos de los beneficios de la red mencionados pueden requerir que su proveedor obtenga preautorización. Nunca necesitará una preautorización para obtener servicios cubiertos por el plan de parte 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 por ambulancia terrestre y aérea, cubierto por Medicare, en situaciones que no son una emergencia. No se requiere autorización para una ambulancia en situaciones de emergencia.

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

Información necesaria

Los planes están asegurados a través de UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus compañías afiliadas, una organización Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare y un patrocinador de la Parte D aprobado por 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 el sitio <https://es.medicare.gov>, de otra manera puede obtener 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 Insurance Company cumple con las leyes federales referentes a derechos civiles y no discrimina en términos de raza, color de la piel, origen nacional, edad, discapacidad ni sexo.

ATENCIÓN: Si habla español (Spanish), hay servicios de asistencia de idiomas, sin cargo, a su disposición. Llame al 1-855-814-6894 (TTY: 711).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-814-6894 (TTY : 711)。

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.

Es posible que los beneficios, la prima, los copagos o los coseguros sean modificados cada año del plan.

Es posible que los medicamentos y los precios varíen entre las farmacias y están sujetos a cambios durante el año del plan. Los precios se basan en la cantidad surtida en la farmacia. La farmacia puede limitar las cantidades según su propia norma de suministro o según los requisitos de Límite de Cantidad del plan; si la receta excede cierto límite, las cantidades de los copagos podrían ser más altas.

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 utilizado la entrega a domicilio de OptumRx, para surtir sus medicamentos, usted debe aprobar la primera receta que su médico envíe directamente a OptumRx. Los medicamentos con una receta nueva que OptumRx envía deberían llegarle aproximadamente en diez 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 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, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

El servicio de Nurseline no se debe usar para necesidades de cuidado de urgencia o de emergencia. En caso de emergencia, llame al 911 o vaya 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 que le brinda su médico. La confidencialidad de su información de salud se mantiene de acuerdo con la ley. El acceso a este servicio está sujeto a las condiciones de uso.

La disponibilidad del programa SilverSneakers varía según el plan o el mercado. Consulte su Evidencia de Cobertura para más detalles. Consulte a un profesional de cuidado de la salud antes de comenzar un programa de ejercicios. Tivity Health y SilverSneakers son marcas registradas o marcas comerciales de Tivity Health, Inc. o sus subsidiarias o afiliadas en los Estados Unidos u otros países. © 2018. Todos los derechos reservados.

La compañía no trata a los miembros de manera diferente por motivos de sexo, edad, raza, color, discapacidad u origen nacional.

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

Internet: UHC_Civil_Rights@uhc.com

Correo: Civil Rights Coordinator. UnitedHealthcare Civil Rights Grievance. P.O. Box 30608 Salt Lake City, UTAH 84130

Debe enviar la queja dentro de los 60 días de haberse dado cuenta de lo ocurrido. Usted recibirá la decisión en un plazo de 30 días. Si no está de acuerdo con esta decisión, tendrá 15 días para pedirnos que la revisemos nuevamente.

Si necesita ayuda para presentar su queja, llame al número de teléfono gratuito para miembros que se encuentra en la portada de esta guía.

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

Internet: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Teléfono: Llamada gratuita: 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Correo: U.S. Dept. of Health and Human Services. 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201

Ofrecemos servicios gratuitos para ayudarle a que se comunique con nosotros. Por ejemplo, cartas en otros idiomas o en letra grande. O bien, usted puede pedir un intérprete. Para pedir ayuda, llame al número de teléfono gratuito para miembros que se encuentra en la portada de esta guía.

ATENCIÓN: Si habla **español (Spanish)**, hay servicios de asistencia de idiomas, sin cargo, a su disposición. Llame al número de teléfono gratuito que aparece en la portada de esta guía.

請注意：如果您說**中文 (Chinese)**，我們免費為您提供語言協助服務。請撥打本手冊封面所列的免付費會員電話號碼。

XIN LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng **Việt (Vietnamese)**, quý vị sẽ được cung cấp dịch vụ trợ giúp về ngôn ngữ miễn phí. Xin vui lòng gọi số điện thoại miễn phí dành cho hội viên trên trang bìa của tập sách này.

알림: **한국어(Korean)**를 사용하시는 경우 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 이 책자 앞 페이지에 기재된 무료 회원 전화번호로 문의하십시오.

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng **Tagalog (Tagalog)**, may makukuha kang mga libreng serbisyo ng tulong sa wika. Pakitawagan ang toll-free na numero ng telepono na nakalista sa harapan ng booklet na ito.

ВНИМАНИЕ: бесплатные услуги перевода доступны для людей, чей родной язык является **русским (Russian)**. Позвоните по бесплатному номеру телефона, указанному на лицевой стороне данной брошюры.

تنبيه: إذا كنت تتحدث **العربية (Arabic)**، فإن خدمات المساعدة اللغوية المجانية متاحة لك. يرجى الاتصال على رقم الهاتف المجاني للعضو الموجود في مقدمة هذا الكتيب.

ATANSYON: Si w pale **Kreyòl ayisyen (Haitian Creole)**, ou kapab benefisye sèvis ki gratis pou ede w nan lang pa w. Tanpri rele nimewo telefòn gratis pou manm yo ki sou kouvèti ti liv sa a.

ATTENTION : Si vous parlez **français (French)**, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Veuillez appeler le numéro de téléphone sans frais pour les affiliés figurant au début de ce guide.

UWAGA: Jeżeli mówisz po **polsku (Polish)**, udostępniliśmy darmowe usługi tłumacza. Prosimy zadzwonić pod bezpłatny członkowski numer telefonu podany na okładce tej broszury.

ATENÇÃO: Se você fala **português (Portuguese)**, contate o serviço de assistência de idiomas gratuito. Ligue gratuitamente para o número do membro encontrado na frente deste folheto.

ATTENZIONE: in caso la lingua parlata sia l'**italiano (Italian)**, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Si prega di chiamare il numero verde per i membri indicato all'inizio di questo libretto.

ACHTUNG: Falls Sie **Deutsch (German)** sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Bitte rufen Sie die gebührenfreie Rufnummer für Mitglieder auf der Vorderseite dieser Broschüre an.

注意事項 : 日本語 (**Japanese**) を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。本冊子の表紙に記載されているメンバー用フリーダイヤルにお電話ください。

توجه: اگر زبان شما **فارسی (Farsi)** است، خدمات امداد زبانی به طور رایگان در اختیار شما می باشد. لطفاً با شماره تلفن رایگان اعضا که بر روی جلد این کتابچه قید شده تماس بگیرید.
#

ध्यान दें: यदि आप **हिंदी (Hindi)** बोलते हैं, आपको भाषा सहायता सेवाएँ, नि:शुल्क उपलब्ध हैं। कृपया इस पुस्तिका के सामने के पृष्ठ पर सूचीबद्ध सदस्य टोल-फ्री फ़ोन नंबर पर कॉल करें।

CEEB TOOM: Yog koj hais Lus **Hmoob (Hmong)**, muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj. Thov hu tus tswv cuab xov tooj hu dawb teev nyob ntawm sab xub ntiag ntawm phau ntawv no.

ចំណាប់អារម្មណ៍: បើសិនអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ (**Khmer**) សេវាជំនួយភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ គឺមានសំរាប់អ្នក។ សូមទូរស័ព្ទទៅលេខសមាជិកឥតចេញថ្លៃ បានកត់នៅខាងមុខនៃកូនសៀវភៅនេះ។

PAKDAAR: Nu saritaem ti **Ilocano (Ilocano)**, ti serbisyo para ti baddang ti lengguahe nga awanan bayadna, ket sidadaan para kenyam. Pakitawagan iti miyembro toll-free nga number nga nakasurat iti sango ti libro.

DÍÍ BAA'ÁKONÍNÍZIN: Diné (Navajo) bizaad bee yánílti'go, saad bee áka'anída'awo'ígíí, t'áá jíik'eh, bee ná'ahóót'i'. T'áá shòqdí díí naaltsos bidáahgi t'áá jiik'eh naaltsos báha'dít'éhígíí béesh bee hane'í biká'ígíí bee hodíilnih.

OGOW: Haddii aad ku hadasho **Soomaali (Somali)**, adeegyada taageerada luqadda, oo bilaash ah, ayaad heli kartaa. Fadlan wac lambarka xubinta ee telefonka bilaashka ah ee ku qoran xagga hore ee buugyaraha.

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.



Lista de Medicamentos

Lista de Medicamentos

Esta es una lista alfabética parcial de los medicamentos con receta que cubre el plan desde el 1 de agosto de 2019. Esta lista puede cambiar a lo largo del año. Para obtener la información más completa y actualizada, llámenos o visítenos por Internet. 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 preferidos
 - Nivel 2: De marca preferidos
 - Nivel 3: Medicamentos no preferidos
 - Nivel 4: Nivel de especialidad
- Cada nivel tiene una cantidad de copago o coseguro diferente.
- Consulte el Resumen de Beneficios de esta 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 códigos en la lista. Los códigos y sus significados se muestran a continuación.

PA Preautorización	El plan necesita más información de su médico para asegurarse de que el medicamento está siendo utilizado correctamente para la condición médica cubierta por Medicare. Si no obtiene preaprobación, es posible que el medicamento no tenga cobertura.
QL Límites de cantidad	El plan solamente cubre una cierta cantidad de este medicamento por 1 copago. Los límites permiten garantizar que el medicamento se use de forma segura. Si su médico receta una cantidad que excede el límite, usted o su médico pueden pedir al plan que cubra la cantidad adicional.
ST Terapia escalonada	Es posible que 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 su médico piensa 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 cómo se use este medicamento, podría estar cubierto por la Parte B 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 ver si hay un medicamento alternativo disponible para tratar su condición.

T1 = Nivel 1

T2 = Nivel 2

T3 = Nivel 3

T4 = Nivel 4

LA Acceso limitado	La Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) solamente permite que ciertos centros o médicos administren este medicamento. Este medicamento puede requerir manejo adicional, coordinación médica 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 monitorear 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 receta una cantidad mayor que esta o piensa que el límite no es adecuado para su situación, usted o su médico pueden pedir 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 está destinado a minimizar 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 receta.

A

Abacavir Sulfate-Lamivudine (tableta oral), T1 - QL

Acamprosate Calcium (tableta oral de liberación retardada), T1

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 prolongada 12 horas), T1

Acyclovir (cápsula oral), T1

Acyclovir (tableta oral), T1

Adacel (suspensión para inyección intramuscular), T2

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

Advair HFA (aerosol para inhalación), T2 - QL

Aggrenox (cápsula oral de liberación prolongada 12 horas), T3 - QL

Albendazole (tableta oral), T1 - QL

Toallitas impregnadas en alcohol, T2

Alendronate Sodium (tableta oral), T1

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

Allopurinol (tableta oral), T1

Alosetron HCl (tableta oral), T1 - PA

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

Alrex (suspensión oftálmica), T3

Amantadine HCl (cápsula oral), T1

Ambrisentan (tableta oral), T1 - PA; LA; QL

Amiloride HCl (tableta oral), T1

Amiodarone HCl (tableta oral), T1

Letra remarcada = Medicamento de marca

Letra normal = Medicamento genérico

Esta es una lista alfabética parcial. No es una lista completa de los medicamentos con receta que cubrimos.

Amitiza (cápsula oral), T2 - QL

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), T1

Amphetamine-Dextroamphetamine (tableta oral), T1 - QL

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

Anagrelide HCl (cápsula oral), T1

Anastrozole (tableta oral), T1

Androderm (parche transdérmico 24 horas), T2

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, 300mcg/ml solución para inyección, 60mcg/ml solución para inyección), T4 - PA

Aranesp (Albumin Free) (10mcg/0.4ml jeringa precargada con solución para inyección, 25mcg/0.42ml jeringa precargada con solución para inyección, 40mcg/0.4ml jeringa precargada con solución para inyección), T3 - PA

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

Aripiprazole (tableta oral), T1 - QL

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

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

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

Atripla (tableta oral), T4 - QL

Atrovent HFA (solución en aerosol para inhalación), T3

Aubagio (tableta oral), T4 - LA; QL

Auryxia (tableta oral), T4 - PA

Avonex (30mcg kit para inyección intramuscular), T4

Avonex Pen (kit autoinyectable para inyección intramuscular), T4

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

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

Azelastine HCl (0.1% solución nasal, 0.15% solución nasal), T1

Azelastine HCl (solución oftálmica), T1

Azithromycin (paquete oral), T1

Azithromycin (tableta oral), T1

Azopt (suspensión oftálmica), T2

B

BRIVIACT (solución oral), T4 - PA; QL

BRIVIACT (tableta oral), T4 - PA; QL

Baclofen (tableta oral), T1

T1 = Nivel 1

T2 = Nivel 2

T3 = Nivel 3

T4 = Nivel 4

Esta es una lista alfabética parcial. No es una lista completa de los medicamentos con receta que cubrimos.

Balsalazide Disodium (cápsula oral), T1

Belsomra (tableta oral), T2 - QL

Benazepril HCl (tableta oral), T1 - QL

Benazepril-Hydrochlorothiazide (tableta oral), T1 - QL

Benzotropine Mesylate (tableta oral), T1 - PA; HRM

Bepreve (solución oftálmica), T3

Berinert (kit para inyección intravenosa), T4 - PA; LA

Betaseron (kit para inyección subcutánea), T4

Bethanechol Chloride (tableta oral), T1

Betimol (solución oftálmica), T3

Bevespi Aerosphere (aerosol para inhalación), T3 - ST

Bicalutamide (tableta oral), T1

Binosto (tableta oral efervescente), T3

Bisoprolol Fumarate (tableta oral), T1

Bisoprolol-Hydrochlorothiazide (tableta oral), T1 - QL

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

Brilinta (tableta oral), T2 - QL

Brimonidine Tartrate (0.15% solución oftálmica), T1

Brimonidine Tartrate (0.2% solución oftálmica), T1

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

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

Bumetanide (tableta oral), T1

Buprenorphine (10mcg/h parche transdérmico semanal, 15mcg/h parche transdérmico semanal, 20mcg/h parche transdérmico semanal, 5mcg/h parche transdérmico semanal), T1 - 7D; DL; QL

Buprenorphine (7.5mcg/h parche transdérmico semanal), T2 - 7D; DL; QL

Buprenorphine HCl (tableta 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 tabaco), 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

Butrans (parche transdérmico semanal), T2 - 7D; DL; QL

Bydureon (pluma precargada para inyección subcutánea), T3 - QL

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

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

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

Bystolic (tableta oral), T2 - QL

C

Cabergoline (tableta oral), T1

Calcitriol (ungüento para uso externo), T1

Calcitriol (cápsula oral), T1 - B/D, PA

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

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

Captopril (tableta oral), T1 - QL

Carafate (suspensión oral), T3

Letra remarcada = Medicamento de marca

Letra normal = Medicamento genérico

Esta es una lista alfabética parcial. No es una lista completa de los medicamentos con receta que cubrimos.

Carafate (tableta oral), T3

Carbamazepine (tableta oral de liberación inmediata), T1

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

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

Carbidopa-Levodopa-Entacapone (tableta oral), T1

Carvedilol (tableta oral), T1

Cayston (solución reconstituida para inhalación), T4 - PA; LA

Cefuroxime Axetil (tableta oral), T1

Celecoxib (cápsula oral), T1 - QL

Cephalexin (cápsula oral), T1

Cephalexin (tableta oral), T1

Chantix (tableta oral), T2

Chlorhexidine Gluconate (solución bucal), T1

Chlorthalidone (tableta oral), T1

Cholestyramine Light (polvo oral), T1

Cilostazol (tableta oral), T1

Cimetidine (tableta oral), T1

Ciprodex (suspensión ótica), T2

Ciprofloxacin HCl (250mg tableta oral de liberación inmediata, 500mg tableta oral de liberación inmediata, 750mg tableta oral de liberación inmediata), T1

Citalopram Hydrobromide (tableta oral), T1

Clarithromycin (tableta oral de liberación inmediata), T1

Clenpiq (solución oral), T2

Climara Pro (parche transdérmico semanal), T3 - PA; HRM

Clonazepam (tableta oral), T1 - QL

Clonidine (parche transdérmico semanal), T1

Clonidine HCl (tableta oral de liberación inmediata), T1

Clopidogrel Bisulfate (75mg tableta oral), T1 - QL

Clozapine (tableta oral), T1

Clozapine ODT (tableta oral dispersable), T1

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

Colchicine (0.6mg tableta oral) (Colcrys equivalente de marca), T2 - QL

Combigan (solución oftálmica), T2

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

Comtan (tableta oral), T4

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

Cosentyx 300 Dose (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea), T4 - PA; LA

Cosopt PF (solución oftálmica), T3

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

Crestor (tableta oral), T3 - QL Crixivan (cápsula oral), T2 - QL

Cromolyn Sodium (solución para nebulizador para inhalación), T1 - B/D, PA

Cromolyn Sodium (concentrado oral), T1

Cyclophosphamide (cápsula oral), T1 - B/D, PA

Cyproheptadine HCl (tableta oral), T1 - PA; HRM

D

Daliresp (tableta oral), T3 - PA

Dapsone (gel para uso externo), T1

Dapsone (tableta oral), T1

Deferasirox (tableta oral soluble), T1 - PA

Desmopressin Acetate (tableta oral), T1

T1 = Nivel 1

T2 = Nivel 2

T3 = Nivel 3

T4 = Nivel 4

Esta es una lista alfabética parcial. No es una lista completa de los medicamentos con receta que cubrimos.

Dexilant (cápsula oral de liberación retardada), T3 - QL

Diazepam (tableta oral), T1 - QL
Diclofenac Potassium (tableta oral), T1
Diclofenac Sodium (tableta oral de liberación retardada), T1
Dicyclomine HCl (cápsula oral), T1 - HRM
Dicyclomine HCl (tableta oral), T1 - HRM
Digoxin (125mcg tableta oral), T1 - HRM; QL
Digoxin (250mcg tableta oral), T1 - PA; HRM
Dihydroergotamine Mesylate (solución nasal), T1 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
Diphenoxylate-Atropine (tableta oral), T1 - PA; HRM
Disulfiram (tableta oral), T1
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 (10mg tableta oral, 5mg tableta oral), T1 - QL
Donepezil HCl ODT (tableta oral dispersable), T1 - QL

Dorzolamide HCl-Timolol Maleate (solución oftálmica), T1
Doxazosin Mesylate (tableta oral), T1
Doxycycline Hyclate (100mg tableta oral de liberación inmediata, 150mg tableta oral de liberación inmediata, 20mg tableta oral de liberación inmediata, 75mg tableta oral de liberación inmediata), T1
Doxycycline Hyclate (cápsula oral), T1
Dronabinol (cápsula oral), T1 - PA
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

Durezol (emulsión oftálmica), T2

Dutasteride (cápsula oral), T1

Dymista (suspensión nasal), T3

E

Edarbi (tableta oral), T3 - QL

Edarbyclor (tableta oral), T3 - QL

Eliquis (tableta oral), T2 - QL

Elmiron (cápsula oral), T4

Embeda (cápsula oral de liberación prolongada), T2 - 7D; MME; DL; QL

Enalapril Maleate (tableta oral), T1 - QL

Enalapril-Hydrochlorothiazide (tableta oral), T1 - QL

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

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

Entacapone (tableta oral), T1 Entecavir (tableta oral), T1

Epclusa (tableta oral), T4 - PA; QL

Eplerenone (tableta oral), T1

Letra remarcada = Medicamento de marca

Letra normal = Medicamento genérico

Esta es una lista alfabética parcial. No es una lista completa de los medicamentos con receta que cubrimos.

Epzicom (tableta oral), T4 - QL

Equetro (cápsula oral de liberación prolongada 12 horas), T3

Ergotamine-Caffeine (tableta oral), T1

Ertapenem Sodium (solución reconstituida para inyección), T1

Escitalopram Oxalate (tableta oral), T1

Estradiol (tableta oral), T1 - PA; HRM

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

Estradiol (crema vaginal), T1

Ethosuximide (cápsula oral), T1

Extavia (kit para inyección subcutánea), T4

Ezetimibe (tableta oral), T1

F

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

Farxiga (tableta oral), T3 - ST; QL

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

Fentanyl (100mcg/h parche transdérmico 72 horas, 12mcg/h parche transdérmico 72 horas, 25mcg/h parche transdérmico 72 horas, 50mcg/h parche transdérmico 72 horas, 75mcg/h parche transdérmico 72 horas), T1 - 7D; MME; DL; QL

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

Flovent Diskus (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración), T2

Flovent HFA (polvo en aerosol para inhalación), T2 - QL

Fluconazole (tableta oral), T1

Fluocinolone Acetonide (crema para uso externo), T1

Fluocinolone Acetonide (ungüento para uso externo), T1

Fluocinolone Acetonide (aceite ótico), T1

Fluphenazine HCl (tableta oral), T1

Fluticasone Propionate (crema para uso externo), T1

Fluticasone Propionate (loción para uso externo), T1

Fluticasone Propionate (ungüento para uso externo), T1

Fluticasone Propionate (suspensión nasal), T1

Forteo (solución para inyección subcutánea), T4 - PA

Furosemide (tableta oral), T1

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

Fycompa (suspensión oral), T4

Fycompa (tableta oral), T4

G

Gabapentin (cápsula oral), T1

Gabapentin (tableta oral), T1

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

Gemfibrozil (tableta oral), T1

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

Genotropin MiniQuick (solución reconstituida para inyección subcutánea), T4 - PA

Gentamicin Sulfate (solución oftálmica), T1

Gilenya (0.5mg cápsula oral), T4 - QL

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

Glimepiride (tableta oral), T1 - QL

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

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

Glucagen HypoKit (solución reconstituida para inyección), T3

Glucagon Emergency (kit para inyección), T2

T1 = Nivel 1

T2 = Nivel 2

T3 = Nivel 3

T4 = Nivel 4

Esta es una lista alfabética parcial. No es una lista completa de los medicamentos con receta que cubrimos.

Glyxambi (tableta oral), T2 - QL

Guanidine HCl (tableta oral), T2

H

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

Haloperidol (tableta oral), T1

Harvoni (tableta oral), T4 - PA; QL

Humalog (cartucho con solución para inyección subcutánea), T2

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

Humira (10mg/0.1ml kit de jeringa precargada para inyección, 10mg/0.2ml kit de jeringa precargada para inyección, 20mg/0.2ml kit de jeringa precargada para inyección, 40mg/0.4ml kit de jeringa precargada para inyección), T4 - PA

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

Humulin N (suspensión para inyección subcutánea), T2

Humulin R (solución para inyección), 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 (tableta oral), T1

Hydroxyurea (cápsula oral), T1

Hysingla ER (tableta oral de liberación prolongada 24 horas, disuasivo del abuso de sustancias), T2 - 7D; MME; DL; QL

I

Ibandronate Sodium (tableta oral), T1

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

Ilevro (suspensión oftálmica), T2

Imatinib Mesylate (tableta oral), T1 - PA; QL

Imiquimod (5% crema para uso externo), T1

Imiquimod Pump (3.75% crema para uso externo), T4 - PA

Imvexy Maintenance Pack (óvulo vaginal), T2 - PA; QL

Imvexy Starter Pack (óvulo vaginal), T2 - PA; QL

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

Intence (100mg tableta oral, 200mg tableta oral), T4 - QL

Invokamet (tableta oral de liberación inmediata), T2 - QL

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

Invokana (tableta oral), T2 - QL

Ipratropium Bromide (solución para inhalación), T1 - B/D, PA

Ipratropium Bromide (solución nasal), T1

Ipratropium-Albuterol (solución para inhalación), T1 - B/D, PA

Irbesartan (tableta oral), T1 - QL

Irbesartan-Hydrochlorothiazide (tableta oral), T1 - QL

Isentress (tableta oral), T4 - QL

Isoniazid (tableta oral), T1

Isosorbide Dinitrate (tableta oral de liberación inmediata), T1

Letra remarcada = Medicamento de marca

Letra normal = Medicamento genérico

Esta es una lista alfabética parcial. No es una lista completa de los medicamentos con receta que cubrimos.

Isosorbide Dinitrate ER (tableta oral de liberación prolongada), T1

Isosorbide Mononitrate (tableta oral de liberación inmediata), T1

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

Ivermectin (tableta oral), T1

J

Janumet (tableta oral de liberación inmediata), T2 - QL

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

Januvia (tableta oral), T2 - QL Jardiance (tableta oral), T2 - QL

Jentaduetto (tableta oral de liberación inmediata), T2 - QL

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

Jublia (solución para uso externo), T3

K

Kalydeco (50mg paquete oral, 75mg paquete oral), T4 - PA; LA

Kalydeco (tableta oral), T4 - PA; LA

Kazano (tableta oral), T3 - ST; QL

Ketoconazole (crema para uso externo), T1 - QL

Ketorolac Tromethamine (solución oftálmica), T1

Klor-Con 10 (tableta oral de liberación prolongada), T1

Klor-Con 8 (tableta oral de liberación prolongada), T1

Klor-Con M20 (tableta oral de liberación prolongada), T1

Kombiglyze XR (tableta oral de liberación prolongada 24 horas), T3 - QL

Korlym (tableta oral), T4 - PA; LA

L

Lactulose (10g/15ml solución oral), T1

Lactulose (paquete oral), T1

Lamivudine (100mg tableta oral), T1

Lamivudine (150mg tableta oral, 300mg tableta oral), T1 - QL

Lamotrigine (tableta oral de liberación inmediata), T1

Lantus (solución para inyección subcutánea), T2

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

Lastacaft (solución oftálmica), T2

Latanoprost (solución oftálmica), T1

Latuda (tableta oral), T4 - QL

Ledipasvir-Sofosbuvir (tableta oral), T4 - PA; QL

Leflunomide (tableta oral), T1

Letrozole (tableta oral), T1

Leucovorin Calcium (tableta oral), T1

Leukeran (tableta oral), T4

Levemir (solución para inyección subcutánea), T2

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

Levetiracetam (tableta oral de liberación inmediata), T1

Levocarnitine (tableta oral), T1

Levocetirizine Dihydrochloride (tableta oral), T1

Levofloxacin (tableta oral), T1

Levothyroxine Sodium (tableta oral), T1

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 Viscous (2% solución para la boca/garganta), T1

T1 = Nivel 1

T2 = Nivel 2

T3 = Nivel 3

T4 = Nivel 4

Esta es una lista alfabética parcial. No es una lista completa de los medicamentos con receta que cubrimos.

Lidocaine-Prilocaine (crema para uso externo), T1	Medroxyprogesterone Acetate (suspensión para inyección intramuscular), T1
Lindane (champú para uso externo), T1	Medroxyprogesterone Acetate (tableta oral), T1
Linzess (cápsula oral), T2 - QL	Meloxicam (tableta oral), T1
Liothyronine Sodium (tableta oral), T1	Memantine HCl (10mg tableta oral, 5mg tableta oral), T1 - PA; QL
Lisinopril (tableta oral), T1 - QL	Memantine HCl ER (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas), T1 - PA; QL
Lisinopril-Hydrochlorothiazide (tableta oral), T1 - QL	Mercaptopurine (tableta oral), T1
Lithium Carbonate (cápsula oral), T1	Meropenem (solución reconstituida para inyección intravenosa), T1
Lithium Carbonate ER (tableta oral de liberación prolongada), T1	Mesalamine (1.2g tableta oral de liberación retardada) (genérico para Lialda), T1 - QL
Lokelma (paquete oral), T3 - QL	Metformin HCl (tableta oral de liberación inmediata), T1 - QL
Loperamide HCl (cápsula oral), T1	Metformin HCl ER (tableta oral de liberación prolongada 24 horas) (genérico para Glucophage XR), T1 - QL
Lorazepam (tableta oral), T1 - QL	Methadone HCl (tableta oral), T1 - 7D; MME; DL; QL
Losartan Potassium (tableta oral), T1 - QL	Methazolamide (tableta oral), T1
Losartan Potassium-HCTZ (tableta oral), T1 - QL	Methimazole (tableta oral), T1
Lotemax (gel oftálmico), T3	Methotrexate (tableta oral), T1
Lotemax (ungüento oftálmico), T3	Methscopolamine Bromide (tableta oral), T1
Lotemax (suspensión oftálmica), T3	Methylodopa (tableta oral), T1 - PA; HRM
Lovastatin (tableta oral), T1 - QL	Methylphenidate HCl (tableta oral masticable), T1 - QL
Lumigan (solución oftálmica), T2	Methylphenidate HCl (tableta oral de liberación inmediata) (genérico para Ritalin), T1 - QL
Lupron Depot (1 mes) (kit para inyección intramuscular), T4 - PA	Metoclopramide HCl (tableta oral), T1
Lupron Depot (3 meses) (kit para inyección intramuscular), T4 - PA	Metoprolol Succinate ER (tableta oral de liberación prolongada 24 horas), T1
Lupron Depot (4 meses) (kit para inyección intramuscular), T4 - PA	Metoprolol Tartrate (100mg tableta oral, 25mg tableta oral, 50mg tableta oral), T1
Lupron Depot (6 meses) (kit para inyección intramuscular), T4 - PA	Metronidazole (crema para uso externo), T1
Luzu (crema para uso externo), T3 - QL	Metronidazole (gel para uso externo), T1
Lysodren (tableta oral), T4	
M	
Mavyret (tableta oral), T4 - PA; QL	
Meclizine HCl (12.5mg tableta oral), T1 - HRM	

Letra remarcada = Medicamento de marca

Letra normal = Medicamento genérico

Esta es una lista alfabética parcial. No es una lista completa de los medicamentos con receta que cubrimos.

Metronidazole (loción para uso externo), T1

Metronidazole (cápsula oral), T1

Metronidazole (tableta oral), T1

Minocycline HCl (cápsula oral), T1

Minocycline HCl (tableta oral de liberación inmediata), T1

Minoxidil (tableta oral), T1 Mirtazapine (tableta oral), T1

Mirtazapine ODT (tableta oral dispersable), T1

Misoprostol (tableta oral), T1

Modafinil (tableta oral), T1 - PA; QL

Mometasone Furoate (suspensión nasal), T1

Montelukast Sodium (tableta oral), T1 - QL

Morphine Sulfate ER (100mg cápsula oral de liberación prolongada 24 horas, 10mg cápsula oral de liberación prolongada 24 horas, 20mg cápsula oral de liberación prolongada 24 horas, 30mg cápsula oral de liberación prolongada 24 horas, 50mg cápsula oral de liberación prolongada 24 horas, 60mg cápsula oral de liberación prolongada 24 horas, 80mg cápsula oral de liberación prolongada 24 horas), T1 - 7D; MME; DL; QL

Morphine Sulfate ER (tableta oral de liberación prolongada) (genérico para MS Contin), T1 - 7D; MME; DL; QL

Morphine Sulfate ER Beads (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas) (genérico para Avinza), T1 - 7D; MME; DL; QL

Multaq (tableta oral), T2

Myrbetriq (tableta oral de liberación prolongada 24 horas), T2

N

Nadolol (tableta oral), T1

Naftin (crema para uso externo), T3

Naftin (gel para uso externo), T3

Naloxone HCl (0.4mg/ml solución para inyección), T1

Naloxone HCl (cartucho con solución para inyección), T1

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

Naltrexone HCl (tableta oral), T1

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

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

Naproxen (tableta oral de liberación inmediata), T1

Narcan (líquido nasal), T2

Neomycin-Polymyxin-HC (suspensión oftálmica), T1

Neomycin-Polymyxin-HC (suspensión ótica), T1

Nesina (tableta oral), T3 - ST; QL

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

Nevanac (suspensión oftálmica), T3

Niacin ER (antihiperlipidémico) (tableta oral de liberación prolongada), T1

Nicotrol (inhalador para inhalación), T3

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

Nitrofurantoin Monohydrate (genérico para Macrobid), T1 - HRM

Nitroglycerin (tableta sublingual), T1

Nitrostat (tableta sublingual), T3

Nizatidine (cápsula oral), T1

Norethindrone Acetate (5mg tableta oral), T1

Nortriptyline HCl (cápsula oral), T1 - PA; HRM

Nucynta ER (tableta oral de liberación prolongada 12 horas), T2 - 7D; MME; DL; QL

Nuedexta (cápsula oral), T3 - PA

T1 = Nivel 1

T2 = Nivel 2

T3 = Nivel 3

T4 = Nivel 4

Esta es una lista alfabética parcial. No es una lista completa de los medicamentos con receta que cubrimos.

Nutropin AQ NuSpin 10 (solución para inyección subcutánea), T4 - PA

Nutropin AQ NuSpin 20 (solución para inyección subcutánea), T4 - PA

Nutropin AQ NuSpin 5 (solución para inyección subcutánea), T4 - PA

Nystatin (crema para uso externo), T1

Nystatin (ungüento para uso externo), T1

Nystatin (polvo para uso externo), T1

O

Ofloxacin (solución oftálmica), T1

Ofloxacin (solución ótica), T1

Olanzapine (tableta oral), T1 - QL

Olmesartan Medoxomil (tableta oral), T1 - QL

Olmesartan Medoxomil-HCTZ (tableta oral), T1 - QL

Olmesartan-Amlodipine-HCTZ (tableta oral), T1 - QL

Olopatadine HCl (0.1% solución oftálmica), T1

Omega-3-Acid Ethyl Esters (cápsula oral) (genérico para Lovaza), T1

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 (tableta oral), T1 - B/D, PA

Ondansetron ODT (tableta oral dispersable), T1 - B/D, PA

Onglyza (tableta oral), T3 - QL Opsumit (tableta oral), T4 - PA; LA

Orenitram (0.125mg tableta oral de liberación prolongada), T3 - PA; LA

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; LA

Osetamivir Phosphate (cápsula oral), T1

Oseni (tableta oral), T3 - ST; QL

Osphena (tableta oral), T2 - PA; QL

Oxcarbazepine (tableta oral), T1

OxyContin (tableta oral de liberación prolongada 12 horas, disuasivo del abuso de sustancias), T2 - 7D; MME; DL; QL

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

Oxycodone HCl (cápsula oral), T1 - 7D; MME; DL; QL

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

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

Ozempic (pluma precargada con solución para inyección subcutánea), T2 - QL

P

Pantoprazole Sodium (tableta oral de liberación retardada), T1 - QL

Pazeo (solución oftálmica), T2

Pegasys (solución para inyección subcutánea), T4 - PA

Pegasys ProClick (solución para inyección subcutánea), T4 - PA

Penicillin V Potassium (tableta oral), T1

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

Permethrin (crema para uso externo), T1

Phenytoin Sodium Extended (cápsula oral), T1

Phoslyra (solución oral), T2

Picato (gel para uso externo), T2

Pilocarpine HCl (tableta oral), T1

Pimecrolimus (crema para uso externo), T1

Letra remarcada = Medicamento de marca

Letra normal = Medicamento genérico

Esta es una lista alfabética parcial. No es una lista completa de los medicamentos con receta que cubrimos.

Pioglitazone HCl (tableta oral), T1 - QL

Pomalyst (cápsula oral), T4 - PA

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

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

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

Pradaxa (cápsula oral), T3 - ST; 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 (tableta oral), T1

Premarin (crema vaginal), T2

Prezista (150mg tableta oral, 75mg tableta oral), T3 - QL

Prezista (600mg tableta oral, 800mg tableta oral), T4 - QL

Prezista (suspensión oral), T4 - QL

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

ProAir HFA (solución en aerosol para inhalación), T2

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

Proctosol HC (crema rectal), T1

Progesterone Micronized (cápsula oral), T1

Prolensa (solución oftálmica), T3

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

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

Q

Quetiapine Fumarate (tableta oral de liberación inmediata), 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

Ranitidine HCl (150mg tableta oral, 300mg tableta oral), T1

Ranitidine HCl (cápsula oral), T1

Rasagiline Mesylate (tableta oral), T1

Rasuvo (autoinyectable, solución para inyección subcutánea), T3 - PA

Rebif (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea), T4

Renagel (tableta oral), T4

Restasis (emulsión oftálmica), T2 - QL

Retacrit (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

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

Revlimid (cápsula oral), T4 - PA; LA

Reyataz (cápsula oral), T4 - QL

Reyataz (paquete oral), T4 - QL

Ribavirin (tableta oral), T1

T1 = Nivel 1

T2 = Nivel 2

T3 = Nivel 3

T4 = Nivel 4

Esta es una lista alfabética parcial. No es una lista completa de los medicamentos con receta que cubrimos.

Rifabutin (cápsula oral), T1
 Rifampin (cápsula oral), T1
 Riluzole (tableta oral), T1
 Risperidone (tableta oral), T1
 Ritonavir (tableta oral), T1 - QL
 Rivastigmine Tartrate (cápsula oral), T1
 Rizatriptan Benzoate (tableta oral), T1 - QL
 Rizatriptan Benzoate ODT (tableta oral dispersable), T1 - QL
 Ropinirole HCl (tableta oral de liberación inmediata), T1
 Rosuvastatin Calcium (tableta oral), T1 - QL

S

Sancuso (parche transdérmico), T4
Santyl (ungüento para uso externo), T3
Saphris (tableta sublingual), T4
Savella (tableta oral), T2
 Selegiline HCl (cápsula oral), T1
 Selegiline HCl (tableta oral), T1
Selzentry (150mg tableta oral, 300mg tableta oral, 75mg tableta oral), T4 - QL
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) (genérico para Renvela), T1
Shingrix (suspensión reconstituida para inyección intramuscular), T2 - PA
 Sildenafil Citrate (20mg tableta oral) (genérico para Revatio), T1 - PA
 Silodosin (cápsula oral), T1 - QL
 Silver Sulfadiazine (crema para uso externo), T1

Simbrinza (suspensión oftálmica), T2
 Simvastatin (tableta oral), T1 - QL
 Sodium Polystyrene Sulfonate (polvo oral), T1
 Sofosbuvir-Velpatasvir (tableta oral), T4 - PA; QL
 Solifenacin Succinate (tableta oral), T1 - QL
 Sotalol HCl (tableta oral), T1
Spiriva HandiHaler (cápsula para inhalación), T2 - QL
 Spironolactone (tableta oral), T1
Sprycel (tableta oral), T4 - PA
Stiolto Respimat (solución en aerosol para inhalación), T2
Suboxone (película sublingual), T3 - QL
 Sucralfate (tableta oral), T1
 Sulfamethoxazole-Trimethoprim (800-160mg tableta oral), T1
 Sulfasalazine (tableta oral de liberación retardada), T1
 Sulfasalazine (tableta oral de liberación inmediata), T1
 Sumatriptan Succinate (tableta oral), T1 - QL
 Suprax (100mg/5ml suspensión oral reconstituida, 200mg/5ml suspensión oral reconstituida), T3
Suprax (500mg/5ml suspensión oral reconstituida), T3
Suprax (cápsula oral), T2
 Suprax (tableta oral masticable), T2
Suprep Bowel Prep Kit (solución oral), T2
Symbicort (aerosol para inhalación), T2 - QL
SymlinPen 120 (pluma precargada con solución para inyección subcutánea), T4 - PA
SymlinPen 60 (pluma precargada con solución para inyección subcutánea), T4 - PA
Synjardy (tableta oral de liberación inmediata), T2 - QL

Letra remarcada = Medicamento de marca

Letra normal = Medicamento genérico

Esta es una lista alfabética parcial. No es una lista completa de los medicamentos con receta que cubrimos.

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

Synthroid (tableta oral), T2

T

Tamoxifen Citrate (tableta oral), T1

Tamsulosin HCl (cápsula oral), T1

Targretin (gel para uso externo), T4 - PA

Targretin (cápsula oral), T4 - PA

Tasigna (cápsula oral), T4 - PA

Tecfidera (cápsula oral de liberación retardada), T4 - LA; QL

Telmisartan (tableta oral), T1 - QL

Telmisartan-HCTZ (tableta oral), T1 - QL

Tenofovir Disoproxil Fumarate (oral tableta), T1 - QL

Terazosin HCl (cápsula oral), T1

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

Testosterone Cypionate (solución para inyección intramuscular), T1

Theophylline ER (100mg tableta oral de liberación prolongada 12 horas, 200mg tableta oral de liberación prolongada 12 horas, 300mg tableta oral de liberación prolongada 12 horas), T1

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

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

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

Timoptic Ocudose (solución oftálmica), T3

Tivicay (25mg tableta oral, 50mg tableta oral), T4 - QL

Tizanidine HCl (tableta oral), T1

Tobramycin (solución oftálmica), T1

Tobramycin-Dexamethasone (suspensión oftálmica), T1

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

Topiramate (tableta oral), T1

Toremifene Citrate (tableta oral), T1

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

Tradjenta (tableta oral), T2 - QL

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

Tranexamic Acid (tableta oral), T1

Transderm-Scop (1.5mg) (parche transdérmico 72 horas), T3 - PA; HRM

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

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

Tretinoin (crema para uso externo), T1 - PA

Tretinoin (gel para uso externo), T1 - PA

Tretinoin (cápsula oral), T1

Triamcinolone Acetonide (crema para uso externo), T1

Triamcinolone Acetonide (ungüento para uso externo), T1 Triamterene-HCTZ (cápsula oral), T1 Triamterene-HCTZ (tableta oral), T1

Trihexyphenidyl HCl (tableta oral), T1 - PA; HRM

Trintellix (tableta oral), T3

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

T1 = Nivel 1

T2 = Nivel 2

T3 = Nivel 3

T4 = Nivel 4

Esta es una lista alfabética parcial. No es una lista completa de los medicamentos con receta que cubrimos.

Truvada (tableta oral), T4 - QL

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

U

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

Ursodiol (cápsula oral), T1

Ursodiol (tableta oral), T1

V

Valacyclovir HCl (tableta oral), T1 - QL

Valganciclovir HCl (tableta oral), T1 - QL

Valproic Acid (cápsula oral), T1

Valsartan (tableta oral), T1 - QL

Valsartan-Hydrochlorothiazide (tableta oral), T1 - QL

Vascepa (cápsula oral), T3

Velphoro (tableta oral masticable), T4

Veltassa (paquete oral), T4 - QL

Ventolin HFA (solución en aerosol para inhalación), T3 - PA

Verapamil HCl (tableta oral de liberación inmediata), T1

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

Verapamil HCl ER (tableta oral de liberación prolongada), T1

Victoza (pluma precargada con solución para inyección subcutánea), T2 - QL

Viibryd (tableta oral), T3

Vimpat (solución oral), T3 - QL

Vimpat (tableta oral), T3 - QL

Vosevi (tableta oral), T4 - PA; QL

Vyvanse (cápsula oral), T3

Vyvanse (tableta oral masticable), T3

W

Warfarin Sodium (tableta oral), T1

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

X

Xarelto (tableta oral), T2 - QL

Xigduo XR (tableta oral de liberación prolongada 24 horas), T3 - ST; QL

Xiidra (solución oftálmica), T3 - QL

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

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

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

Xtandi (cápsula oral), T4 - PA; LA

Z

Zafirlukast (tableta oral), T1

Zaleplon (cápsula oral), T1 - HRM; QL

Zarxio (jeringa precargada con solución para inyección), T4

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

Zioptan (solución oftálmica), T3

Zirgan (gel oftálmico), T3

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

Zonisamide (cápsula oral), T1

Letra remarcada = Medicamento de marca

Letra normal = Medicamento genérico

Esta página se dejó en blanco de manera intencional

Cobertura Adicional de Medicamentos

Lista de Medicamentos Extra

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

La lista muestra el nivel de cada medicamento con receta.

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

La cobertura para los medicamentos con receta de la Lista de Medicamentos Extra es adicional 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 apelación ni una queja formal ante Medicare por los medicamentos de la Lista de Medicamentos Extra. Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente a los números de teléfono que se encuentran en la portada de esta guía.

Si usted recibe el programa Ayuda Adicional de Medicare para pagar sus medicamentos con receta, este programa no se aplicará a los medicamentos de esta Lista de Medicamentos Extra.

Esta no es una lista completa de los medicamentos con receta disponibles para usted ni de las restricciones y limitaciones que podrían aplicarse a través de la Lista de Medicamentos Extra. Si su medicamento tiene reglas de cobertura o límites, habrá códigos en la columna “Reglas de cobertura o límites de uso” de la tabla. Los códigos y sus significados se muestran a continuación. Si tiene preguntas sobre la cobertura de medicamentos, llame a Servicio al Cliente a los números de teléfono que se encuentran en la portada de esta guía.

QL Límites de cantidad	El plan solamente cubre una cierta cantidad de este medicamento por un copago o durante una cierta cantidad de días. Estos límites se aplican para garantizar el uso seguro y eficaz del medicamento.
DL Límite de suministro	Se aplican límites de suministro a este medicamento. Este medicamento está limitado a un suministro de un mes por receta.

Medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Analgésicos: medicamentos para tratar el dolor, la inflamación y las condiciones musculares y articulares		
Inflamación		
Salsalate	1	

Dolor en las vías urinarias

Letra remarcada = Medicamento de marca

Letra normal = Medicamento genérico

Y0066_190620_080130_C

Medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Phenazopyridine	1	
Anorexígenos: medicamentos para promover el descenso de peso		
Phentermine	1	QL (máximo de 1 cápsula o tableta por día)
Anticoagulantes: medicamentos para prevenir la coagulación		
Heparin Lock Flush	1	
Agentes dermatológicos: medicamentos para tratar las condiciones de la piel		
Cuero cabelludo seco e irritado		
Sulfacetamide Sodium limpiador líquido 10%	1	
Sulfacetamide Sodium w/Sulfur in Urea emulsión 10-5%	1	
Piel seca		
Urea 40% crema	1	
Agentes gastrointestinales: medicamentos para tratar condiciones gastrointestinales y estomacales		
Hemorroides		
Hydrocortisone Acetate supositorio 25mg	1	
Lidocaine/Hydrocortisone Acetate	1	
Intestino irritable o úlceras		
Clidinium & Chlordiazepoxide	1	
Hyoscyamine Sulfate	1	
Levbid	3	
Agentes genitourinarios: medicamentos para tratar condiciones vesicales, genitales y renales		
Disfunción eréctil		
Edex	3	QL (máximo de 6 cartuchos por mes)
Sildenafil (25mg, 50mg, 100mg)	1	QL (máximo de 6 tabletas por mes)

Letra remarcada = Medicamento de marca

Letra normal = Medicamento genérico

Medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
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)
--------------	---	----------------------------------

Infección urinaria

Methenamine/Hyoscamine/Methyl Blue/Sod Phosphate/Phenyl Salicylate	1	
Methenamine/Hyoscamine/Methylene Blue/Sodium Phosphate	1	

Agentes hormonales: medicamentos para reemplazo o modificación hormonal

Suplemento para la tiroides

Armour Thyroid	3	
-----------------------	---	--

Suplementos nutricionales: medicamentos para tratar las deficiencias de vitaminas y minerales

Suplemento de potasio

Effer-K	3	
K-Phos tableta	3	

Vitaminas y minerales

Cyanocobalamin inyección (vitamina B12)	1	
Folic Acid 1mg (con receta solamente)	1	
Folic Acid-Vitamin B6-Vitamin B12 tableta 2.5-25-1mg	1	
Nephro-Vite Rx	3	
Phytonadione	1	
Renal Cap	1	
Vitamin D 50,000 unidades (con receta solamente)	1	

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

Letra remarcada = Medicamento de marca

Letra normal = Medicamento genérico

Medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Tos y resfrío		
Benzonatate (100mg, 200mg)	1	
Brompheniramine/Pseudoephedrine/ Dextromethorphan jarabe	1	
Guaifenesin/Codeine jarabe	1	DL
Hydrocodone Polst/Chlorpheniramine ER suspensión (genérico para 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.

Es posible que los beneficios, los copagos o los coseguros sean modificados cada año del plan o de beneficios.

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

Los planes están asegurados a través de UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus compañías afiliadas, una organización Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare y un patrocinador de la Parte D aprobado por Medicare. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare.

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.







Después de la inscripción...

Esto es lo que puede esperar a continuación

UnitedHealthcare® procesará su inscripción





Esta tabla indica lo que le enviaremos y cómo nos comunicaremos con usted después de su inscripción.

Artículo	Descripción	Método de entrega
Tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare	Esté atento a la llegada de su tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare por correo.	
Guía Rápida para Comenzar	Una vez que esté inscrito, recibirá una Guía Rápida para Comenzar para que consulte y le ayude a comenzar a usar su nuevo plan.	
Acceso al sitio web	Después de que reciba su tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare, puede registrarse en Internet en el sitio web que se indica más abajo para acceder a la información del plan.	
Evaluación de salud	En los primeros 90 días a partir de su fecha de vigencia del plan, le llamaremos. Medicare nos exige que le llamemos para pedirle que responda una breve encuesta de salud. También puede visitar el sitio web de abajo y responder la encuesta en Internet.	

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

Estamos a sus órdenes.

Cuando llame, asegúrese de que el Servicio al Cliente sepa que usted está llamando por un plan patrocinado por un grupo. Además, será útil tener:

-  **Su número de grupo en la parte de adelante de esta guía**
-  **Nombres y direcciones de médicos y clínicas, y el nombre y la dirección de su farmacia**
-  **El número de Medicare y la fecha de vigencia de Medicare; puede encontrarlos en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare**
-  **Si llama por la cobertura de un medicamento, tenga preparada una lista de los medicamentos y las dosis que está tomando**

Visítenos en Internet en cualquier momento

www.UHCRetiree.com

Llamada gratuita: **1-877-714-0178**, TTY **711**

De 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana

Declaraciones de conformidad

Al inscribirme en este plan, acepto lo siguiente:



Este es un plan Medicare Advantage que tiene un contrato con el gobierno federal. No se trata de un plan complementario de Medicare.

Tengo que conservar la Parte A o la Parte B de Medicare, y debo seguir pagando la Parte B de Medicare y, si corresponde, las primas de la Parte A, si no las paga Medicaid u otro tercero.



El área de servicio incluye los 50 estados, el Distrito de Columbia y todos los territorios de los Estados Unidos.

Es probable que no esté cubierto mientras esté fuera del país, a excepción de una cobertura limitada cerca de la frontera estadounidense. Sin embargo, con este plan, cuando esté fuera de los EE. UU. tendré cobertura para cuidado de emergencia y cuidado requerido de urgencia.



Solamente puedo tener un plan Medicare Advantage o de Medicamentos con Receta a la vez.

- Mi inscripción en este plan cancelará automáticamente mi inscripción en cualquier otro plan de salud de Medicare. Si cancelo mi inscripción en este plan, se me transferirá automáticamente a Medicare Original. 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 tengo una cobertura de medicamentos con receta o si obtengo una cobertura de medicamentos con receta que no sea de este plan, se lo informaré a UnitedHealthcare.
- La inscripción en este plan es para todo el año del plan. Puedo dejar este plan solamente en ciertos momentos del año o bajo condiciones especiales.



Si no tengo una cobertura de medicamentos con receta, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía.

Esta multa me correspondería si no me inscribí ni mantuve una cobertura de medicamentos con receta acreditable en cuanto comencé a cumplir los requisitos de Medicare. Si tengo que pagar una multa por inscripción tardía, recibiré una carta que me informará sobre la multa y los pasos que tengo que dar.



Recibiré información sobre cómo obtener una Evidencia de Cobertura (EOC).

- La Evidencia de Cobertura tendrá más información sobre los servicios que cubre este plan. Si un servicio no figura en la Evidencia de Cobertura, ni Medicare ni este plan lo pagarán sin autorización.
- Tengo derecho a apelar las decisiones del plan sobre el pago o los servicios si no estoy de acuerdo con ellas.



Mi información se divulgará a Medicare y otros planes, solo en la medida de lo necesario, para tratamiento, pago y tareas administrativas de cuidado de la salud.

Medicare también puede divulgar mi información con fines de investigación u otros que cumplan todos los estatutos y normas federales correspondientes.

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle.



1-877-714-0178, TTY 711

De 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana



Obtenga más información en
www.UHCRetiree.com



Información importante del plan
UHEX20PP4616121_000