

**Resumen de Beneficios**  
**Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios**  
 Plan de Farmacia Premier para la Ciudad de Hialeah

*Este documento se proporciona a modo de ejemplo y no refleja beneficios reales. Se creará un Resumen de Beneficios a medida cuando se adquiera el seguro.*

Su copago o coseguro se determinan según el nivel al cual el Comité de Administración de la Lista de Medicamentos con Receta haya asignado al medicamento con receta. Todos los medicamentos con receta incluidos en la Lista de Medicamentos con Receta se asignan al nivel 1, nivel 2, nivel 3 o nivel 4. Para encontrar información personalizada sobre su cobertura de beneficios, determinar el estado de nivel, verificar el estado de los reclamos y buscar farmacias de la red, inicie sesión en [www.myuhc.com](http://www.myuhc.com)® o llame al número de teléfono de Servicio al Cliente que se encuentra en el reverso de su tarjeta de ID.

Este Resumen de Beneficios solo pretende destacar sus beneficios por medicamentos con receta y no se debe depender de su contenido para determinar la cobertura. Es posible que su plan no cubra todos sus gastos de medicamentos con receta. Consulte la sección "Medicamentos con receta" del Resumen de la Descripción del Plan para ver la lista completa de los servicios, limitaciones, exclusiones y una descripción de todos los términos y condiciones de la cobertura. Si esta descripción discrepa de alguna manera con la sección "Medicamentos con receta" del Resumen de la Descripción del Plan, prevalecerá esta última.

**Deducible anual de medicamentos: Dentro y fuera de la red**

Deducible individual \$25 por persona  
 Deducible familiar No se aplica el deducible familiar. Solamente el deducible individual.

**Máximo de gastos de su bolsillo para medicamentos: Dentro y fuera de la red**

Máximo individual de gastos de su bolsillo Una vez de que el combinado máximo de gastos de su bolsillo se cumple (ver resumen de beneficios médicos) entonces en adicional hay gasto de su bolsillo para medicamentos continuaran hasta que el individuo alcance \$3,000.  
 Máximo familiar de gastos de su bolsillo Ver resumen de beneficios médicos.

Nivel	Farmacia de venta al por menor Suministro máximo de 31 días		* Farmacia con servicio de medicamentos por correo Suministro máximo de 90 días
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red
Nivel 1	\$10	\$10	\$20
Nivel 2	\$30	\$30	\$60
Nivel 3	\$50	\$50	\$100
Nivel 4	20 %	20 %	20 %

\* Solo algunos medicamentos con receta están disponibles a través de la farmacia con servicio de medicamentos por correo. Para obtener más información, visite [www.myuhc.com](http://www.myuhc.com)® o llame al número de teléfono de Servicio al Cliente que se encuentra en el reverso de su tarjeta de ID.

Es posible que se aplique un cargo por servicios complementarios si se suministra un medicamento con receta cubierto que usted [o su proveedor] solicite y exista otro medicamento que sea químicamente igual y esté disponible en un nivel inferior. Cuando de los dos medicamentos usted elige el que está en el nivel superior, tendrá que pagar la diferencia entre el medicamento del nivel superior y el del nivel inferior, además del copago o coseguro correspondiente al medicamento del nivel inferior.

Nota: Si usted compra un medicamento con receta en una farmacia fuera de la red, será responsable de cualquier diferencia entre los cargos de la farmacia fuera de la red y la cantidad que habríamos pagado por el mismo medicamento con receta si este hubiera sido suministrado por una farmacia dentro de la red.

**SFXRMTT07PA**

## Otra información importante sobre sus beneficios de medicamentos con receta para pacientes ambulatorios

Cuando compra medicamentos con receta en una farmacia de venta al por menor de la red, usted es responsable de pagar la menor de las siguientes cantidades: (i) El copago o coseguro que corresponda. (ii) El cargo usual y habitual de la farmacia de la red por el medicamento con receta. (iii) El cargo del medicamento con receta por ese medicamento. Cuando compra un medicamento con receta en una farmacia con servicio de medicamentos por correo de la red, usted es responsable de pagar la menor de las siguientes cantidades: (i) El copago o coseguro que corresponda. (ii) El cargo del medicamento con receta por ese medicamento en particular.

Por un solo copago o coseguro, usted puede recibir un medicamento con receta en una cantidad que no exceda el límite de suministro estipulado. Algunos medicamentos con receta están sujetos a límites adicionales de suministro.

Algunos medicamentos con receta o productos farmacéuticos, para los cuales se describen beneficios en la sección "Medicamentos con receta" del Resumen de la Descripción del Plan están sujetos a requisitos de terapia escalonada. Esto significa que, para recibir beneficios por dichos medicamentos con receta o productos farmacéuticos, se le exige usar primero otros medicamentos con receta o productos farmacéuticos.

Además, tenga en cuenta que, para algunos medicamentos con receta, se requiere que obtenga preautorización de nosotros con anticipación para determinar si dichos medicamentos con receta cumplen la definición de servicio de salud cubierto y no son experimentales, de investigación o no comprobados.

Es posible que se requiera que surta la receta inicial de un medicamento con receta y obtenga un resurtido a través de una farmacia de venta al por menor antes de usar una farmacia de la red con servicio de medicamentos por correo.

Los beneficios están disponibles para resurtidos de medicamentos con receta solamente cuando sean suministrados por un proveedor de cuidado de la salud con la debida licencia y después de que se haya usado 3/4 del medicamento con receta original.

Si usted necesita ciertos medicamentos de mantenimiento, es posible que le indiquemos ir a la farmacia de la red con servicio de medicamentos por correo para obtenerlos. Si elige no obtener sus medicamentos de mantenimiento de la farmacia de la red con servicio de medicamentos por correo, usted puede dejar de participar en el Programa de Medicamentos de Mantenimiento cada año en Internet en [myuhc.com](http://myuhc.com) o si llama a Servicio al Cliente al número de teléfono que aparece en su tarjeta de ID.

## Exclusiones de farmacia

Las exclusiones de la cobertura descritas en el Resumen de la Descripción del Plan también se aplican a esta sección "Medicamento con receta". Además, se aplican las siguientes exclusiones:

### Exclusiones

- Medicamentos para cualquier condición, lesión, enfermedad o enfermedad mental que surja a raíz o en el transcurso del empleo para los cuales hay beneficios disponibles de acuerdo con alguna ley de seguro de accidentes laborales u otras leyes similares, ya sea que se haya presentado o no un reclamo por dichos beneficios o que se reciban o no el pago o los beneficios.
- Cualquier medicamento con receta en la medida que el pago o los beneficios sean proporcionados o puestos a disposición por el gobierno local, estatal o federal (por ejemplo, Medicare), ya sea que se reciba o no el pago o los beneficios, salvo que la ley estipule lo contrario.
- Productos farmacéuticos para los cuales se proporcionan beneficios en la parte médica del Resumen de la Descripción del Plan. Esta exclusión no se aplica a Depo Provera ni a otros medicamentos inyectables utilizados como anticonceptivos.
- Medicamentos disponibles sin receta para los que no se necesita una receta o un resurtido según la ley federal o estatal antes de que se suministren, a menos que el administrador del plan haya designado el medicamento sin receta como que cumple los requisitos para estar cubierto como si fuera un medicamento con receta y se obtuviera con una receta o un resurtido de un médico. Medicamentos con receta que estén disponibles en su versión sin receta o que contengan componentes que estén disponibles sin receta o de forma equivalente. Ciertos medicamentos con receta que el administrador del plan haya determinado que son terapéuticamente equivalentes a un medicamento o suplemento sin receta. Es posible que dichas determinaciones se hagan hasta seis veces durante un año calendario y que el administrador del plan decida en cualquier momento restablecer los beneficios por un medicamento con receta que anteriormente estuviera excluido de acuerdo con esta disposición.
- Medicamentos compuestos que contengan ciertas sustancias químicas a granel. (Los medicamentos compuestos que contengan al menos un ingrediente que requiera una receta o un resurtido se asignan al nivel 4). Medicamentos compuestos que estén disponibles como un medicamento con receta similar y comercialmente disponible.
- Medicamentos con receta no incluidos en el nivel 3 de la Lista de Medicamentos con Receta en el momento de surtir la receta o el resurtido.
- Terapia con hormona de crecimiento para niños con baja estatura familiar (estatura baja basada en la herencia y no causada por una condición médica diagnosticada).
- Cantidad suministrada (límite de cantidad o días de suministro) que exceda el límite de suministro.
- Cantidad suministrada (límite de cantidad o días de suministro) que sea menor que el límite de suministro mínimo.
- Ciertos medicamentos con receta para los cuales hay alternativas terapéuticamente equivalentes disponibles, a menos que la ley exija lo contrario o que UnitedHealthcare apruebe lo contrario. Es posible que dichas determinaciones se hagan hasta seis veces durante un año calendario y que UnitedHealthcare decida en cualquier momento restablecer los beneficios por un medicamento con receta que anteriormente estuviera excluido de acuerdo con esta disposición.
- Ciertos medicamentos con receta que no hayan sido recetados por un médico especialista.
- Ciertos nuevos medicamentos con receta hasta la fecha en la que sean revisados y asignados a un nivel por el Comité de Administración de la Lista de Medicamentos con Receta.
- Medicamentos que sean recetados, suministrados o indicados para usar durante una estadía como paciente hospitalizado.
- Medicamentos que sean recetados o suministrados para suprimir el apetito, y otros productos para bajar de peso.
- Medicamentos que sean recetados para tratar la infertilidad.
- Medicamentos con receta, que incluyen nuevos medicamentos con receta o nuevas formas de dosificación, que UnitedHealthcare y la Ciudad de Hialeah determinen que no cumplen la definición de un servicio de salud cubierto.
- Medicamentos con receta que contengan ingredientes activos disponibles en otro medicamento con receta cubierto, y que sean terapéuticamente equivalentes.
- Medicamentos con receta que contengan ingredientes activos que sean una versión modificada de otro medicamento con receta cubierto, y que sean terapéuticamente equivalentes.
- Envases con dosis unitarias o envases vueltos a empaquetar de medicamentos con receta.
- Medicamentos que habitualmente sean administrados por un proveedor calificado o un profesional de la salud con licencia en un centro para pacientes ambulatorios. (Esta exclusión no se aplica a Depo Provera ni a otros medicamentos inyectables utilizados como anticonceptivos).
- Medicamentos utilizados para condiciones o en dosis que se determine que son experimentales, de investigación o no comprobados, a menos que UnitedHealthcare y la Ciudad de Hialeah hayan acordado cubrir un tratamiento experimental, de investigación o no comprobado según lo definido en el Resumen de la Descripción del Plan.
- Medicamentos utilizados con fines estéticos.
- Medicamentos con receta como reemplazo de un medicamento con receta previamente suministrado, que fue perdido, robado, roto o destruido.
- Vitaminas generales, excepto las siguientes, para las que se requiere una receta o un resurtido: vitaminas prenatales, vitaminas con fluoruro y vitaminas individuales.
- Cualquier producto cuyo uso primario sea la nutrición, suplementos nutricionales o manejo nutricional de una enfermedad y productos alimenticios medicinales con receta, aun cuando se use para el tratamiento de alguna enfermedad o lesión.
- Un medicamento con receta que contenga marihuana, incluso la marihuana medicinal.
- Productos dentales que incluyen, entre otros, fluoruro tópico con receta.

## **Exclusiones de farmacia, continuación**

---

- Un medicamento con receta que tenga un producto aprobado biosimilar o un equivalente terapéutico biosimilar a otro medicamento con receta cubierto. A efectos de esta exclusión, un “producto biosimilar” es un medicamento con receta biológico aprobado debido a que se demostró que es sumamente similar a un producto de referencia (un medicamento con receta biológico) y no tiene diferencias clínicamente significativas en cuanto a seguridad y eficacia con respecto al producto de referencia. Es posible que dichas determinaciones se hagan hasta seis veces durante un año calendario y que decidamos en cualquier momento restablecer los beneficios por un medicamento con receta que anteriormente estuviera excluido de acuerdo con esta disposición.
- Paquetes y productos de diagnóstico.
- Aplicaciones de software de dominio público en general o monitores que puedan estar disponibles con o sin una receta o un resurtido.

United HealthCare Services, Inc. does not treat members differently because of sex, age, race, color, disability or national origin.

If you think you were treated unfairly because of your sex, age, race, color, disability or national origin, you can send a complaint to the Civil Rights Coordinator.

**Online:** [UHC\\_Civil\\_Rights@uhc.com](mailto:UHC_Civil_Rights@uhc.com)

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

You must send the complaint within 60 days of when you found out about it. A decision will be sent to you within 30 days. If you disagree with the decision, you have 15 days to ask us to look at it again. If you need help with your complaint, please call the toll-free phone number listed on your ID card, TTY 711, Monday through Friday, 8 a.m. to 8 p.m.

You can also file a complaint with the U.S. Dept. of Health and Human Services.

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

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

**Phone:** Toll-free 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

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

We provide free services to help you communicate with us. Such as, letters in other languages or large print. Or, you can ask for an interpreter. To ask for help, please call the toll-free phone number listed on your ID card TTY 711, Monday through Friday, 8 a.m. to 8 p.m. ET.

---

**ATTENTION:** If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Please call the toll-free phone number listed on your identification card.

**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 su tarjeta de identificación.

請注意：如果您說中文 (Chinese)，我們免費為您提供語言協助服務。請撥打會員卡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. Vui lòng gọi số điện thoại miễn phí ở mặt sau thẻ hội viên của quý vị.

알림: 한국어(Korean)를 사용하시는 경우 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 귀하의 신분증 카드에 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 nasa iyong identification card.

**ВНИМАНИЕ:** бесплатные услуги перевода доступны для людей, чей родной язык является русским (Russian). Позвоните по бесплатному номеру телефона, указанному на вашей идентификационной карте.

تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية (Arabic)، فإن خدمات المساعدة اللغوية المجانية متاحة لك. الرجاء الاتصال على رقم الهاتف المجاني الموجود على معرف العضوية الخاص بك.

ATANSYON: Si w pale **Kreyòl ayisyen (Haitian Creole)**, ou kapab benefisye sèvis ki gratis pou ede w nan lang pa w. Tanpri rele nimewo gratis ki sou kat idantifikasyon w.

ATTENTION : Si vous parlez **français (French)**, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Veuillez appeler le numéro de téléphone gratuit figurant sur votre carte d'identification.

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

ATENÇÃO: Se você fala **português (Portuguese)**, contate o serviço de assistência de idiomas gratuito. Ligue gratuitamente para o número encontrado no seu cartão de identificação.

ATTENZIONE: in caso la lingua parlata sia l'**italiano (Italian)**, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Per favore chiamate il numero di telefono verde indicato sulla vostra tessera identificativa.

ACHTUNG: Falls Sie **Deutsch (German)** sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Bitte rufen Sie die gebührenfreie Rufnummer auf der Rückseite Ihres Mitgliedsausweises 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。健康保険証に記載されている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 رایگانی که روی کارت شناسایی شما فید شده تماس بگیرید.

ध्यान दें: यदि आप **हिंदी (Hindi)** बोलते हैं, आपको भाषा सहायता सेवाएँ, नि:शुल्क उपलब्ध हैं। कृपया अपने पहचान पत्र पर सूचीबद्ध टोल-फ्री फोन नंबर पर कॉल करें।

CEEB TOOM: Yog koj hais Lus **Hmoob (Hmong)**, muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj. Thov hu rau tus xov tooj hu deb dawb uas teev muaj nyob rau ntawm koj daim yuaj cim qhia tus kheej.

ចំណាប់អារម្មណ៍: បើសិនអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ (Khmer) សេវាជំនួយភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ គឺមានសំរាប់អ្នក។ សូមទូរស័ព្ទទៅលេខឥតគិតថ្លៃ ដែលមាននៅលើអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណរបស់អ្នក។

PAKDAAR: Nu saritaem ti **Ilocano (Ilocano)**, ti serbisyo para ti baddang ti lengguahe nga awanan bayadna, ket sidadaan para kenyam. Maidawat nga awagan iti toll-free a numero ti telepono nga nakalista ayang iti identification card mo.

DÍI BAA'ÁKONÍNÍZIN: **Diné (Navajo)** bizaad bee yánilti'go, saad bee áka'anída'awo'ígíí, t'áá jiik'eh, bee ná'ahóót'i'. T'áá shqódí ninaaltsoos nit'ízi bee nééhozinígíí bine'déé' t'áá jiik'ehgo béésh bee hane'i biká'ígíí bee hodiilnih.

OGOW: Haddii aad ku hadasho **Soomaali (Somali)**, adeegyada taageerada luqadda, oo bilaash ah, ayaad heli kartaa. Fadlan wac lambarka telefonka khadka bilaashka ee ku yaalla kaarkaaga aqoonsiga.