

Anthem Blue Cross

Fecha de entrada en vigencia: 1° de enero de 2018

Su plan: UC Health Savings Plan Prescription Drug Coverage

Este resumen de beneficios es una breve descripción de la cobertura, diseñado para ayudarlo en el proceso de selección. En él no se reflejan todos y cada uno de los beneficios, exclusiones y limitaciones que corresponden a la cobertura. Para obtener más detalles, limitaciones y exclusiones importantes, consulte la Descripción Resumida del Plan (SPD) formal. Si hubiese alguna diferencia entre este resumen y la SPD, prevalecerá la SPD.

Beneficios de medicamentos recetados cubiertos	Sus costos si usted usa proveedores dentro de la red	Sus costos si usted usa proveedores fuera de la red
<p>Deducible de farmacia <i>El deducible familiar no está integrado, lo que significa que la distribución de costos de todos los miembros de la familia se aplica a un deducible familiar compartido. El deducible individual solo se aplica a las personas inscritas en la cobertura de una sola persona.</i></p>	<p>\$1,350 Individual / \$2,700 Familiar, combinado con el deducible médico</p>	<p>\$2,550 Individual / \$5,100 Familiar, combinado con el deducible médico</p>
<p>Gastos de bolsillo de farmacia <i>El gasto máximo de bolsillo no está integrados, lo que significa que la distribución de costos de todos los miembros de la familia se aplica a un gasto máximo de bolsillo familiar compartido. El gasto máximo de bolsillo individual solo se aplica a las personas inscritas en la cobertura de una sola persona. El deducible está incluido en el gasto máximo de bolsillo.</i></p>	<p>\$4,000 Individual / \$6,400 Familiar, combinado con los gastos médicos de bolsillo</p>	<p>\$8,000 Individual / \$16,000 Familiar, combinado con los gastos médicos de bolsillo</p>
<p>Cobertura de medicamentos recetados <i>Este plan usa una Lista Nacional de Medicamentos de 4 Niveles. Los medicamentos que no están en la lista no están cubiertos. Consulte la lista de medicamentos en www.anthem.com/ca/pharmacyinformation para determinar qué Nivel(es) se aplica(n) a su(s) receta(s).</i></p>		
<p>Nivel 1: Normalmente medicamentos genéricos <i>Cubre hasta un máximo de 30 días de suministro (farmacia minorista). Cubre hasta un máximo de 90 días de suministro (programa de entrega a domicilio, Farmacias UC y tiendas Retail90).</i></p>	<p>Nivel 1: Coseguro del 20% por receta (venta minorista, entrega a domicilio, Farmacias UC y Retail90).</p>	<p>Nivel 1: Coseguro del 40% (solo venta minorista).</p>
<p>Nivel 2: Normalmente medicamentos de marca/preferidos <i>Cubre hasta un máximo de 30 días de suministro (farmacia minorista). Cubre hasta un máximo de 90 días de suministro (programa de entrega a domicilio, Farmacias UC y tiendas Retail90).</i></p>	<p>Nivel 2: Coseguro del 20% por receta (venta minorista, entrega a domicilio, Farmacias UC y Retail90).</p>	<p>Nivel 2: Coseguro del 40% (solo venta minorista).</p>

Su Resumen de Beneficios

Beneficios de medicamentos recetados cubiertos	Sus costos si usted usa proveedores dentro de la red	Sus costos si usted usa proveedores fuera de la red
<p>Nivel 3: Normalmente medicamentos no preferidos/ algunos medicamentos especializados <i>Cubre hasta un máximo de 30 días de suministro (farmacia minorista). Cubre hasta un máximo de 90 días de suministro (programa de entrega a domicilio, Farmacias UC y tiendas Retail90).</i></p>	<p>Nivel 3: Coseguro del 20% por receta (venta minorista, entrega a domicilio, Farmacias UC y Retail90).</p>	<p>Nivel 3: Coseguro del 40% (solo venta minorista).</p>
<p>Nivel 4: Normalmente medicamentos especializados <i>Los medicamentos especializados clasificados se deben obtener a través de nuestro programa de especialidades farmacéuticas o en Farmacias UC seleccionadas, y están sujetos a los términos del programa. Cubre hasta un máximo de 30 días de suministro (farmacia de venta minorista, programa de entrega a domicilio y Farmacias UC seleccionadas). Máximo de \$200 por receta para medicamentos orales recetados contra el cáncer</i></p>	<p>Nivel 4: Coseguro del 20% por receta (venta minorista, entrega a domicilio y Farmacias UC seleccionadas).</p>	<p>Sin cobertura</p>
<p>Dispositivos y medicamentos anticonceptivos <i>Un suministro de medicamentos anticonceptivos de hasta 12 meses cuando se recetan o entregan de una sola vez.</i></p>	<p>Copago de \$0 por receta (venta minorista, entrega a domicilio, Farmacias UC y Retail90)</p>	<p>Sin cobertura</p>
<p>Productos para dejar de fumar <i>Medicamentos de venta libre con receta y medicamentos recetados</i></p>	<p>Copago de \$0 por receta</p>	<p>Sin cobertura</p>
<p>Suministros para diabéticos <i>(Excluye jeringas, agujas, insulina y tiras reactivas no incluidas en el formulario).</i></p>	<p>Copago de \$0 por receta</p>	<p>Coseguro del 40% (solo venta minorista)</p>
<p>Inmunizaciones para viajes</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Inmunizaciones preventivas según ACA: hepatitis A, hepatitis B, meningitis, poliomelitis</i> • <i>Otros viajes: encefalitis japonesa, rabia, fiebre tifoidea y fiebre amarilla</i> 	<p>Copago de \$0 por receta Coseguro del 20%</p>	<p>Coseguro del 40% Coseguro del 40%</p>

Su Resumen de Beneficios

Notas:

- Cuando utilizan farmacias fuera de la red, los miembros pagan el 40% del monto máximo permitido para medicamentos recetados, además de los costos que superen el monto máximo permitido para medicamentos recetados. Los miembros pagan por anticipado y luego deben presentar un formulario de reclamaciones.
- Programa de Medicamentos Genéricos Preferidos: si un miembro solicita un medicamento de marca cuando existe una versión genérica, el miembro paga el copago del medicamento genérico más la diferencia de costo entre el monto máximo permitido para medicamentos recetados del medicamento genérico y el medicamento de marca dispensado. El Programa de Medicamentos Genéricos Preferidos no se aplica cuando el médico especifique “dispensar como se indica” (DAW) o cuando se determine que el medicamento de marca es médicamente necesario para el miembro. En tal caso, se aplicará el copago correspondiente al medicamento dispensado.
- Los límites de suministro para ciertos medicamentos pueden ser diferentes. Visite el sitio web de Anthem o llame al servicio de atención al cliente para obtener más información.
- Ciertos medicamentos requieren aprobación con autorización previa para obtener cobertura.
- Los deducibles de farmacia dentro de la red se aplican al deducible de farmacia fuera de la red. Sin embargo, los deducibles fuera de la red no se aplican al deducible dentro de la red. Los deducibles de farmacia cuentan para los gastos máximos anuales de bolsillo.
- La red Retail90 incluye cadenas muy importantes, como Costco, Safeway/Vons, Walgreens, CVS, Rite Aid y Wal-Mart.
- Los medicamentos especializados son medicamentos específicos que se utilizan para tratar afecciones crónicas o de gran complejidad que generalmente requieren un monitoreo continuo, como esclerosis múltiple, hepatitis, artritis reumatoide, cáncer y otras afecciones que son difíciles de tratar con tratamientos tradicionales. Los medicamentos especializados pueden ser autoadministrados en el hogar del paciente por él mismo o por un familiar (subcutánea o intramuscularmente), por inhalación, de forma oral o mediante aplicación tópica. Además, es posible que los medicamentos especializados requieran un manejo especial, procesos de fabricación especiales, y es posible que tengan limitaciones respecto del recetado y la disponibilidad en farmacia. Para la autoadministración, los medicamentos especializados deben considerarse seguros y se deben obtener de Accredo o de Farmacias UC seleccionadas, y es posible que requieran autorización previa por necesidad médica. Los medicamentos administrados por infusión o por vía intravenosa (IV) no están incluidos como medicamentos especializados.
- Los medicamentos especializados solo están cubiertos cuando se los obtiene de Accredo y de ciertas Farmacias UC, a menos que sean médicamente necesarios para una emergencia cubierta.
- Los medicamentos especializados están limitados a una cantidad que no deberá exceder un suministro de 30 días; sin embargo, es posible que las recetas iniciales de ciertos medicamentos especializados se vean limitadas a un suministro máximo de 15 días a través de Accredo. En dichas circunstancias, el medicamento especializado aplicable se prorrateará según la cantidad de días de suministro.
- Las jeringas, agujas e insulina están cubiertas según el coseguro aplicable de marca, y las tiras reactivas no incluidas en el formulario están cubiertas según el coseguro aplicable para medicamentos no incluidos en el formulario.

Anthem Blue Cross es el nombre comercial de Blue Cross of California. Licenciatario independiente de Blue Cross Association. ® ANTHEM es una marca comercial registrada de Anthem Insurance Companies, Inc. El nombre y el símbolo de Blue Cross son marcas registradas de Blue Cross Association.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese al (844) 437-0486 o visite www.anthem.com/ca/uc

CA/L/F/TRADITIONAL/NA/LR2095/01-17 modified \$5/\$20/\$40/\$75/30% \$250 Deductible