



Guía del Plan 2023

Aproveche todo lo que le ofrece su plan Medicare Advantage

The Episcopal Church Medical Trust

UnitedHealthcare® Group Medicare Advantage (PPO)

Número de grupo: 16241, 16242



Vigencia: Del 1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023

**United
Healthcare**



Índice

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

Información del Plan

Beneficios Importantes 1.....	6
Beneficios Importantes 2.....	10
Detalles del Plan.....	13
Resumen de Beneficios 1	24
Resumen de Beneficios 2	40

Lista de Medicamentos

Lista de Medicamentos	60
Cobertura Adicional de Medicamentos	81

Lo que Sigue

Después de la Inscripción	88
Declaraciones de Conformidad	89

Presentamos el Plan

Plan UnitedHealthcare® Group Medicare Advantage (PPO)

Estimada persona que cumple los requisitos de Medicare de ECMT:

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

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

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

Déjenos ayudarle

- Obtenga información sobre este nuevo plan y los numerosos beneficios que ofrece, como UnitedHealthcare Hearing, UnitedHealthcare Global Travel y el programa Renew Active®
- Obtenga herramientas y recursos para ayudarle a tomar un mayor control de su salud
- Encuentre maneras de ahorrar dinero en cuidado de la salud para poder concentrarse más en lo que le importa
- Obtenga acceso al cuidado cuando lo necesite

Para hablar con alguien sobre las opciones de planes y los beneficios, comuníquese con UnitedHealthcare al **1-866-519-5401**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana

En esta guía, encontrará

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

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



**Programa
HouseCalls**



**Programa de
Acondicionamiento
Físico**



**Experiencia de
Salud y Bienestar**

Cómo inscribirse

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

Para inscribirse:

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

¿Necesita ayuda para inscribirse?

Comuníquese con el Fideicomiso Médico al **1-800-480-9967**, de 8:30 a.m. a 8 p.m., hora del Este, de lunes a viernes.

En 2023, usted retendrá automáticamente sus elecciones de plan médico y dental de 2022.

Más información

Puede encontrar información del plan en Internet en retiree.uhc.com/ECMT

Para acceder a los materiales de su plan, necesitará su número de grupo, que se encuentra en la portada de esta guía.

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

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle.



retiree.uhc.com/ECMT



Llame al número gratuito **1-866-519-5401**,
TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local,
los 7 días de la semana

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

Información del Plan

Beneficios Importantes

The Episcopal Church Medical Trust 16241

Con vigencia del 1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023

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

Costos del Plan

	Dentro de la red y fuera de la red
Deducible médico anual	Sin deducible
Máximo anual de gastos médicos de su bolsillo (lo máximo que usted paga en un año del plan por el cuidado médico que tiene cobertura)	Su plan tiene un máximo combinado anual de gastos de su bolsillo tanto dentro como fuera de la red de \$2,000 para este año del plan.

Beneficios Médicos

Beneficios médicos cubiertos por el plan y Medicare Original

	Dentro de la red y fuera de la red
Visita al consultorio médico	
Proveedor de cuidado primario (PCP)	\$5 de copago
Especialista	\$10 de copago
Visitas virtuales	\$5 de copago
Servicios preventivos Cubiertos por Medicare	\$0 de copago
Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados	\$0 de copago por cada estadía
Centro de enfermería especializada (SNF)	\$0 de copago por día, hasta 100 días
Cirugía para pacientes ambulatorios	\$0 de copago
Rehabilitación para pacientes ambulatorios Fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla y del lenguaje	\$0 de copago
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios	
Terapia de grupo	\$10 de copago
Terapia individual	\$10 de copago
Visitas virtuales	\$10 de copago

Beneficios Médicos

Beneficios médicos cubiertos por el plan y Medicare Original

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

Programas y beneficios adicionales que Medicare Original no cubre

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

Programas y beneficios adicionales que Medicare Original no cubre

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

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

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

Medicamentos con Receta

	Su Costo	
Etapas de cobertura inicial	Farmacia de la red (Suministro de 31 días en una farmacia minorista)	Farmacia con servicio de medicamentos por correo (suministro de 90 días)
Nivel 1: Genéricos Preferidos	\$10 de copago	\$25 de copago
Nivel 2: De Marca Preferidos	\$30 de copago	\$70 de copago
Nivel 3: Medicamentos No Preferidos	\$50 de copago	\$120 de copago
Nivel 4: De Especialidad	\$50 de copago	\$120 de copago
Etapas Sin Cobertura	Una vez que los costos totales de sus medicamentos alcancen los \$4,660, el plan sigue pagando la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo	
Etapas de Cobertura de Gastos Médicos Mayores	Una vez que los gastos de su bolsillo (lo que usted paga, incluso los pagos del Programa de Descuento para la Etapa Sin Cobertura) alcancen el límite de \$7,400 correspondiente al año del plan, usted pasa a la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores. En esta etapa, usted no pagará más que los costos compartidos que pagó en la Etapa de Cobertura Inicial y es posible que pague menos por ciertos medicamentos	

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

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

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

Y0066_GRMABH_2023_SP_M

UHEX23NP0093144_000

This page left intentionally blank.

Beneficios Importantes

The Episcopal Church Medical Trust 16242

Con vigencia del 1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023

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

Costos del Plan

	Dentro de la red y fuera de la red
Deducible médico anual	Sin deducible
Máximo anual de gastos médicos de su bolsillo (lo máximo que usted paga en un año del plan por el cuidado médico que tiene cobertura)	Su plan tiene un máximo combinado anual de gastos de su bolsillo tanto dentro como fuera de la red de \$1,500 para este año del plan.

Beneficios Médicos

Beneficios médicos cubiertos por el plan y Medicare Original

	Dentro de la red y fuera de la red
Visita al consultorio médico	
Proveedor de cuidado primario (PCP)	\$5 de copago
Especialista	\$10 de copago
Visitas virtuales	\$5 de copago
Servicios preventivos Cubiertos por Medicare	\$0 de copago
Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados	\$0 de copago por cada estadía
Centro de enfermería especializada (SNF)	\$0 de copago por día, hasta 100 días
Cirugía para pacientes ambulatorios	\$0 de copago
Rehabilitación para pacientes ambulatorios Fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla y del lenguaje	\$0 de copago
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios	
Terapia de grupo	\$10 de copago
Terapia individual	\$10 de copago
Visitas virtuales	\$10 de copago

Beneficios Médicos

Beneficios médicos cubiertos por el plan y Medicare Original

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

Programas y beneficios adicionales que Medicare Original no cubre

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

Programas y beneficios adicionales que Medicare Original no cubre

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

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

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

Medicamentos con Receta

	Su Costo	
Etapas de cobertura inicial	Farmacia de la red (Suministro de 31 días en una farmacia minorista)	Farmacia con servicio de medicamentos por correo (suministro de 90 días)
Nivel 1: Genéricos Preferidos	\$5 de copago	\$12 de copago
Nivel 2: De Marca Preferidos	\$25 de copago	\$60 de copago
Nivel 3: Medicamentos No Preferidos	\$40 de copago	\$100 de copago
Nivel 4: De Especialidad	\$40 de copago	\$100 de copago
Etapas Sin Cobertura	Una vez que los costos totales de sus medicamentos alcancen los \$4,660, el plan sigue pagando la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo	
Etapas de Cobertura de Gastos Médicos Mayores	Una vez que los gastos de su bolsillo (lo que usted paga, incluso los pagos del Programa de Descuento para la Etapa Sin Cobertura) alcancen el límite de \$7,400 correspondiente al año del plan, usted pasa a la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores. En esta etapa, usted no pagará más que los costos compartidos que pagó en la Etapa de Cobertura Inicial y es posible que pague menos por ciertos medicamentos	

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

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

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

Información Detallada del Plan

UnitedHealthcare® Group Medicare Advantage (PPO)

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

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

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



Asegúrese de saber qué partes de Medicare tiene usted

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

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

Cobertura de Medicare Advantage:



Parte A de Medicare
Hospitalaria

+



Parte B de Medicare
Cuidado médico y para
pacientes ambulatorios

+



Parte D de Medicare
Medicamentos con
receta

+



Programas adicionales
Además de Medicare
Original

Cómo funciona su plan Medicare Advantage de Grupo

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

✓ Un plan a la vez

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



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

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle.



retiree.uhc.com/ECMT



Llame al número gratuito **1-866-519-5401**,
TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los
7 días de la semana

UHEX23NP0085701_000 SPRJ71344

Cómo funciona su cobertura médica

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

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

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

Consulte la información de su plan en Internet

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

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

¹Esto significa que el proveedor o el hospital acepta tratarle y cobrar según la lista de pagos de UnitedHealthcare. Con este plan, pagamos lo mismo que Medicare y seguimos las reglas de Medicare. Las emergencias estarían cubiertas incluso fuera de la red.

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

Cómo funciona su cobertura de medicamentos con receta

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

A continuación, encontrará respuestas a preguntas frecuentes:

¿Qué farmacias puedo usar?

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

¿Qué es un nivel de costo de medicamento?

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

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

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

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

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

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle.



retiree.uhc.com/ECMT



Llame al número gratuito **1-866-519-5401**,
TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los
7 días de la semana

Maneras que le ayudan a ahorrar en sus medicamentos con receta

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



La Promesa de Ahorros de UnitedHealthcare

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

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

²El tamaño de la red varía según el mercado.



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

El Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso (Income-Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) es lo que el Seguro Social determina que usted podría tener que pagar además de la prima mensual de su plan si sus ingresos brutos ajustados y modificados en su declaración de impuestos ante el Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) de hace 2 años están por encima de un cierto límite. Esta cantidad adicional se paga directamente al Seguro Social, no a su plan. Si usted tiene que pagar un Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso, el Seguro Social se comunicará con usted.



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

Si, en algún 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 consecutivos en los que usted no tiene una cobertura de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare u otra acreditable, se puede aplicar una multa. La cobertura acreditable es una cobertura de medicamentos con receta que es al menos tan buena como lo que requiere Medicare o mejor. La Multa por Inscripción Tardía (Late Enrollment Penalty, LEP) es una cantidad que se agrega a la prima mensual de Medicare y que UnitedHealthcare le factura por separado.

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

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



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

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

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

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle.



retiree.uhc.com/ECMT



Llame al número gratuito **1-866-519-5401**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana

Cómo obtener la cobertura de cuidado de la salud que pueda necesitar

Su cuidado comienza con su médico

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

Buscar un médico es fácil

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

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

Un médico o un proveedor de cuidado de la salud de la red es uno que tiene un contrato con nosotros para prestar servicios a nuestros miembros. Trabajamos estrechamente con nuestra red de médicos para darles acceso a recursos y herramientas que pueden ayudarles a colaborar con usted para tomar mejores decisiones sobre el cuidado de la salud. Usted paga su copago o coseguro según los beneficios del plan. Su proveedor nos facturará el resto.

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

Si un proveedor se rehúsa a facturarnos directamente y no ha decidido dejar de participar en el Programa Medicare ni ha sido excluido ni impedido de participar en él, es posible que le pida que usted pague la cantidad permitida completa por adelantado. En ese caso, usted puede pagarle al médico y luego presentar un reclamo ante nosotros. Le reembolsaremos el costo del reclamo menos su costo compartido.

Aproveche el apoyo y los programas adicionales de UnitedHealthcare



Examen Médico Anual y Visita de Bienestar Anual¹

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



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

Con el programa HouseCalls de UnitedHealthcare®², usted recibe una visita anual a domicilio de uno de nuestros profesionales de cuidado de la salud sin costo adicional para usted. La visita del programa HouseCalls está diseñada para apoyar, pero no reemplazar, el cuidado que usted recibe de su médico habitual.

La visita dura hasta una hora y está adaptada a sus necesidades. Incluye exámenes de salud y la oportunidad de hacer lo siguiente:

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

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



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

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



Programas para Condiciones Crónicas

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



Visitas Virtuales

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

Visitas virtuales con el médico

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

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

Visitas virtuales de salud del comportamiento

Pueden ser la mejor opción para lo siguiente:

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



Cuidado a Domicilio

¿Qué haría que su día sea más llevadero? Quizás contar con ayuda adicional en su hogar con cosas como preparar las comidas, bañarse o recordarle que tome los medicamentos, o incluso el transporte por su comunidad. **CareLinx** ofrece una red de cuidadores profesionales preseleccionados en los que usted puede confiar, lo que puede darle una mayor tranquilidad con los servicios de apoyo de cuidado a domicilio sin costo adicional.



Asistencia Global para Viajes

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

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



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, usted obtendrá acceso a cientos de aparatos auditivos de marca comercial o de marca propia—disponibles en persona en cualquiera de nuestros más de 7,000³ proveedores de UnitedHealthcare Hearing en todo el país⁴ o entregados a su domicilio con entrega directa y cuidado virtual (solo productos selectos)—de manera que usted reciba el cuidado que necesita para oír mejor y aprovechar la vida al máximo.



Traslado para Citas Relacionadas con la Salud Después de una Hospitalización

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



Comidas Después de Ser Dado de Alta

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



Programa de Acondicionamiento Físico de UnitedHealthcare

El programa Renew Active[®] es el programa de referencia de acondicionamiento físico para el cuerpo y la mente que ofrece Medicare, disponible sin costo adicional. Usted recibirá una membresía gratuita en un gimnasio con acceso a nuestra red nacional de gimnasios y centros de acondicionamiento físico. Esto incluye acceso a muchos gimnasios de primera categoría, videos de ejercicios a pedido y clases de acondicionamiento físico en vivo por Internet, actividades sociales, una Comunidad Fitbit[®] en Internet para Renew Active (no se necesita ningún dispositivo Fitbit) y un programa para la agudeza mental por Internet de AARP[®] Staying Sharp[®].



Y muchas cosas 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. Usted recibirá información poco después de que su cobertura entre en vigencia.

Herramientas y recursos para ayudarle a tomar el control



Encuentre información valiosa del plan en Internet

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

- Consultar la información más actualizada sobre sus reclamos
- Revisar información sobre los beneficios y los materiales del plan
- Imprimir una tarjeta de ID temporal y solicitar una nueva
- Buscar médicos de la red
- Buscar farmacias
- Buscar medicamentos y cuánto cuestan conforme al plan
- Obtener más información sobre temas de salud y bienestar, así como explorar todo lo que el programa Renew tiene para ofrecer según sus intereses y metas
- Inscribirse para obtener su Explicación de Beneficios en Internet



Lleve una Vida Más Saludable con el Programa Renew

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

- Juegos para ejercitar la mente, recetas saludables, actividades de acondicionamiento físico, cursos de aprendizaje y más — todo sin costo adicional.
- Recompensas — Una vez que se haga miembro, podrá ganar recompensas por realizar una Visita de Bienestar Anual o exámenes específicos de cuidado de la salud. Después de la fecha de vigencia del plan, los miembros recibirán información de parte de UnitedHealthcare sobre el programa de recompensas y cómo inscribirse.

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

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

³El tamaño de la red varía según el mercado.

⁴Consulte su Resumen de Beneficios para obtener información detallada sobre su cobertura de beneficios.

⁵El programa Renew de UnitedHealthcare no está disponible en todos los planes.

*Las ofertas de recompensas variarán según el miembro y se aplican condiciones de participación. Las recompensas no están disponibles en todos los planes.

© 2022 United HealthCare Services, Inc. Todos los derechos reservados.



Resumen de Beneficios 2023

GMA Comprehensive (PPO)

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

Número del Grupo: 16241

H2001-847-000

Consulte esta guía y aproveche las coberturas de medicamentos y los servicios de salud que proporciona el plan.

Llame a Servicio al Cliente o visite el sitio web para obtener más información sobre el plan.



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

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



retiree.uhc.com/ECMT

United Healthcare

Y0066_SB_H2001_847_000_2023_SP_M

Resumen de Beneficios

Del 1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023

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

Acerca de este plan

GMA Comprehensive (PPO) es un plan Medicare Advantage PPO que tiene un contrato con Medicare.

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

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

Acerca de los proveedores y farmacias de la red

GMA Comprehensive (PPO) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Puede consultar a cualquier proveedor (de la red o fuera de la red) por el mismo costo compartido, siempre y cuando acepten el plan y participen en el Programa de 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 retiree.uhc.com/ECMT para buscar un proveedor o una farmacia de la red mediante los directorios en Internet. También puede consultar la Lista de Medicamentos (Formulario) del plan para saber qué medicamentos están cubiertos y si hay alguna restricción.

GMA Comprehensive (PPO)

Primas y Beneficios

	Dentro de la red y fuera de la red
Prima Mensual del Plan	Comuníquese con el administrador de beneficios de su plan de grupo para determinar su prima real, si corresponde.
Máximo de Gastos de su Bolsillo (no incluye medicamentos con receta)	<p>Su plan tiene un máximo combinado anual de gastos de su bolsillo tanto dentro como fuera de la red de \$2,000 para este año del plan.</p> <p>Si usted alcanza el límite de gastos de su bolsillo, seguirá recibiendo los servicios médicos y hospitalarios que tengan cobertura y nosotros pagaremos el costo total durante el resto del año del plan.</p> <p>Tenga en cuenta que usted todavía tendrá que pagar las primas mensuales, si corresponde, y el costo compartido de sus medicamentos con receta de la Parte D.</p>

GMA Comprehensive (PPO)

Beneficios

		Dentro de la red y fuera de la red
Cuidado Hospitalario para Pacientes Hospitalizados¹		<p>\$0 de copago por cada estadía</p> <p>Nuestro plan cubre un número ilimitado de días en el caso de una estadía en el hospital como paciente hospitalizado.</p>
Servicios Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios¹ Se aplicará un costo compartido por los servicios adicionales cubiertos por el plan.	Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC)	\$0 de copago
	Cirugía para pacientes ambulatorios	\$0 de copago
	Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso observación	\$0 de copago
Visitas al Médico	Proveedor de Cuidado Primario	\$5 de copago
	Visitas Virtuales con el Médico	\$5 de copago
	Especialistas ¹	\$10 de copago
Servicios Preventivos	Cubiertos por Medicare	\$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 (mamografía) Enfermedades cardiovasculares (terapia conductual) Exámenes cardiovasculares Pruebas de detección de cáncer del cuello uterino y de la vagina

Beneficios

		Dentro de la red y fuera de la red
		<p>Exámenes de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, análisis de sangre oculta en la materia fecal, sigmoidoscopia flexible)</p> <p>Evaluación de depresión</p> <p>Pruebas de detección y control de la diabetes</p> <p>Diabetes- Capacitación para el automanejo</p> <p>Capacitación para diálisis</p> <p>Examen de glaucoma</p> <p>Prueba de detección de hepatitis C</p> <p>Prueba de detección del VIH</p> <p>Educación sobre la enfermedad renal</p> <p>Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)</p> <p>Servicios de terapia de nutrición clínica</p> <p>Programa para la Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>Evaluación y asesoramiento sobre obesidad</p> <p>Exámenes de detección de cáncer de próstata (PSA)</p> <p>Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento para prevenirlas</p> <p>Asesoramiento para dejar de usar tabaco (asesoramiento para personas sin señales de enfermedad relacionada con el tabaco)</p> <p>Vacunas, incluso las vacunas antigripales, contra la hepatitis B, contra la pulmonía o la COVID-19</p> <p>Visita preventiva “Bienvenido a Medicare” (una vez)</p>
		<p>Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato tendrá cobertura.</p> <p>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 *
Cuidado de Emergencia		<p>\$100 de copago (mundial)</p> <p>Si es admitido en el hospital en un plazo no mayor de 24 horas, usted paga el costo compartido por cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados en lugar del copago por Cuidado de Emergencia. Consulte la sección “Cuidado Hospitalario para Pacientes Hospitalizados” de esta guía para ver otros costos.</p>

Beneficios

		Dentro de la red y fuera de la red
Servicios Requeridos de Urgencia		<p>\$10 de copago (mundial)</p> <p>Si es admitido en el hospital en un plazo no mayor de 24 horas, usted paga el costo compartido por cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados en lugar del copago por Servicios Requeridos de Urgencia. Consulte la sección “Servicios Hospitalarios para Pacientes Hospitalizados” de esta guía para ver otros costos.</p>
Pruebas de Diagnóstico, Servicios de Laboratorio, Radiología y Radiografías	Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, imágenes por resonancia magnética [MRI], tomografías computarizadas [CT]) ¹	\$0 de copago
	Servicios de laboratorio ¹	\$0 de copago
	Pruebas y procedimientos de diagnóstico ¹	\$0 de copago
	Radiología terapéutica ¹	\$0 de copago
	Radiografías para pacientes ambulatorios ¹	\$0 de copago
Servicios para la Audición	Examen para diagnosticar y tratar problemas de la audición y del equilibrio ¹	\$10 de copago
	Examen de audición de rutina [^]	\$0 de copago, 1 examen por cada año del plan*

Beneficios

		Dentro de la red y fuera de la red
	Aparatos Auditivos^ UnitedHealthcare Hearing	A través de UnitedHealthcare Hearing, el plan paga una asignación de \$3,000 para aparatos auditivos (combinada para ambos oídos), cada 3 años. La cobertura de aparatos auditivos mediante este plan está disponible solamente a través de UnitedHealthcare Hearing.
Servicios para la Vista	Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de los ojos ¹	\$10 de copago
	Artículos para la vista después de una cirugía de cataratas	\$0 de copago
Salud Mental	Visita como paciente hospitalizado ¹	\$0 de copago por cada estadía Nuestro plan cubre un número ilimitado de días en el caso de una estadía en el hospital como paciente hospitalizado.
	Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios ¹	\$10 de copago
	Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios ¹	\$10 de copago
	Visitas Virtuales Relacionadas con el Comportamiento	\$10 de copago

Beneficios

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

Medicamentos con Receta

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

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

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

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

Etapa 1: Deducible Anual para Medicamentos con Receta (Parte D)	Esta etapa de pago no se aplica en su caso ya que este plan no tiene un deducible.	
Etapa 2: Cobertura Inicial (Una vez que haya pagado el deducible, si corresponde)	Costo Compartido en Farmacia Minorista	Costo Compartido en Farmacia de Pedidos por Correo
	Un suministro de 31 días	Suministro de 90 días
Nivel 1: Genéricos Preferidos	\$10 de copago	\$25 de copago
Nivel 2: De Marca Preferidos	\$30 de copago	\$70 de copago
Nivel 3: Medicamentos No Preferidos	\$50 de copago	\$120 de copago
Nivel 4: De Especialidad	\$50 de copago	\$120 de copago
Etapa 3: Etapa Sin Cobertura	Una vez que los costos totales de sus medicamentos alcancen los \$4,660, el plan sigue pagando la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.	
Etapa 4: Cobertura de Gastos Médicos Mayores	Una vez que los gastos de su bolsillo (lo que usted paga, incluso los pagos del Programa de Descuento para la Etapa Sin Cobertura) alcancen el límite de \$7,400 correspondiente al año del plan, usted pasa a la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores. En esta etapa, usted no pagará más que los costos compartidos que pagó en	

<p>la Etapa de Cobertura Inicial y es posible que pague menos por ciertos medicamentos.</p>

Mensaje Importante Sobre lo que Usted Paga por Vacunas - Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted. Llame a Servicio al Cliente para obtener más información.

Mensaje Importante Sobre lo que Usted Paga por la Insulina - Usted no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del nivel de costo compartido en que se encuentre.

Beneficios Adicionales

		Dentro de la Red y fuera de la red
Servicios de Acupuntura	Acupuntura cubierta por Medicare (para el dolor lumbar crónico)	\$10 de copago
	Servicios de Acupuntura de Rutina [^]	\$10 de copago, hasta 12 visitas por cada año del plan *
Servicios Quiroprácticos	Cuidado quiropráctico cubierto por Medicare (manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación) ¹	\$10 de copago
	Servicios quiroprácticos de rutina [^]	\$10 de copago, un número ilimitado de visitas por cada año del plan*
Manejo de la Diabetes	Suministros para el control de la diabetes ¹	<p>\$0 de copago</p> <p>Cubrimos solamente las marcas Accu-Chek® y OneTouch®.</p> <p>Entre los medidores de glucosa con cobertura se incluyen: OneTouch Verio Flex®, OneTouch Verio Reflect®, OneTouch® Verio, OneTouch® Ultra 2, Accu-Chek® Guide Me y Accu-Chek® Guide.</p> <p>Tiras para medir la glucosa: OneTouch Verio®, OneTouch Ultra®, Accu-Chek® Guide, Accu-Chek® Aviva Plus y Accu-Chek® SmartView.</p> <p>Su plan no cubre otras marcas.</p>
	Medidores Continuos de Glucosa (CGM) y sus suministros cubiertos por Medicare ¹	\$0 de copago

Beneficios Adicionales

		Dentro de la Red y fuera de la red
	Capacitación para el automanejo de la diabetes	\$0 de copago
	Plantillas o zapatos terapéuticos ¹	20% de coseguro
Equipo Médico Duradero (DME) y Suministros Relacionados	Equipo Médico Duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno) ¹	20% de coseguro
	Prótesis (por ejemplo, abrazaderas ortopédicas, extremidades artificiales) ¹	20% de coseguro
Programa de acondicionamiento físico Programa Renew Active® de UnitedHealthcare		<p>\$0 de copago por el programa Renew Active® de UnitedHealthcare, el programa de referencia de acondicionamiento físico para el cuerpo y la mente de Medicare. Incluye una membresía gratuita a un gimnasio que usted elija de nuestra red nacional de centros de acondicionamiento físico, clases por Internet, juegos para ejercitar la mente y actividades sociales divertidas. Visite UHCRenewActive.com para obtener más información hoy mismo.</p> <p>Una vez que sea miembro, necesitará un código de confirmación. Inicie sesión en el sitio web de su plan, vaya a "Health & Wellness" (Salud y Bienestar) y elija Renew Active, o llame al número que se encuentra en su tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare para obtener su código.</p>
Cuidado de los Pies (servicios de podiatría)	Exámenes y tratamiento de los pies ¹	\$10 de copago
	Cuidado de los pies de rutina [^]	\$10 de copago, 6 visitas por cada año del plan *
Asistencia Mundial para Viajes UnitedHealthcare Global		\$0 de copago por UnitedHealthcare Global, un servicio que proporciona asistencia médica y para

Beneficios Adicionales

	Dentro de la Red y fuera de la red
	<p>viajes a los miembros de Medicare mientras se encuentran lejos de su domicilio. Incluye el acceso al servicio las 24 horas del día cuando viaja fuera de su país o se encuentra a más de 100 millas de distancia de su domicilio.</p> <p>Recibirá una tarjeta de ID de UnitedHealthcare Global aparte que incluye la información de contacto del Centro de Respuesta ante Emergencias (Emergency Response Center, ERC). 1-410-453-6330 o correo electrónico assistance@uhcglobal.com</p> <p>Regístrese para obtener una cuenta del Centro de Inteligencia en: members.uhcglobal.com.</p>
Cuidado de Asistencia Médica a Domicilio¹	\$0 de copago
Cuidados Paliativos	Usted no paga nada por los cuidados paliativos recibidos de cualquier centro de cuidados paliativos aprobado por Medicare. Es posible que usted tenga que pagar una parte de los costos de los medicamentos y del relevo del cuidador. Los cuidados paliativos están cubiertos por Medicare Original, fuera de nuestro plan.
Cuidado No Médico a Domicilio CareLinx	\$0 de copago. La cobertura incluye 8 horas por mes de cuidado no médico a domicilio, a través del proveedor CareLinx. Las horas no utilizadas no se transfieren. Se aplican algunas restricciones y limitaciones. Para acceder a su beneficio, comuníquese con CareLinx al 1-833-253-5403, de 8 a.m. a 7 p.m., hora del Centro, de lunes a viernes, y de 10 a.m. a 6 p.m., hora del Centro, los sábados y domingos, o visite www.carelinx.com/uhcgroup .

Beneficios Adicionales

		Dentro de la Red y fuera de la red
Entrega de Comida Después de Ser Dado de Alta Mom's Meals		\$0 de copago por 84 comidas entregadas a su domicilio inmediatamente después de una hospitalización o una estadía en un centro de enfermería especializada, si cuenta con una referencia de un Especialista de Servicio al Cliente de UnitedHealthcare. Este beneficio se puede usar una sola vez por año a través de Mom's Meals. Se aplican restricciones. Llame a Servicio al Cliente para solicitar una referencia. Llame a Mom's Meals para obtener más información una vez que haya sido referido. 1-866-204-6111, TTY 711
Servicios de Enfermería por Teléfono		Reciba acceso a consultas de enfermería y recursos clínicos adicionales sin costo adicional.
Servicios del Programa de Tratamiento Relacionado con Opiáceos¹		\$0 de copago
Servicios para Pacientes Ambulatorios por Abuso de Sustancias	Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios ¹	\$10 de copago
	Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios ¹	\$10 de copago
Diálisis Renal¹		\$20 de copago

¹ Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización para algunos de los beneficios dentro de la red que aquí aparecen. Nunca necesitará una preautorización para obtener servicios cubiertos por el plan de parte de proveedores que no son parte 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

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

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". Puede consultarlo en Internet en es.medicare.gov o pedir una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

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

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

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

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

Usted no está obligado a usar la entrega a domicilio de OptumRx para obtener un suministro de 90 días de sus medicamentos de mantenimiento. Si no ha usado la entrega a domicilio de OptumRx, usted debe aprobar la primera receta que su médico envíe directamente a OptumRx antes de que se pueda surtir. Los medicamentos con una receta nueva que OptumRx envía deberían llegarle en un plazo no mayor de cinco días hábiles a partir de la fecha en que se reciba el formulario de pedido completo. Los resurtidos deberían llegarle en aproximadamente siete días hábiles. Comuníquese con OptumRx en cualquier momento al 1-888-279-1828, TTY 711. OptumRx es una 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 al número de Servicio al Cliente o consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información, incluso el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

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

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



Resumen de Beneficios 2023

GMA Premium (PPO)

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

Número del Grupo: 16242

H2001-847-000

Consulte esta guía y aproveche las coberturas de medicamentos y los servicios de salud que proporciona el plan.

Llame a Servicio al Cliente o visite el sitio web para obtener más información sobre el plan.



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

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



retiree.uhc.com/ECMT

United Healthcare

Y0066_SB_H2001_847_000_2023_SP_M

Resumen de Beneficios

Del 1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023

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

Acerca de este plan

GMA Premium (PPO) es un plan Medicare Advantage PPO que tiene un contrato con Medicare.

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

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

Acerca de los proveedores y farmacias de la red

GMA Premium (PPO) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Puede consultar a cualquier proveedor (de la red o fuera de la red) por el mismo costo compartido, siempre y cuando acepten el plan y participen en el Programa de 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 retiree.uhc.com/ECMT para buscar un proveedor o una farmacia de la red mediante los directorios en Internet. También puede consultar la Lista de Medicamentos (Formulario) del plan para saber qué medicamentos están cubiertos y si hay alguna restricción.

GMA Premium (PPO)

Primas y Beneficios

	Dentro de la red y fuera de la red
Prima Mensual del Plan	Comuníquese con el administrador de beneficios de su plan de grupo para determinar su prima real, si corresponde.
Máximo de Gastos de su Bolsillo (no incluye medicamentos con receta)	<p>Su plan tiene un máximo combinado anual de gastos de su bolsillo tanto dentro como fuera de la red de \$1,500 para este año del plan.</p> <p>Si usted alcanza el límite de gastos de su bolsillo, seguirá recibiendo los servicios médicos y hospitalarios que tengan cobertura y nosotros pagaremos el costo total durante el resto del año del plan.</p> <p>Tenga en cuenta que usted todavía tendrá que pagar las primas mensuales, si corresponde, y el costo compartido de sus medicamentos con receta de la Parte D.</p>

GMA Premium (PPO)

Beneficios

		Dentro de la red y fuera de la red
Cuidado Hospitalario para Pacientes Hospitalizados¹		\$0 de copago por cada estadía Nuestro plan cubre un número ilimitado de días en el caso de una estadía en el hospital como paciente hospitalizado.
Servicios Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios¹ Se aplicará un costo compartido por los servicios adicionales cubiertos por el plan.	Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC)	\$0 de copago
	Cirugía para pacientes ambulatorios	\$0 de copago
	Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso observación	\$0 de copago
Visitas al Médico	Proveedor de Cuidado Primario	\$5 de copago
	Visitas Virtuales con el Médico	\$5 de copago
	Especialistas ¹	\$10 de copago
Servicios Preventivos	Cubiertos por Medicare	\$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 (mamografía) Enfermedades cardiovasculares (terapia conductual) Exámenes cardiovasculares Pruebas de detección de cáncer del cuello uterino y de la vagina

Beneficios

		Dentro de la red y fuera de la red
		<p>Exámenes de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, análisis de sangre oculta en la materia fecal, sigmoidoscopia flexible)</p> <p>Evaluación de depresión</p> <p>Pruebas de detección y control de la diabetes</p> <p>Diabetes- Capacitación para el automanejo</p> <p>Capacitación para diálisis</p> <p>Examen de glaucoma</p> <p>Prueba de detección de hepatitis C</p> <p>Prueba de detección del VIH</p> <p>Educación sobre la enfermedad renal</p> <p>Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)</p> <p>Servicios de terapia de nutrición clínica</p> <p>Programa para la Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>Evaluación y asesoramiento sobre obesidad</p> <p>Exámenes de detección de cáncer de próstata (PSA)</p> <p>Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento para prevenirlas</p> <p>Asesoramiento para dejar de usar tabaco (asesoramiento para personas sin señales de enfermedad relacionada con el tabaco)</p> <p>Vacunas, incluso las vacunas antigripales, contra la hepatitis B, contra la pulmonía o la COVID-19</p> <p>Visita preventiva “Bienvenido a Medicare” (una vez)</p>
		<p>Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato tendrá cobertura.</p> <p>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 *
Cuidado de Emergencia		<p>\$50 de copago (mundial)</p> <p>Si es admitido en el hospital en un plazo no mayor de 24 horas, usted paga el costo compartido por cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados en lugar del copago por Cuidado de Emergencia. Consulte la sección “Cuidado Hospitalario para Pacientes Hospitalizados” de esta guía para ver otros costos.</p>

Beneficios

		Dentro de la red y fuera de la red
Servicios Requeridos de Urgencia		<p>\$10 de copago (mundial)</p> <p>Si es admitido en el hospital en un plazo no mayor de 24 horas, usted paga el costo compartido por cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados en lugar del copago por Servicios Requeridos de Urgencia. Consulte la sección “Servicios Hospitalarios para Pacientes Hospitalizados” de esta guía para ver otros costos.</p>
Pruebas de Diagnóstico, Servicios de Laboratorio, Radiología y Radiografías	Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, imágenes por resonancia magnética [MRI], tomografías computarizadas [CT]) ¹	\$0 de copago
	Servicios de laboratorio ¹	\$0 de copago
	Pruebas y procedimientos de diagnóstico ¹	\$0 de copago
	Radiología terapéutica ¹	\$0 de copago
	Radiografías para pacientes ambulatorios ¹	\$0 de copago
Servicios para la Audición	Examen para diagnosticar y tratar problemas de la audición y del equilibrio ¹	\$10 de copago
	Examen de audición de rutina [^]	\$0 de copago, 1 examen por cada año del plan*

Beneficios

		Dentro de la red y fuera de la red
	Aparatos Auditivos^ UnitedHealthcare Hearing	A través de UnitedHealthcare Hearing, el plan paga una asignación de \$4,000 para aparatos auditivos (combinada para ambos oídos), cada 3 años. La cobertura de aparatos auditivos mediante este plan está disponible solamente a través de UnitedHealthcare Hearing.
Servicios para la Vista	Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de los ojos ¹	\$10 de copago
	Artículos para la vista después de una cirugía de cataratas	\$0 de copago
Salud Mental	Visita como paciente hospitalizado ¹	\$0 de copago por cada estadía Nuestro plan cubre un número ilimitado de días en el caso de una estadía en el hospital como paciente hospitalizado.
	Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios ¹	\$10 de copago
	Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios ¹	\$10 de copago
	Visitas Virtuales Relacionadas con el Comportamiento	\$10 de copago

Beneficios

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

Medicamentos con Receta

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

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

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

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

Etapa 1: Deducible Anual para Medicamentos con Receta (Parte D)	Esta etapa de pago no se aplica en su caso ya que este plan no tiene un deducible.	
Etapa 2: Cobertura Inicial (Una vez que haya pagado el deducible, si corresponde)	Costo Compartido en Farmacia Minorista	Costo Compartido en Farmacia de Pedidos por Correo
	Un suministro de 31 días	Suministro de 90 días
Nivel 1: Genéricos Preferidos	\$5 de copago	\$12 de copago
Nivel 2: De Marca Preferidos	\$25 de copago	\$60 de copago
Nivel 3: Medicamentos No Preferidos	\$40 de copago	\$100 de copago
Nivel 4: De Especialidad	\$40 de copago	\$100 de copago
Etapa 3: Etapa Sin Cobertura	Una vez que los costos totales de sus medicamentos alcancen los \$4,660, el plan sigue pagando la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.	
Etapa 4: Cobertura de Gastos Médicos Mayores	Una vez que los gastos de su bolsillo (lo que usted paga, incluso los pagos del Programa de Descuento para la Etapa Sin Cobertura) alcancen el límite de \$7,400 correspondiente al año del plan, usted pasa a la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores. En esta etapa, usted no pagará más que los costos compartidos que pagó en	

<p>la Etapa de Cobertura Inicial y es posible que pague menos por ciertos medicamentos.</p>

Mensaje Importante Sobre lo que Usted Paga por Vacunas - Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted. Llame a Servicio al Cliente para obtener más información.

Mensaje Importante Sobre lo que Usted Paga por la Insulina - Usted no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del nivel de costo compartido en que se encuentre.

Beneficios Adicionales

		Dentro de la Red y fuera de la red
Servicios de Acupuntura	Acupuntura cubierta por Medicare (para el dolor lumbar crónico)	\$10 de copago
	Servicios de Acupuntura de Rutina [^]	\$10 de copago, hasta 12 visitas por cada año del plan *
Servicios Quiroprácticos	Cuidado quiropráctico cubierto por Medicare (manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación) ¹	\$10 de copago
	Servicios quiroprácticos de rutina [^]	\$10 de copago, un número ilimitado de visitas por cada año del plan *
Manejo de la Diabetes	Suministros para el control de la diabetes ¹	<p>\$0 de copago</p> <p>Cubrimos solamente las marcas Accu-Chek® y OneTouch®.</p> <p>Entre los medidores de glucosa con cobertura se incluyen: OneTouch Verio Flex®, OneTouch Verio Reflect®, OneTouch® Verio, OneTouch® Ultra 2, Accu-Chek® Guide Me y Accu-Chek® Guide.</p> <p>Tiras para medir la glucosa: OneTouch Verio®, OneTouch Ultra®, Accu-Chek® Guide, Accu-Chek® Aviva Plus y Accu-Chek® SmartView.</p> <p>Su plan no cubre otras marcas.</p>
	Medidores Continuos de Glucosa (CGM) y sus suministros cubiertos por Medicare ¹	\$0 de copago

Beneficios Adicionales

		Dentro de la Red y fuera de la red
	Capacitación para el automanejo de la diabetes	\$0 de copago
	Plantillas o zapatos terapéuticos ¹	10% de coseguro
Equipo Médico Duradero (DME) y Suministros Relacionados	Equipo Médico Duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno) ¹	10% de coseguro
	Prótesis (por ejemplo, abrazaderas ortopédicas, extremidades artificiales) ¹	10% de coseguro
Programa de acondicionamiento físico Programa Renew Active® de UnitedHealthcare		<p>\$0 de copago por el programa Renew Active® de UnitedHealthcare, el programa de referencia de acondicionamiento físico para el cuerpo y la mente de Medicare. Incluye una membresía gratuita a un gimnasio que usted elija de nuestra red nacional de centros de acondicionamiento físico, clases por Internet, juegos para ejercitar la mente y actividades sociales divertidas. Visite UHCRenewActive.com para obtener más información hoy mismo.</p> <p>Una vez que sea miembro, necesitará un código de confirmación. Inicie sesión en el sitio web de su plan, vaya a "Health & Wellness" (Salud y Bienestar) y elija Renew Active, o llame al número que se encuentra en su tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare para obtener su código.</p>
Cuidado de los Pies (servicios de podiatría)	Exámenes y tratamiento de los pies ¹	\$10 de copago
	Cuidado de los pies de rutina [^]	\$10 de copago, 6 visitas por cada año del plan *
Asistencia Mundial para Viajes UnitedHealthcare Global		\$0 de copago por UnitedHealthcare Global, un servicio que proporciona asistencia médica y para

Beneficios Adicionales

	Dentro de la Red y fuera de la red
	<p>viajes a los miembros de Medicare mientras se encuentran lejos de su domicilio. Incluye el acceso al servicio las 24 horas del día cuando viaja fuera de su país o se encuentra a más de 100 millas de distancia de su domicilio.</p> <p>Recibirá una tarjeta de ID de UnitedHealthcare Global aparte que incluye la información de contacto del Centro de Respuesta ante Emergencias (Emergency Response Center, ERC). 1-410-453-6330 o correo electrónico assistance@uhcglobal.com</p> <p>Regístrese para obtener una cuenta del Centro de Inteligencia en: members.uhcglobal.com.</p>
Cuidado de Asistencia Médica a Domicilio¹	\$0 de copago
Cuidados Paliativos	Usted no paga nada por los cuidados paliativos recibidos de cualquier centro de cuidados paliativos aprobado por Medicare. Es posible que usted tenga que pagar una parte de los costos de los medicamentos y del relevo del cuidador. Los cuidados paliativos están cubiertos por Medicare Original, fuera de nuestro plan.
Cuidado No Médico a Domicilio CareLinx	\$0 de copago. La cobertura incluye 8 horas por mes de cuidado no médico a domicilio, a través del proveedor CareLinx. Las horas no utilizadas no se transfieren. Se aplican algunas restricciones y limitaciones. Para acceder a su beneficio, comuníquese con CareLinx al 1-833-253-5403, de 8 a.m. a 7 p.m., hora del Centro, de lunes a viernes, y de 10 a.m. a 6 p.m., hora del Centro, los sábados y domingos, o visite www.carelinx.com/uhcgroup .

Beneficios Adicionales

		Dentro de la Red y fuera de la red
Entrega de Comida Después de Ser Dado de Alta Mom's Meals		\$0 de copago por 84 comidas entregadas a su domicilio inmediatamente después de una hospitalización o una estadía en un centro de enfermería especializada, si cuenta con una referencia de un Especialista de Servicio al Cliente de UnitedHealthcare. Este beneficio se puede usar una sola vez por año a través de Mom's Meals. Se aplican restricciones. Llame a Servicio al Cliente para solicitar una referencia. Llame a Mom's Meals para obtener más información una vez que haya sido referido. 1-866-204-6111, TTY 711
Servicios de Enfermería por Teléfono		Reciba acceso a consultas de enfermería y recursos clínicos adicionales sin costo adicional.
Servicios del Programa de Tratamiento Relacionado con Opiáceos¹		\$0 de copago
Servicios para Pacientes Ambulatorios por Abuso de Sustancias	Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios ¹	\$10 de copago
	Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios ¹	\$10 de copago
Diálisis Renal¹		\$20 de copago

¹ Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización para algunos de los beneficios dentro de la red que aquí aparecen. Nunca necesitará una preautorización para obtener servicios cubiertos por el plan de parte de proveedores que no son parte 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

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

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". Puede consultarlo en Internet en es.medicare.gov o pedir una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

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

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

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

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

Usted no está obligado a usar la entrega a domicilio de OptumRx para obtener un suministro de 90 días de sus medicamentos de mantenimiento. Si no ha usado la entrega a domicilio de OptumRx, usted debe aprobar la primera receta que su médico envíe directamente a OptumRx antes de que se pueda surtir. Los medicamentos con una receta nueva que OptumRx envía deberían llegarle en un plazo no mayor de cinco días hábiles a partir de la fecha en que se reciba el formulario de pedido completo. Los resurtidos deberían llegarle en aproximadamente siete días hábiles. Comuníquese con OptumRx en cualquier momento al 1-888-279-1828, TTY 711. OptumRx es una 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 al número de Servicio al Cliente o consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información, incluso el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

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

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

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 LUU 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, निःशुल्क 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 kenyanam. Pakitawagan iti miyembro toll-free nga number nga nakasurat iti sango ti libro.

DÍÍ BAA'ÁKONÍNÍZIN: **Diné (Navajo)** bizaad bee yánilti'go, saad bee áka'anída'awo'ígíí, t'áá jíik'eh, bee ná'ahóót'i'. T'áá shq'odí díí naaltsoos bidáahgi t'áá jiik'eh naaltsoos báha'dít'éhígíí béesh bee hane'i 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.

This page left intentionally blank.

Lista de Medicamentos

Lista de Medicamentos

Esta es una lista alfabética parcial de los medicamentos con receta que cubre el plan a partir del 1 de septiembre de 2022. Esta lista puede cambiar durante el año. Llámenos o visítenos en Internet para obtener la información más completa y actualizada. Nuestro número de teléfono y sitio web se encuentran en la contraportada de esta guía.

- Los medicamentos **de marca** aparecen en letra **remarcada**. Los medicamentos genéricos aparecen en letra normal
- Los medicamentos cubiertos están asignados a niveles. Cada nivel tiene un costo diferente:
 - Nivel 1: Genéricos preferido
 - Nivel 2: De marca preferidos
 - Nivel 3: Medicamento no preferidos
 - Nivel 4: De especialidad
- Cada nivel tiene un monto de copago o coseguro
- Consulte el Resumen de Beneficios de este libro para averiguar lo que pagará por estos medicamentos
- Algunos medicamentos tienen requisitos de cobertura, como autorización previa o terapia escalonada. Si su medicamento tiene reglas o límites de cobertura, habrá código(s) en la lista. Los códigos y lo que significan se muestran a continuación

PÁ **Preautorización**

El plan necesita más información de su médico para asegurarse de que el medicamento se esté usando correctamente para una afección médica cubierta por Medicare. Si no obtiene la aprobación previa, es posible que no esté cubierta.

QL **Límites de cantidad**

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

ST **Terapia escalonada**

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

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

Dependiendo de cómo se use este medicamento, puede estar cubierto por la Parte B o la Parte D de Medicare. Es posible que su médico deba darle al plan más información sobre cómo se usará este medicamento para asegurarse de que esté cubierto correctamente.

HRM Medicamento de alto riesgo	Este medicamento se conoce como un medicamento de alto riesgo (HRM) para pacientes de 65 años o más. Este medicamento puede causar efectos secundarios si se toma de forma regular. Le sugerimos que hable con su médico para ver si hay un medicamento alternativo disponible para tratar su afección.
LA Acceso limitado	La Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) solamente permite que ciertos centros o médicos suministren este medicamento. Es posible que el medicamento requiera manejo adicional, coordinación de médicos o información educativa al paciente.
MME Equivalente a miligramos de morfina	Se pueden aplicar límites de cantidad adicionales en todos los medicamentos de la clase de opioides utilizados para el tratamiento del dolor. Este límite adicional se denomina equivalente acumulativo de miligramos de morfina (MME) y está diseñado para controlar los niveles de dosificación seguros de opioides para las personas que pueden estar tomando más de 1 medicamento opioide para el manejo del dolor. Si su médico le receta más de esta cantidad o cree que el límite no es adecuado para su situación, usted o su médico pueden pedirle al plan que cubra la cantidad adicional.
7D Límite de 7 días	Un medicamento opiáceo usado para el tratamiento del dolor agudo podría estar limitado a un suministro de 7 días para miembros sin historial reciente de uso de opiáceos. Este límite pretende reducir al mínimo el uso de opiáceos a largo plazo. Para los miembros que son nuevos en el plan y tienen un historial reciente de uso de opiáceos, el límite podría anularse por la farmacia cuando corresponda.
DL Límite de suministro	Los límites de dispensación se aplican a este medicamento. Este medicamento está limitado a un suministro de 1 mes por receta.

A	
Abacavir Sulfate-Lamivudine (Oral Tablet),T1 - QL	Acamprosate Calcium (Oral Tablet Delayed Release),T1
Abilify Maintena (Intramuscular Prefilled Syringe),T4	Acetaminophen-Codeine (300-15MG Oral Tablet, 300-30MG Oral Tablet, 300-60MG Oral Tablet),T1 - 7D; MME; DL; QL
Abilify Maintena (Intramuscular Suspension Reconstituted ER),T4	Acetazolamide (Oral Tablet),T1
Abiraterone Acetate (250MG Oral Tablet),T1 - PA	Acetazolamide ER (Oral Capsule Extended Release 12 Hour),T1
	Actimmune (Subcutaneous Solution),T4

T1 = Nivel 1

T2 = Nivel 2

T3 = Nivel 3

T4 = Nivel 4

Acyclovir (Oral Capsule),T1

Acyclovir (Oral Tablet),T1

Adacel (Intramuscular Suspension),T2 - QL

Advair Diskus (Inhalation Aerosol Powder Breath Activated),T1 - QL

Advair HFA (Inhalation Aerosol),T2 - QL

Aimovig (Subcutaneous Solution Auto-Injector),T3 - PA; QL

Albendazole (Oral Tablet),T1 - QL

Alcohol Prep Pads,T2

Alecensa (Oral Capsule),T4 - PA

Alendronate Sodium (10MG Oral Tablet, 35MG Oral Tablet, 70MG Oral Tablet),T1

Alfuzosin HCl ER (Oral Tablet Extended Release 24 Hour),T1

Allopurinol (Oral Tablet),T1

Alphagan P (0.1% Ophthalmic Solution),T2

Alphagan P (0.15% Ophthalmic Solution),T3

Alprazolam (Oral Tablet Immediate Release),T1 - QL

Alrex (Ophthalmic Suspension),T3

Amantadine HCl (Oral Capsule),T1

Amantadine HCl (Oral Solution),T1

Amantadine HCl (Oral Tablet),T1

Ambrisentan (Oral Tablet),T1 - PA; QL

Amiloride HCl (Oral Tablet),T1

Amiodarone HCl (Oral Tablet),T1

Amitriptyline HCl (Oral Tablet),T1 - HRM

Amlodipine Besylate (Oral Tablet),T1

Amlodipine-Benazepril (Oral Capsule),T1 - QL

Ammonium Lactate (External Cream),T1

Ammonium Lactate (External Lotion),T1

Amoxicillin (Oral Capsule),T1

Amoxicillin (Oral Tablet Immediate Release),T1

Tipo en negrita = Medicamento de marca

Amphetamine-Dextroamphetamine (Oral Tablet),T1 - QL

Amphetamine-Dextroamphetamine ER (Oral Capsule Extended Release 24 Hour),T1 - QL

Ampyra (Oral Tablet Extended Release 12 Hour),T4 - ST; QL

Anagrelide HCl (Oral Capsule),T1

Anastrozole (Oral Tablet),T1

Androderm (Transdermal Patch 24 Hour),T2

Anoro Ellipta (Inhalation Aerosol Powder Breath Activated),T2 - QL

Apriso (Oral Capsule Extended Release 24 Hour),T2 - QL

Aranesp (Albumin Free) (100MCG/0.5ML Injection Solution Prefilled Syringe, 150MCG/0.3ML Injection Solution Prefilled Syringe, 200MCG/0.4ML Injection Solution Prefilled Syringe, 300MCG/0.6ML Injection Solution Prefilled Syringe, 500MCG/ML Injection Solution Prefilled Syringe, 60MCG/0.3ML Injection Solution Prefilled Syringe),T4 - PA

Aranesp (Albumin Free) (100MCG/ML Injection Solution, 200MCG/ML Injection Solution),T4 - PA

Aranesp (Albumin Free) (10MCG/0.4ML Injection Solution Prefilled Syringe, 25MCG/0.42ML Injection Solution Prefilled Syringe, 40MCG/0.4ML Injection Solution Prefilled Syringe),T3 - PA

Aranesp (Albumin Free) (25MCG/ML Injection Solution, 40MCG/ML Injection Solution, 60MCG/ML Injection Solution),T3 - PA

Aripiprazole (Oral Tablet),T1 - QL

Aristada (Intramuscular Prefilled Syringe),T4

Aristada Initio (Intramuscular Prefilled Syringe),T4

Arnuity Ellipta (Inhalation Aerosol Powder Breath Activated),T2 - QL

Tipo simple = Medicamento genérico

Asmanex (120 Metered Doses) (Inhalation Aerosol Powder Breath Activated),T3 - ST; QL

Asmanex (30 Metered Doses) (Inhalation Aerosol Powder Breath Activated),T3 - ST; QL

Asmanex (60 Metered Doses) (Inhalation Aerosol Powder Breath Activated),T3 - ST; QL

Asmanex HFA (Inhalation Aerosol),T3 - ST; QL

Aspirin-Dipyridamole ER (Oral Capsule Extended Release 12 Hour),T1 - QL

Atazanavir Sulfate (Oral Capsule),T1 - QL

Atenolol (Oral Tablet),T1

Atomoxetine HCl (Oral Capsule),T1

Atorvastatin Calcium (Oral Tablet),T1 - QL

Atovaquone-Proguanil HCl (Oral Tablet),T1

Atrovent HFA (Inhalation Aerosol Solution),T3

Aubagio (Oral Tablet),T4 - QL

Auryxia (Oral Tablet),T4 - PA

Austedo (Oral Tablet),T4 - PA; QL

Avonex Pen (Intramuscular Auto-Injector Kit),T4

Avonex Prefilled (Intramuscular Prefilled Syringe Kit),T4

Azasite (Ophthalmic Solution),T3

Azathioprine (50MG Oral Tablet),T1 - B/D,PA

Azelastine HCl (0.1% Nasal Solution, 0.15% Nasal Solution),T1

Azelastine HCl (Ophthalmic Solution),T1

Azithromycin (Oral Packet),T1

Azithromycin (Oral Tablet),T1

B

BRIVIACT (Oral Solution),T4 - PA

BRIVIACT (Oral Tablet),T4 - PA

Baclofen (Oral Tablet),T1

Balsalazide Disodium (Oral Capsule),T1

Baqsimi One Pack (Nasal Powder),T2

Basaglar KwikPen (Subcutaneous Solution Pen-Injector),T3 - ST

Belsomra (Oral Tablet),T2 - QL

Benazepril HCl (Oral Tablet),T1 - QL

Benazepril-Hydrochlorothiazide (Oral Tablet),T1 - QL

Benzotropine Mesylate (Oral Tablet),T1 - PA; HRM

Bepreve (Ophthalmic Solution),T3

Berinert (Intravenous Kit),T4 - PA

Besivance (Ophthalmic Suspension),T3

Betaseron (Subcutaneous Kit),T4

Bethanechol Chloride (Oral Tablet),T1

Betimol (Ophthalmic Solution),T3

Bevespi Aerosphere (Inhalation Aerosol),T3 - ST

Bexarotene (Oral Capsule),T1 - PA

Bicalutamide (Oral Tablet),T1

Bijuva (Oral Capsule),T3 - PA; HRM

Bisoprolol Fumarate (Oral Tablet),T1

Bisoprolol-Hydrochlorothiazide (Oral Tablet),T1 - QL

Breo Ellipta (Inhalation Aerosol Powder Breath Activated),T2 - QL

Breztri Aerosphere (Inhalation Aerosol),T2 - QL

Brilinta (Oral Tablet),T2 - QL

Brimonidine Tartrate (Ophthalmic Solution),T1

Budesonide (Inhalation Suspension),T1 - B/D,PA

Budesonide (Oral Capsule Delayed Release Particles),T1

Buprenorphine (Transdermal Patch Weekly),T1 - 7D; DL; QL

Buprenorphine HCl (Tablet Sublingual),T1 - QL

Buprenorphine HCl-Naloxone HCl (Sublingual

T1 = Nivel 1

T2 = Nivel 2

T3 = Nivel 3

T4 = Nivel 4

Film),T1 - QL

Bupropion HCl (Oral Tablet Immediate Release),T1

Bupropion HCl ER (XL) (450MG Oral Tablet Extended Release 24 Hour),T3

Bupropion HCl SR (150MG Oral Tablet Extended Release 12 Hour Smoking-Deterrent),T1

Bupropion HCl SR (Oral Tablet Extended Release 12 Hour),T1

Bupropion HCl XL (150MG Oral Tablet Extended Release 24 Hour, 300MG Oral Tablet Extended Release 24 Hour),T1

Bupirone HCl (Oral Tablet),T1

Bydureon BCise (Subcutaneous Auto-Injector),T3 - QL

Byetta 10MCG Pen (Subcutaneous Solution Pen-Injector),T3 - ST; QL

Byetta 5MCG Pen (Subcutaneous Solution Pen-Injector),T3 - ST; QL

Bystolic (Oral Tablet),T3 - QL

C

Cabergoline (Oral Tablet),T1

Calcitriol (Oral Capsule),T1 - B/D,PA

Calcium Acetate (667MG Oral Tablet),T1

Calcium Acetate (Phosphate Binder) (Oral Capsule),T1

Calquence (Oral Capsule),T4 - PA; QL

Carbamazepine (Oral Tablet Immediate Release),T1

Carbidopa (Oral Tablet),T1

Carbidopa-Levodopa (Oral Tablet Immediate Release),T1

Carbidopa-Levodopa ER (Oral Tablet Extended Release),T1

Carbidopa-Levodopa ODT (Oral Tablet

Dispersible),T1

Carbidopa-Levodopa-Entacapone (Oral Tablet),T1

Carvedilol (Oral Tablet),T1

Cefdinir (Oral Capsule),T1

Celecoxib (Oral Capsule),T1 - QL

Celontin (Oral Capsule),T3

Cephalexin (Oral Capsule),T1

Cephalexin (Oral Tablet),T1

Chemet (Oral Capsule),T4

Chlorhexidine Gluconate (Mouth Solution),T1

Chlorthalidone (Oral Tablet),T1

Chlorzoxazone (500MG Oral Tablet, 750MG Oral Tablet),T1 - PA; HRM

Cholestyramine (Oral Packet),T1

Cholestyramine Light (Oral Packet),T1

Cilostazol (Oral Tablet),T1

Cimetidine (Oral Tablet),T1

Cimetidine HCl (Oral Solution),T1

Ciprofloxacin HCl (250MG Oral Tablet Immediate Release, 500MG Oral Tablet Immediate Release, 750MG Oral Tablet Immediate Release),T1

Ciprofloxacin-Dexamethasone (Otic Suspension),T1

Citalopram Hydrobromide (Oral Tablet),T1

Clarithromycin (Oral Tablet Immediate Release),T1

Clenpiq (Oral Solution),T2

Climara Pro (Transdermal Patch Weekly),T3 - PA; HRM

Clonazepam (Oral Tablet),T1 - QL

Clonazepam ODT (Oral Tablet Dispersible),T1 - QL

Clonidine (Transdermal Patch Weekly),T1

Tipo en negrita = Medicamento de marca

Tipo simple = Medicamento genérico

Clonidine HCl (Oral Tablet Immediate Release),T1	Daliresp (Oral Tablet),T3 - PA
Clopidogrel Bisulfate (75MG Oral Tablet),T1	Dapsone (Oral Tablet),T1
Clozapine (Oral Tablet),T1	DayVigo (Oral Tablet),T2 - QL
Clozapine ODT (Oral Tablet Dispersible),T1	Deferasirox (Oral Tablet Soluble) (Generic Exjade),T1 - PA
Colchicine (0.6MG Oral Capsule) (Brand Equivalent Mitigare),T2	Deferiprone (500MG Oral Tablet),T1 - PA
Colchicine (0.6MG Oral Tablet) (Generic Colcrys),T1	Delzicol (Oral Capsule Delayed Release),T3
Colesevelam HCl (Oral Tablet),T1	Depen Titratabs (Oral Tablet),T4
Combigan (Ophthalmic Solution),T2	Desmopressin Acetate (Oral Tablet),T1
Combivent Respimat (Inhalation Aerosol Solution),T2 - QL	Desvenlafaxine Succinate ER (Oral Tablet Extended Release 24 Hour) (Generic Pristiq),T1
Copaxone (Subcutaneous Solution Prefilled Syringe),T4	Dexamethasone (Oral Tablet),T1
Corlanor (Oral Solution),T3 - PA; QL	Dextrose-NaCl (5-0.2% Intravenous Solution),T1
Corlanor (Oral Tablet),T3 - PA; QL	Diazepam (10MG Oral Tablet, 2MG Oral Tablet, 5MG Oral Tablet),T1 - QL
Cosentyx (300MG Dose) (Subcutaneous Solution Prefilled Syringe),T4 - PA; QL	Diazepam (5MG/5ML Oral Solution),T1
Cosentyx (75MG/0.5ML Subcutaneous Solution Prefilled Syringe),T4 - PA; QL	Diazepam Intensol (Oral Concentrate),T1 - QL
Cosentyx Sensoready (300MG) (Subcutaneous Solution Auto-Injector),T4 - PA; QL	Diazoxide (Oral Suspension),T1
Cosopt PF (Ophthalmic Solution),T3	Diclofenac Potassium (50MG Oral Tablet),T1
Creon (Oral Capsule Delayed Release Particles),T2	Diclofenac Sodium (1% External Gel),T1
Cromolyn Sodium (Inhalation Nebulization Solution),T1 - B/D,PA	Diclofenac Sodium (Oral Tablet Delayed Release),T1
Cyclobenzaprine HCl (10MG Oral Tablet, 5MG Oral Tablet),T1 - PA; HRM	Diclofenac Sodium ER (Oral Tablet Extended Release 24 Hour),T1
Cyclophosphamide (Oral Capsule),T1 - B/D,PA	Dicyclomine HCl (Oral Capsule),T1 - HRM
D	Dicyclomine HCl (Oral Tablet),T1 - HRM
DARAPRIM (Oral Tablet),T4	Difucid (Oral Suspension Reconstituted),T4
Dalfampridine ER (Oral Tablet Extended Release 12 Hour),T1 - QL	Difucid (Oral Tablet),T4
	Digoxin (125MCG Oral Tablet),T1 - HRM; QL
	Digoxin (250MCG Oral Tablet),T1 - PA; HRM
	Dihydroergotamine Mesylate (Nasal Solution),T1 - PA; QL
	Diltiazem HCl (Oral Tablet Immediate Release),T1

T1 = Nivel 1

T2 = Nivel 2

T3 = Nivel 3

T4 = Nivel 4

Diltiazem HCl ER (Oral Capsule Extended Release 12 Hour),T1

Diltiazem HCl ER Beads (360MG Oral Capsule Extended Release 24 Hour, 420MG Oral Capsule Extended Release 24 Hour),T1

Diltiazem HCl ER Coated Beads (120MG Oral Capsule Extended Release 24 Hour, 180MG Oral Capsule Extended Release 24 Hour, 240MG Oral Capsule Extended Release 24 Hour, 300MG Oral Capsule Extended Release 24 Hour),T1

Dimethyl Fumarate (240MG Oral Capsule Delayed Release),T1 - QL

Dipentum (Oral Capsule),T4

Diphenoxylate-Atropine (Oral Tablet),T1 - PA; HRM

Divalproex Sodium (Oral Capsule Delayed Release Sprinkle),T1

Divalproex Sodium (Oral Tablet Delayed Release),T1

Divalproex Sodium ER (Oral Tablet Extended Release 24 Hour),T1

Donepezil HCl (Oral Tablet),T1 - QL

Donepezil HCl ODT (Oral Tablet Dispersible),T1 - QL

Dorzolamide HCl (Ophthalmic Solution),T1

Dorzolamide HCl-Timolol Maleate (Ophthalmic Solution),T1

Doxazosin Mesylate (Oral Tablet),T1

Doxycycline Hyclate (Oral Capsule),T1

Doxycycline Hyclate (Oral Tablet Immediate Release),T1

Dronabinol (Oral Capsule),T1 - PA

Duavee (Oral Tablet),T3 - PA; HRM

Dulera (Inhalation Aerosol),T3 - PA; QL

Duloxetine HCl (20MG Oral Capsule Delayed Release Particles, 30MG Oral Capsule Delayed

Release Particles, 60MG Oral Capsule Delayed Release Particles),T1 - QL

Dupixent (Subcutaneous Solution Pen-Injector),T4 - PA

Dupixent (Subcutaneous Solution Prefilled Syringe),T4 - PA

Dutasteride (Oral Capsule),T1

Dymista (Nasal Suspension),T3

E

Edarbi (Oral Tablet),T3 - QL

Edarbyclor (Oral Tablet),T3 - QL

Efavirenz-Emtricitabine-Tenofovir (Oral Tablet),T1 - QL

Elidel (External Cream),T3 - ST; QL

Eliquis (2.5MG Oral Tablet, 5MG Oral Tablet),T2 - QL

Elmiron (Oral Capsule),T4

Emgality (120MG/ML Subcutaneous Solution Prefilled Syringe),T3 - PA; QL

Emgality (300MG Dose) (100MG/ML Subcutaneous Solution Prefilled Syringe),T3 - PA; QL

Emgality (Subcutaneous Solution Auto-Injector),T3 - PA; QL

Emtricitabine-Tenofovir Disoproxil Fumarate (Oral Tablet),T1 - QL

Enalapril Maleate (Oral Tablet),T1 - QL

Enalapril-Hydrochlorothiazide (Oral Tablet),T1 - QL

Enbrel (Subcutaneous Solution Prefilled Syringe),T4 - PA; QL

Enbrel (Subcutaneous Solution Reconstituted),T4 - PA; QL

Enbrel (Subcutaneous Solution),T4 - PA; QL

Enbrel Mini (Subcutaneous Solution Cartridge),T4 - PA; QL

Tipo en negrita = Medicamento de marca

Tipo simple = Medicamento genérico

Enbrel SureClick (Subcutaneous Solution Auto-Injector),T4 - PA; QL

Entacapone (Oral Tablet),T1

Entecavir (Oral Tablet),T1

Entresto (Oral Tablet),T2 - QL**Envarsus XR (Oral Tablet Extended Release 24 Hour),T3 - B/D,PA****Epclusa (Oral Packet),T4 - PA; QL****Epclusa (Oral Tablet),T4 - PA; QL****EpiPen 2-Pak (Injection Solution Auto-Injector),T3 - QL****EpiPen Jr 2-Pak (Injection Solution Auto-Injector),T3 - QL****Epiduo (External Gel),T3****Epiduo Forte (External Gel),T3 - ST**

Epinephrine (0.15MG/0.3ML Injection Solution Auto-Injector, 0.3MG/0.3ML Injection Solution Auto-Injector),T1 - QL

Eplerenone (Oral Tablet),T1

Ergoloid Mesylates (Oral Tablet),T1 - PA; HRM

Ergotamine-Caffeine (Oral Tablet),T1

Erivedge (Oral Capsule),T4 - PA**Erleada (Oral Tablet),T4 - PA**

Ertapenem Sodium (Injection Solution Reconstituted),T1

Erythromycin (Ophthalmic Ointment),T1

Esbriet (Oral Capsule),T4 - PA; QL**Esbriet (Oral Tablet),T4 - PA; QL**

Escitalopram Oxalate (Oral Tablet),T1

Esomeprazole Magnesium (40MG Oral Capsule Delayed Release) (Generic Nexium),T1 - QL

Estradiol (Oral Tablet),T1 - PA; HRM

Estradiol (Transdermal Patch Twice Weekly),T1 - PA; HRM; QL

Estradiol (Transdermal Patch Weekly),T1 - PA;

HRM; QL

Estradiol (Vaginal Cream),T1

Eszopiclone (Oral Tablet),T1 - PA; HRM; QL

Ethambutol HCl (400MG Oral Tablet),T1

Ethosuximide (Oral Capsule),T1

Ethosuximide (Oral Solution),T1

Etravirine (200MG Oral Tablet),T1 - QL

Eucrisa (External Ointment),T3 - PA; QL**Extavia (Subcutaneous Kit),T4**

Ezetimibe (Oral Tablet),T1

Ezetimibe-Simvastatin (Oral Tablet),T1 - QL

F

Famotidine (20MG Oral Tablet, 40MG Oral Tablet),T1

Farxiga (Oral Tablet),T2 - QL**Fasenra (Subcutaneous Solution Prefilled Syringe),T4 - PA****Fasenra Pen (Subcutaneous Solution Auto-Injector),T4 - PA**

Fenofibrate (145MG Oral Tablet, 160MG Oral Tablet, 48MG Oral Tablet, 54MG Oral Tablet),T1

Finacea (External Foam),T3 - QL**Finacea (External Gel),T3 - QL**

Finasteride (5MG Oral Tablet) (Generic Proscar),T1

Flarex (Ophthalmic Suspension),T3**Flector (External Patch),T3 - PA; QL****FloLipid (Oral Suspension),T3 - QL****Flovent Diskus (Inhalation Aerosol Powder Breath Activated),T2****Flovent HFA (Inhalation Aerosol),T2 - QL**

Fluconazole (Oral Tablet),T1

Fluoxetine HCl (10MG Oral Capsule Immediate Release, 20MG Oral Capsule Immediate Release, 40MG Oral Capsule Immediate Release)

T1 = Nivel 1

T2 = Nivel 2

T3 = Nivel 3

T4 = Nivel 4

Release),T1
Fluphenazine HCl (Oral Tablet),T1
Fluticasone Propionate (Nasal Suspension),T1
Forteo (Subcutaneous Solution Pen-Injector),T4 - PA
Fragmin (Subcutaneous Solution Prefilled Syringe),T4
Fragmin (Subcutaneous Solution),T4
Furosemide (Oral Tablet),T1
Fuzeon (Subcutaneous Solution Reconstituted),T4 - QL
G
Gabapentin (600MG Oral Tablet, 800MG Oral Tablet),T1
Gabapentin (Oral Capsule),T1
Gammagard (2.5GM/25ML Injection Solution),T4 - PA
Gammagard S/D Less IgA (Intravenous Solution Reconstituted),T4 - PA
Gemfibrozil (Oral Tablet),T1
Genotropin (12MG Subcutaneous Cartridge),T4 - PA
Genotropin (5MG Subcutaneous Cartridge),T3 - PA
Genotropin MiniQuick (Subcutaneous Prefilled Syringe),T4 - PA
Gentamicin Sulfate (40MG/ML Injection Solution),T1
Gilenya (0.5MG Oral Capsule),T4 - QL
Glatiramer Acetate (Subcutaneous Solution Prefilled Syringe),T1
Glatopa (Subcutaneous Solution Prefilled Syringe),T1
Glimepiride (Oral Tablet),T1 - PA; HRM; QL
Glipizide (Oral Tablet Immediate Release),T1 - QL

Tipo en negrita = Medicamento de marca

Glipizide ER (Oral Tablet Extended Release 24 Hour),T1 - QL
Glucagon (Injection Kit) (Lilly),T1
Glycopyrrolate (Oral Solution) (Generic Cuvposa),T1 - PA
Glyxambi (Oral Tablet),T2 - QL
Gvoke HypoPen 2-Pack (Subcutaneous Solution Auto-Injector),T2
Gvoke Kit (Subcutaneous Solution),T2
Gvoke PFS (Subcutaneous Solution Prefilled Syringe),T2
H
Haegarda (Subcutaneous Solution Reconstituted),T4 - PA
Haloperidol (Oral Tablet),T1
Harvoni (90-400MG Oral Tablet),T4 - PA; QL
Harvoni (Oral Packet),T4 - PA; QL
Humalog (Injection Solution),T2
Humalog (Subcutaneous Solution Cartridge),T2
Humalog Junior KwikPen (Subcutaneous Solution Pen-Injector),T2
Humalog KwikPen (Subcutaneous Solution Pen-Injector),T2
Humalog Mix 50/50 (Subcutaneous Suspension),T2
Humalog Mix 50/50 KwikPen (Subcutaneous Suspension Pen-Injector),T2
Humalog Mix 75/25 (Subcutaneous Suspension),T2
Humalog Mix 75/25 KwikPen (Subcutaneous Suspension Pen-Injector),T2
Humira (Subcutaneous Prefilled Syringe Kit),T4 - PA; QL
Humira Pen (Subcutaneous Pen-Injector Kit),T4 - PA; QL

Tipo simple = Medicamento genérico

Humulin 70/30 (Subcutaneous Suspension),T2	Imiquimod (5% External Cream),T1 - QL
Humulin 70/30 KwikPen (Subcutaneous Suspension Pen-Injector),T2	Imiquimod Pump (3.75% External Cream),T1 - PA
Humulin N (Subcutaneous Suspension),T2	Imvexxy Maintenance Pack (Vaginal Insert),T2 - PA
Humulin N KwikPen (Subcutaneous Suspension Pen-Injector),T2	Incruse Ellipta (Inhalation Aerosol Powder Breath Activated),T3 - ST; QL
Humulin R (Injection Solution),T2	Ingrezza (40MG Oral Capsule, 60MG Oral Capsule, 80MG Oral Capsule),T4 - PA; QL
Humulin R U-500 (Concentrated) (Subcutaneous Solution),T2	Ingrezza (Oral Capsule Therapy Pack),T4 - PA; QL
Humulin R U-500 KwikPen (Subcutaneous Solution Pen-Injector),T2	Insulin Lispro (1 Unit Dial) (Subcutaneous Solution Pen-Injector) (Brand Equivalent Humalog),T2
Hydralazine HCl (Oral Tablet),T1	Insulin Lispro (Injection Solution) (Brand Equivalent Humalog),T2
Hydrochlorothiazide (Oral Capsule),T1	Insulin Lispro Junior KwikPen (Subcutaneous Solution Pen-Injector) (Brand Equivalent Humalog),T2
Hydrochlorothiazide (Oral Tablet),T1	Insulin Lispro Prot & Lispro (Subcutaneous Suspension Pen-Injector) (Brand Equivalent Humalog),T2
Hydrocodone-Acetaminophen (10-325MG Oral Tablet, 5-325MG Oral Tablet, 7.5-325MG Oral Tablet),T1 - 7D; MME; DL; QL	Insulin Syringes, Needles,T2
Hydromorphone HCl (Oral Tablet Immediate Release),T1 - 7D; MME; DL; QL	Invega Hafyera (Intramuscular Suspension Prefilled Syringe),T4
Hydroxychloroquine Sulfate (200MG Oral Tablet),T1 - QL	Invega Sustenna (117MG/0.75ML Intramuscular Suspension Prefilled Syringe, 156MG/ML Intramuscular Suspension Prefilled Syringe, 234MG/1.5ML Intramuscular Suspension Prefilled Syringe, 78MG/0.5ML Intramuscular Suspension Prefilled Syringe),T4
Hydroxyurea (Oral Capsule),T1	Invega Sustenna (39MG/0.25ML Intramuscular Suspension Prefilled Syringe),T3
Hydroxyzine HCl (Oral Syrup),T1 - PA; HRM	Invega Trinza (Intramuscular Suspension Prefilled Syringe),T4
Hydroxyzine HCl (Oral Tablet),T1 - PA; HRM	Inveltys (Ophthalmic Suspension),T3
I	
Ibandronate Sodium (Oral Tablet),T1	
Ibuprofen (400MG Oral Tablet, 600MG Oral Tablet, 800MG Oral Tablet),T1	
Icatibant Acetate (Subcutaneous Solution),T1 - PA; QL	
Ilevro (Ophthalmic Suspension),T2	
Imatinib Mesylate (Oral Tablet),T1 - PA	
Imbruvica (Oral Capsule),T4 - PA; QL	
Imbruvica (Oral Tablet),T4 - PA; QL	

T1 = Nivel 1

T2 = Nivel 2

T3 = Nivel 3

T4 = Nivel 4

Invokamet (Oral Tablet Immediate Release),T3 - ST; QL

Invokamet XR (Oral Tablet Extended Release 24 Hour),T3 - ST; QL

Invokana (Oral Tablet),T3 - ST; QL

Ipratropium Bromide (Inhalation Solution),T1 - B/D,PA

Ipratropium Bromide (Nasal Solution),T1

Ipratropium-Albuterol (Inhalation Solution),T1 - B/D,PA

Irbesartan (Oral Tablet),T1 - QL

Irbesartan-Hydrochlorothiazide (Oral Tablet),T1 - QL

Isentress (Oral Tablet),T4 - QL

Isoniazid (Oral Tablet),T1

Isosorbide Dinitrate (Oral Tablet Immediate Release),T1

Isosorbide Mononitrate (Oral Tablet Immediate Release),T1

Isosorbide Mononitrate ER (Oral Tablet Extended Release 24 Hour),T1

Isturisa (Oral Tablet),T4 - PA

Ivermectin (Oral Tablet),T1 - PA

J

Janumet (Oral Tablet Immediate Release),T2 - QL

Janumet XR (Oral Tablet Extended Release 24 Hour),T2 - QL

Januvia (Oral Tablet),T2 - QL

Jardiance (Oral Tablet),T2 - QL

Jentaduetto (Oral Tablet Immediate Release),T2 - QL

Jentaduetto XR (Oral Tablet Extended Release 24 Hour),T2 - QL

Jublia (External Solution),T3

K

Ketoconazole (External Cream),T1 - QL

Ketorolac Tromethamine (Ophthalmic Solution),T1

Kevzara (Subcutaneous Solution Auto-Injector),T4 - PA; QL

Kevzara (Subcutaneous Solution Prefilled Syringe),T4 - PA; QL

Klisyri (External Ointment),T4 - PA; QL

Klor-Con 10 (Oral Tablet Extended Release),T1

Klor-Con 8 (Oral Tablet Extended Release),T1

Klor-Con M10 (Oral Tablet Extended Release),T1

Klor-Con M20 (Oral Tablet Extended Release),T1

Kombiglyze XR (Oral Tablet Extended Release 24 Hour),T3 - ST; QL

Korlym (Oral Tablet),T4 - PA

Kynmobi (10MG Sublingual Film, 15MG Sublingual Film, 20MG Sublingual Film, 25MG Sublingual Film, 30MG Sublingual Film),T4 - PA; QL

L

Lacosamide (Oral Tablet),T1 - QL

Lactulose (10GM/15ML Oral Solution),T1

Lactulose (Oral Packet),T1

Lamivudine (100MG Oral Tablet),T1

Lamivudine (150MG Oral Tablet, 300MG Oral Tablet),T1 - QL

Lamotrigine (Oral Tablet Immediate Release),T1

Lantus (Subcutaneous Solution),T2

Lantus SoloStar (Subcutaneous Solution Pen-Injector),T2

Latanoprost (Ophthalmic Solution),T1

Latuda (Oral Tablet),T4 - QL

Ledipasvir-Sofosbuvir (Oral Tablet),T4 - PA; QL

Tipo en negrita = Medicamento de marca

Tipo simple = Medicamento genérico

Leflunomide (Oral Tablet),T1	Lorazepam Intensole (Oral Concentrate),T1 - QL
Letrozole (Oral Tablet),T1	Losartan Potassium (Oral Tablet),T1 - QL
Leucovorin Calcium (Oral Tablet),T1	Losartan Potassium-HCTZ (Oral Tablet),T1 - QL
Leukeran (Oral Tablet),T4	Lotemax (Ophthalmic Gel),T3
Levemir (Subcutaneous Solution),T2	Lotemax (Ophthalmic Ointment),T3
Levemir FlexTouch (Subcutaneous Solution Pen-Injector),T2	Lotemax (Ophthalmic Suspension),T3
Levetiracetam (Oral Tablet Immediate Release),T1	Lotemax SM (Ophthalmic Gel),T3
Levobunolol HCl (Ophthalmic Solution),T1	Lovastatin (Oral Tablet),T1 - QL
Levocarnitine (Oral Tablet),T1	Lumigan (Ophthalmic Solution),T2
Levocetirizine Dihydrochloride (Oral Tablet),T1	Lupron Depot (1-Month) (Intramuscular Kit),T3 - PA
Levofloxacin (Oral Tablet),T1	Lupron Depot (3-Month) (Intramuscular Kit),T3 - PA
Levothyroxine Sodium (Oral Tablet),T1	Lupron Depot (4-Month) (Intramuscular Kit),T3 - PA
Lialda (Oral Tablet Delayed Release),T4 - ST; QL	Lupron Depot (6-Month) (Intramuscular Kit),T3 - PA
Licart (External Patch 24 Hour),T3 - PA; QL	Luzu (External Cream),T3 - QL
Lidocaine (5% External Ointment),T1 - QL	Lysodren (Oral Tablet),T4
Lidocaine (5% External Patch),T1 - PA; QL	Lyumjev (Injection Solution),T2
Lidocaine HCl (4% External Solution),T1	Lyumjev KwikPen (Subcutaneous Solution Pen-Injector),T2
Lidocaine-Prilocaine (External Cream),T1	
Linze (Oral Capsule),T2 - QL	M
Liothyronine Sodium (Oral Tablet),T1	Malathion (External Lotion),T1
Lisinopril (Oral Tablet),T1 - QL	Maraviroc (Oral Tablet),T1 - QL
Lisinopril-Hydrochlorothiazide (Oral Tablet),T1 - QL	Mavyret (Oral Packet),T4 - PA; QL
Lithium Carbonate (Oral Capsule),T1	Mavyret (Oral Tablet),T4 - PA; QL
Lithium Carbonate ER (Oral Tablet Extended Release),T1	Mayzent (0.25MG Oral Tablet, 2MG Oral Tablet),T4 - QL
Livalo (Oral Tablet),T2 - QL	Meclizine HCl (12.5MG Oral Tablet, 25MG Oral Tablet),T1 - HRM
Lokelma (Oral Packet),T3 - QL	Medroxyprogesterone Acetate (Intramuscular Suspension),T1
Lonhala Magnair (Inhalation Solution),T4 - QL	Medroxyprogesterone Acetate (Oral Tablet),T1
Loperamide HCl (Oral Capsule),T1	Meloxicam (Oral Tablet),T1
Lorazepam (Oral Tablet),T1 - QL	

T1 = Nivel 1

T2 = Nivel 2

T3 = Nivel 3

T4 = Nivel 4

Memantine HCl (10MG Oral Tablet, 5MG Oral Tablet),T1 - PA; QL

Memantine HCl ER (Oral Capsule Extended Release 24 Hour),T1 - PA; QL

Mercaptopurine (Oral Tablet),T1

Meropenem (Intravenous Solution Reconstituted),T1

Mesalamine (1.2GM Oral Tablet Delayed Release) (Generic Lialda),T1 - QL

Mesnex (Oral Tablet),T3

Metformin HCl (1000MG Oral Tablet Immediate Release, 500MG Oral Tablet Immediate Release, 850MG Oral Tablet Immediate Release),T1 - QL

Metformin HCl ER (Oral Tablet Extended Release 24 Hour) (Generic Glucophage XR),T1 - QL

Methadone HCl (Oral Solution),T1 - 7D; MME; DL; QL

Methadone HCl (Oral Tablet),T1 - 7D; MME; DL; QL

Methamphetamine HCl (Oral Tablet),T1 - PA; QL

Methimazole (Oral Tablet),T1

Methotrexate Sodium (Oral Tablet),T1

Methscopolamine Bromide (Oral Tablet),T1 - PA; HRM

Methylphenidate HCl (Oral Tablet Chewable),T1 - QL

Methylphenidate HCl (Oral Tablet Immediate Release) (Generic Ritalin),T1 - QL

Methylprednisolone (Oral Tablet),T1

Metoclopramide HCl (Oral Tablet),T1

Metoprolol Succinate ER (Oral Tablet Extended Release 24 Hour),T1

Metoprolol Tartrate (100MG Oral Tablet, 25MG Oral Tablet, 50MG Oral Tablet),T1

Metrogel (External Gel),T3

Metronidazole (External Cream),T1

Metronidazole (External Gel),T1

Metronidazole (External Lotion),T1

Metronidazole (Oral Capsule),T1

Metronidazole (Oral Tablet),T1

Midodrine HCl (Oral Tablet),T1

Minocycline HCl (Oral Capsule),T1

Minocycline HCl (Oral Tablet Immediate Release),T1

Minoxidil (Oral Tablet),T1

Mirtazapine (Oral Tablet),T1

Mirtazapine ODT (Oral Tablet Dispersible),T1

Mirvaso (External Gel),T3

Misoprostol (Oral Tablet),T1

Mitigare (Oral Capsule),T2

Modafinil (Oral Tablet),T1 - PA; QL

Mometasone Furoate (Nasal Suspension),T1

Montelukast Sodium (Oral Packet),T1 - QL

Montelukast Sodium (Oral Tablet),T1 - QL

Morphine Sulfate ER (Oral Capsule Extended Release 24 Hour) (Generic Kadian),T1 - 7D; MME; DL; QL

Morphine Sulfate ER (Oral Tablet Extended Release) (Generic MS Contin),T1 - 7D; MME; DL; QL

Morphine Sulfate ER Beads (Oral Capsule Extended Release 24 Hour) (Generic Avinza),T1 - 7D; MME; DL; QL

Motegrity (Oral Tablet),T3 - QL

Movantik (Oral Tablet),T2 - QL

MoviPrep (Oral Solution Reconstituted),T3

Multaq (Oral Tablet),T2

Myrbetriq (Oral Tablet Extended Release 24 Hour),T2

Tipo en negrita = Medicamento de marca

Tipo simple = Medicamento genérico

N	
Naftin (External Gel),T3	Nitroglycerin (Tablet Sublingual),T1
Naloxone HCl (0.4MG/ML Injection Solution),T1	Nivestym (Injection Solution Prefilled Syringe),T4 - ST
Naloxone HCl (Injection Solution Cartridge),T1	Nivestym (Injection Solution),T4 - ST
Naloxone HCl (Injection Solution Prefilled Syringe),T1	Nizatidine (Oral Capsule),T1
Naltrexone HCl (Oral Tablet),T1	Norethindrone Acetate (5MG Oral Tablet),T1
Namzaric (Oral Capsule ER 24 Hour Therapy Pack),T2 - PA; QL	Nortriptyline HCl (Oral Capsule),T1 - PA; HRM
Namzaric (Oral Capsule Extended Release 24 Hour),T2 - PA; QL	NovoLog (Injection Solution),T3 - PA
Naproxen (Oral Tablet Immediate Release),T1	NovoLog FlexPen (Subcutaneous Solution Pen-Injector),T3 - PA
Narcan (Nasal Liquid),T2	NovoLog Mix 70/30 (Subcutaneous Suspension),T3 - PA
Nayzilam (Nasal Solution),T3 - PA; QL	NovoLog Mix 70/30 FlexPen (Subcutaneous Suspension Pen-Injector),T3 - PA
Neomycin Sulfate (Oral Tablet),T1	NovoLog PenFill (Subcutaneous Solution Cartridge),T3 - PA
Neomycin-Polymyxin-HC (Otic Suspension),T1	Novolin 70/30 (Subcutaneous Suspension),T3 - PA
Neulasta (Subcutaneous Solution Prefilled Syringe),T4 - PA	Novolin 70/30 FlexPen (Subcutaneous Suspension Pen-Injector),T3 - PA
Neupro (Transdermal Patch 24 Hour),T3	Novolin N (Subcutaneous Suspension),T3 - PA
Nevanac (Ophthalmic Suspension),T3	Novolin R (Injection Solution),T3 - PA
Nexium (10MG Oral Packet, 2.5MG Oral Packet, 20MG Oral Packet, 40MG Oral Packet, 5MG Oral Packet),T2	Nubeqa (Oral Tablet),T4 - PA
Nexium (20MG Oral Capsule Delayed Release, 40MG Oral Capsule Delayed Release),T2 - QL	Nucala (100MG/ML Subcutaneous Solution Prefilled Syringe),T4 - PA; QL
Nexletol (Oral Tablet),T3 - PA; QL	Nucala (Subcutaneous Solution Auto-Injector),T4 - PA; QL
Nexlizet (Oral Tablet),T3 - PA; QL	Nucala (Subcutaneous Solution Reconstituted),T4 - PA; QL
Nifedipine ER Osmotic Release (Oral Tablet Extended Release 24 Hour),T1	Nucynta ER (100MG Oral Tablet Extended Release 12 Hour, 150MG Oral Tablet Extended Release 12 Hour, 200MG Oral Tablet Extended Release 12 Hour, 250MG Oral Tablet Extended Release 12 Hour),T4 - PA; 7D; MME; DL; QL
Nimodipine (Oral Capsule),T1	Nucynta ER (50MG Oral Tablet Extended Release 12 Hour),T3 - PA; 7D; MME; DL; QL
Nitrofurantoin Macrocrystal (100MG Oral Capsule, 50MG Oral Capsule) (Generic Macrochantin),T1 - HRM	
Nitrofurantoin Monohydrate (Generic Macrobid),T1 - HRM	

T1 = Nivel 1

T2 = Nivel 2

T3 = Nivel 3

T4 = Nivel 4

Nurtec ODT (Oral Tablet Dispersible),T4 - PA; QL

Nutropin AQ NuSpin 10 (Subcutaneous Solution Pen-Injector),T4 - PA

Nutropin AQ NuSpin 20 (Subcutaneous Solution Pen-Injector),T4 - PA

Nutropin AQ NuSpin 5 (Subcutaneous Solution Pen-Injector),T4 - PA

Nuzyra (Intravenous Solution Reconstituted),T4 - PA

Nuzyra (Oral Tablet),T4 - PA; QL

Nystatin (External Cream),T1

Nystatin (External Ointment),T1

Nystatin (External Powder),T1 - QL

O

Odomzo (Oral Capsule),T4 - PA

Ofev (Oral Capsule),T4 - PA; QL

Ofloxacin (Ophthalmic Solution),T1

Ofloxacin (Otic Solution),T1

Olanzapine (Oral Tablet),T1 - QL

Olopatadine HCl (Ophthalmic Solution),T1

Omega-3-Acid Ethyl Esters (Oral Capsule) (Generic Lovaza),T1

Omeprazole (10MG Oral Capsule Delayed Release),T1 - QL

Omeprazole (20MG Oral Capsule Delayed Release, 40MG Oral Capsule Delayed Release),T1

Ondansetron HCl (Oral Tablet),T1 - B/D,PA

Ondansetron ODT (Oral Tablet Dispersible),T1 - B/D,PA

Onglyza (Oral Tablet),T3 - ST; QL

Opsumit (Oral Tablet),T4 - PA

Orenitram (0.125MG Oral Tablet Extended Release),T3 - PA

Orenitram (0.25MG Oral Tablet Extended Release, 1MG Oral Tablet Extended Release, 2.5MG Oral Tablet Extended Release, 5MG Oral Tablet Extended Release),T4 - PA

Orgovyx (Oral Tablet),T4 - PA

Orilissa (Oral Tablet),T4 - PA; QL

Osetamivir Phosphate (Oral Capsule),T1

Osphena (Oral Tablet),T2 - PA; QL

Oxandrolone (Oral Tablet),T1 - PA

Oxcarbazepine (Oral Tablet),T1

Oxybutynin Chloride ER (Oral Tablet Extended Release 24 Hour),T1

Oxycodone HCl (Oral Capsule),T1 - 7D; MME; DL; QL

Oxycodone HCl (Oral Tablet Immediate Release),T1 - 7D; MME; DL; QL

Oxycodone-Acetaminophen (10-325MG Oral Tablet, 2.5-325MG Oral Tablet, 5-325MG Oral Tablet, 7.5-325MG Oral Tablet),T1 - 7D; MME; DL; QL

Ozempic (0.25MG/DOSE or 0.5MG/DOSE) (2MG/1.5ML Subcutaneous Solution Pen-Injector),T2 - QL

Ozempic (1MG/DOSE) (4MG/3ML Subcutaneous Solution Pen-Injector),T2 - QL

P

Pantoprazole Sodium (Oral Tablet Delayed Release),T1 - QL

Pegasys (Subcutaneous Solution),T4 - PA

Penicillin V Potassium (Oral Tablet),T1

Pentasa (250MG Oral Capsule Extended Release),T3 - QL

Perforomist (Inhalation Nebulization Solution),T3 - B/D,PA; QL

Permethrin (External Cream),T1

Perseris (Subcutaneous Prefilled Syringe),T4

Tipo en negrita = Medicamento de marca

Tipo simple = Medicamento genérico

Phenelzine Sulfate (Oral Tablet),T1	ProAir HFA (Inhalation Aerosol Solution),T2
Phenytoin Sodium Extended (Oral Capsule),T1	ProAir RespiClick (Inhalation Aerosol Powder Breath Activated),T2
Phoslyra (Oral Solution),T2	Procrit (10000UNIT/ML Injection Solution, 2000UNIT/ML Injection Solution, 3000UNIT/ML Injection Solution, 4000UNIT/ML Injection Solution),T3 - PA
Pilocarpine HCl (Oral Tablet),T1	Procrit (20000UNIT/ML Injection Solution, 40000UNIT/ML Injection Solution),T4 - PA
Pimecrolimus (External Cream),T1 - ST; QL	Proctosol HC (External Cream),T1
Pioglitazone HCl (Oral Tablet),T1 - QL	Progesterone (Oral Capsule),T1
Plegridy (Subcutaneous Solution Pen-Injector),T4 - QL	Prolastin-C (Intravenous Solution Reconstituted),T4 - PA
Plegridy (Subcutaneous Solution Prefilled Syringe),T4 - QL	Prolensa (Ophthalmic Solution),T3
Pomalyst (Oral Capsule),T4 - PA	Prolia (Subcutaneous Solution Prefilled Syringe),T3 - QL
Potassium Chloride ER (Oral Capsule Extended Release),T1	Propranolol HCl (Oral Tablet),T1
Potassium Chloride ER (Oral Tablet Extended Release),T1	Propranolol HCl ER (Oral Capsule Extended Release 24 Hour),T1
Potassium Citrate ER (Oral Tablet Extended Release),T1	Propylthiouracil (Oral Tablet),T1
Praluent (Subcutaneous Solution Auto-Injector),T2 - PA; QL	Pulmicort Flexhaler (Inhalation Aerosol Powder Breath Activated),T3 - ST
Pramipexole Dihydrochloride (Oral Tablet Immediate Release),T1	Pulmozyme (Inhalation Solution),T4 - B/D,PA; QL
Pravastatin Sodium (Oral Tablet),T1 - QL	Pyridostigmine Bromide (60MG Oral Tablet Immediate Release),T1
Prazosin HCl (Oral Capsule),T1	Pyridostigmine Bromide (Oral Solution),T1
Prednisolone Acetate (Ophthalmic Suspension),T1	Pyridostigmine Bromide ER (Oral Tablet Extended Release),T1
Prednisone (5MG/5ML Oral Solution),T1	
Prednisone (Oral Tablet),T1	Q
Premarin (Oral Tablet),T3 - PA; HRM; QL	QVAR RediHaler (Inhalation Aerosol Breath Activated),T3 - ST; QL
Premarin (Vaginal Cream),T2	Quetiapine Fumarate (Oral Tablet Immediate Release),T1 - QL
Premphase (Oral Tablet),T3 - PA; HRM; QL	Quetiapine Fumarate ER (Oral Tablet Extended Release 24 Hour),T1 - QL
Prempro (Oral Tablet),T3 - PA; HRM; QL	
Prenatal (27-1MG Oral Tablet),T1	
Primidone (Oral Tablet),T1	
Privigen (20GM/200ML Intravenous Solution),T4 - PA	

T1 = Nivel 1

T2 = Nivel 2

T3 = Nivel 3

T4 = Nivel 4

Quinapril HCl (Oral Tablet),T1 - QL

Quinapril-Hydrochlorothiazide (Oral Tablet),T1 - QL

R

Raloxifene HCl (Oral Tablet),T1

Ramipril (Oral Capsule),T1 - QL

Ranolazine ER (Oral Tablet Extended Release 12 Hour),T1

Rasagiline Mesylate (Oral Tablet),T1

Rasuvo (Subcutaneous Solution Auto-Injector),T3 - PA

Royaldee (Oral Capsule Extended Release),T4 - QL

Rebif (Subcutaneous Solution Prefilled Syringe),T4 - ST

Rebif Rebidose (Subcutaneous Solution Auto-Injector),T4 - ST

Regranex (External Gel),T4 - PA

Relistor (Oral Tablet),T4 - PA

Relistor (Subcutaneous Solution),T4 - PA

Repatha (Subcutaneous Solution Prefilled Syringe),T2 - PA; QL

Repatha Pushtonex System (Subcutaneous Solution Cartridge),T2 - PA; QL

Repatha SureClick (Subcutaneous Solution Auto-Injector),T2 - PA; QL

Restasis MultiDose (Ophthalmic Emulsion),T2 - QL

Restasis Single-Use Vials (Ophthalmic Emulsion),T2 - QL

Retacrit (Injection Solution),T3 - PA

Rexulti (Oral Tablet),T4 - QL

Reyvow (Oral Tablet),T3 - PA; QL

Rhopressa (Ophthalmic Solution),T2 - ST

Ribavirin (Oral Tablet),T1

Tipo en negrita = Medicamento de marca

Rifabutin (Oral Capsule),T1

Riluzole (Oral Tablet),T1

Rimantadine HCl (Oral Tablet),T1

Rinvoq (Oral Tablet Extended Release 24 Hour),T4 - PA; QL

Risperdal Consta (12.5MG Intramuscular Suspension Reconstituted ER, 25MG Intramuscular Suspension Reconstituted ER),T3

Risperdal Consta (37.5MG Intramuscular Suspension Reconstituted ER, 50MG Intramuscular Suspension Reconstituted ER),T4

Risperidone (Oral Tablet),T1

Ritonavir (Oral Tablet),T1 - QL

Rivastigmine (Transdermal Patch 24 Hour),T1 - ST; QL

Rivastigmine Tartrate (Oral Capsule),T1

Rizatriptan Benzoate (Oral Tablet),T1 - QL

Rizatriptan Benzoate ODT (Oral Tablet Dispersible),T1 - QL

Rocklatan (Ophthalmic Solution),T2 - ST

Ropinirole HCl (Oral Tablet Immediate Release),T1

Rosuvastatin Calcium (Oral Tablet),T1 - QL

Rybelsus (Oral Tablet),T2 - QL

Rytary (Oral Capsule Extended Release),T3 - ST

S

SPS (Oral Suspension),T1

Sancuso (Transdermal Patch),T4 - QL

Santyl (External Ointment),T3

Saphris (10MG Tablet Sublingual),T4

Saphris (2.5MG Tablet Sublingual, 5MG Tablet Sublingual),T3

Savella (Oral Tablet),T2

Tipo simple = Medicamento genérico

Selegiline HCl (Oral Capsule),T1	Sprycel (Oral Tablet),T4 - PA
Selegiline HCl (Oral Tablet),T1	Stelara (Subcutaneous Solution Prefilled Syringe),T4 - PA; QL
Serevent Diskus (Inhalation Aerosol Powder Breath Activated),T2 - QL	Stelara (Subcutaneous Solution),T4 - PA; QL
Sertraline HCl (Oral Tablet),T1	Stiolto Respimat (Inhalation Aerosol Solution),T2
Sevelamer Carbonate (Oral Packet),T1	Striverdi Respimat (Inhalation Aerosol Solution),T3 - ST
Sevelamer Carbonate (Oral Tablet) (Generic Renvela),T1	Suboxone (Sublingual Film),T3 - QL
Sevelamer HCl (Oral Tablet),T1	Sucralfate (Oral Suspension),T1
Shingrix (Intramuscular Suspension Reconstituted),T2 - PA; QL	Sucralfate (Oral Tablet),T1
Sildenafil Citrate (20MG Oral Tablet) (Generic Revatio),T1 - PA	Sulfadiazine (Oral Tablet),T1
Silver Sulfadiazine (External Cream),T1	Sulfamethoxazole-Trimethoprim (800-160MG Oral Tablet),T1
Simbrinza (Ophthalmic Suspension),T2	Sulfasalazine (Oral Tablet Delayed Release),T1
Simvastatin (Oral Tablet),T1 - QL	Sulfasalazine (Oral Tablet Immediate Release),T1
Skyrizi (150MG Dose) (Subcutaneous Prefilled Syringe Kit),T4 - PA; QL	Sumatriptan Succinate (Oral Tablet),T1 - QL
Skyrizi (Subcutaneous Solution Prefilled Syringe),T4 - PA; QL	Sumatriptan Succinate (Subcutaneous Solution Auto-Injector),T1 - QL
Skyrizi Pen (Subcutaneous Solution Auto-Injector),T4 - PA; QL	Sumatriptan Succinate (Subcutaneous Solution),T1 - QL
Sodium Polystyrene Sulfonate (Oral Powder),T1	Sunosi (Oral Tablet),T3 - PA; QL
Sofosbuvir-Velpatasvir (Oral Tablet),T4 - PA; QL	Suprep Bowel Prep Kit (Oral Solution),T2
Solifenacin Succinate (Oral Tablet),T1 - QL	Sutab (Oral Tablet),T3
Soliqua (Subcutaneous Solution Pen-Injector),T2 - QL	Symbicort (Inhalation Aerosol),T2 - QL
Soolantra (External Cream),T3 - QL	Symproic (Oral Tablet),T3 - PA; QL
Sotalol HCl (Oral Tablet),T1	Synjardy (Oral Tablet Immediate Release),T2 - QL
Sotalol HCl AF (Oral Tablet),T1	Synjardy XR (Oral Tablet Extended Release 24 Hour),T2 - QL
Spiriva HandiHaler (Inhalation Capsule),T2 - QL	Synribo (Subcutaneous Solution Reconstituted),T4 - PA
Spiriva Respimat (Inhalation Aerosol Solution),T2 - QL	Synthroid (Oral Tablet),T2
Spironolactone (Oral Tablet),T1	

T1 = Nivel 1

T2 = Nivel 2

T3 = Nivel 3

T4 = Nivel 4

T
TOBI Podhaler (Inhalation Capsule),T4 - PA; QL
Tabrecta (Oral Tablet),T4 - PA; QL
Tadalafil (PAH) (20MG Oral Tablet) (Generic Adcirca),T1 - PA
Tamoxifen Citrate (Oral Tablet),T1
Tamsulosin HCl (Oral Capsule),T1
Tasigna (Oral Capsule),T4 - PA
Tecfidera (Oral Capsule Delayed Release),T4 - QL
Temazepam (15MG Oral Capsule, 30MG Oral Capsule),T1 - HRM; QL
Tenofovir Disoproxil Fumarate (Oral Tablet),T1 - QL
Terazosin HCl (Oral Capsule),T1
Terbinafine HCl (Oral Tablet),T1
Teriparatide (Recombinant) (Subcutaneous Solution Pen-Injector),T4 - PA
Testosterone (20.25MG/1.25GM 1.62% Transdermal Gel, 25MG/2.5GM 1% Transdermal Gel, 40.5MG/2.5GM 1.62% Transdermal Gel, 50MG/5GM 1% Transdermal Gel), Testosterone Pump (1% Transdermal Gel, 1.62% Transdermal Gel),T1
Testosterone Cypionate (Intramuscular Solution),T1
Tetrabenazine (Oral Tablet),T1 - PA
Theophylline (Oral Solution),T1
Theophylline ER (Oral Tablet Extended Release 12 Hour),T1
Theophylline ER (Oral Tablet Extended Release 24 Hour),T1
Timolol Maleate (Once-Daily) (Ophthalmic Solution) (Generic Istalol),T1
Timolol Maleate (Ophthalmic Solution),T1

Timolol Maleate (Oral Tablet),T1
Timolol Maleate Ophthalmic Gel Forming (Ophthalmic Solution) (Generic Timoptic-XE),T1
Timoptic Ocudose (Ophthalmic Solution),T3
Tivicay (25MG Oral Tablet),T3 - QL
Tivicay (50MG Oral Tablet),T4 - QL
Tizanidine HCl (Oral Tablet),T1
TobraDex ST (Ophthalmic Suspension),T3
Tobramycin (300MG/5ML Inhalation Nebulization Solution),T1 - B/D,PA; QL
Tobramycin-Dexamethasone (Ophthalmic Suspension),T1
Topiramate (Oral Capsule Sprinkle Immediate Release),T1
Topiramate (Oral Tablet),T1
Toremifene Citrate (Oral Tablet),T1
Torseamide (Oral Tablet),T1
Toujeo Max SoloStar (Subcutaneous Solution Pen-Injector),T2
Toujeo SoloStar (Subcutaneous Solution Pen-Injector),T2
Tracleer (Oral Tablet Soluble),T4 - PA; QL
Tracleer (Oral Tablet),T4 - PA; QL
Tradjenta (Oral Tablet),T2 - QL
Tramadol HCl (50MG Oral Tablet Immediate Release),T1 - 7D; MME; DL; QL
Tramadol-Acetaminophen (Oral Tablet),T1 - 7D; MME; DL; QL
Tranexamic Acid (Oral Tablet),T1
Tranylcypramine Sulfate (Oral Tablet),T1
Travoprost (BAK Free) (Ophthalmic Solution),T1
Trazodone HCl (100MG Oral Tablet, 150MG Oral Tablet, 50MG Oral Tablet),T1
Trelegy Ellipta (Inhalation Aerosol Powder Breath Activated),T2 - QL

Tipo en negrita = Medicamento de marca

Tipo simple = Medicamento genérico

Tremfya (Subcutaneous Solution Pen-Injector),T4 - PA; QL

Tremfya (Subcutaneous Solution Prefilled Syringe),T4 - PA; QL

Tresiba (Subcutaneous Solution),T2

Tresiba FlexTouch (Subcutaneous Solution Pen-Injector),T2

Tretinoin (External Cream),T1 - PA

Tretinoin (External Gel),T1 - PA

Tretinoin (Oral Capsule),T1

Triamcinolone Acetonide (0.1% External Ointment, 0.5% External Ointment),T1

Triamcinolone Acetonide (External Cream),T1

Triamterene-HCTZ (Oral Capsule),T1

Triamterene-HCTZ (Oral Tablet),T1

Trihexyphenidyl HCl (Oral Solution),T1 - PA; HRM

Trihexyphenidyl HCl (Oral Tablet),T1 - PA; HRM

Trijardy XR (Oral Tablet Extended Release 24 Hour),T2 - QL

Trintellix (Oral Tablet),T3

Trulance (Oral Tablet),T3

Trulicity (Subcutaneous Solution Pen-Injector),T2 - QL

Tymlos (Subcutaneous Solution Pen-Injector),T4 - PA

U

Ubrelvy (Oral Tablet),T4 - PA; QL

Udenyca (Subcutaneous Solution Prefilled Syringe),T4 - PA

Ursodiol (300MG Oral Capsule),T1

Ursodiol (Oral Tablet),T1

V

Valacyclovir HCl (Oral Tablet),T1 - QL

Valganciclovir HCl (Oral Tablet),T1 - QL

Valsartan (Oral Tablet),T1 - QL

Valsartan-Hydrochlorothiazide (Oral Tablet),T1 - QL

Varenicline Tartrate (Oral Tablet),T1

Vascepa (Oral Capsule),T3

Velphoro (Oral Tablet Chewable),T4

Veltassa (16.8GM Oral Packet, 25.2GM Oral Packet),T4 - QL

Veltassa (8.4GM Oral Packet),T3 - QL

Venlafaxine HCl ER (Oral Capsule Extended Release 24 Hour),T1

Ventolin HFA (Inhalation Aerosol Solution),T3 - ST

Verapamil HCl (Oral Tablet Immediate Release),T1

Verapamil HCl ER (100MG Oral Capsule Extended Release 24 Hour, 200MG Oral Capsule Extended Release 24 Hour, 300MG Oral Capsule Extended Release 24 Hour, 360MG Oral Capsule Extended Release 24 Hour),T1

Verapamil HCl ER (Oral Tablet Extended Release),T1

Versacloz (Oral Suspension),T4

Viberzi (Oral Tablet),T4 - PA; QL

Victoza (Subcutaneous Solution Pen-Injector),T2 - QL

Viibryd (Oral Tablet),T3

Vimpat (100MG Oral Tablet, 150MG Oral Tablet, 200MG Oral Tablet),T4 - QL

Vimpat (50MG Oral Tablet),T3 - QL

Vimpat (Oral Solution),T4 - QL

Vitrakvi (Oral Capsule),T4 - PA; QL

Vosevi (Oral Tablet),T4 - PA; QL

Vumerity (Oral Capsule Delayed Release) (Maintenance Dose Bottle),T4 - ST; QL

T1 = Nivel 1

T2 = Nivel 2

T3 = Nivel 3

T4 = Nivel 4

Vyvanse (Oral Capsule),T3

Vyvanse (Oral Tablet Chewable),T3

Vyzulta (Ophthalmic Solution),T3

W

Warfarin Sodium (Oral Tablet),T1

Wixela Inhub (Inhalation Aerosol Powder Breath Activated) (Generic Advair),T1 - QL

X

Xarelto (Oral Tablet),T2 - QL

Xcopri (100MG Oral Tablet, 150MG Oral Tablet, 200MG Oral Tablet, 50MG Oral Tablet),T4 - PA; QL

Xcopri (14x12.5MG & 14x25MG Oral Tablet Therapy Pack),T3 - PA; QL

Xcopri (14x150MG & 14x200MG Oral Tablet Therapy Pack, 14x50MG & 14x100MG Oral Tablet Therapy Pack),T4 - PA; QL

Xcopri (250MG Daily Dose) (100MG & 150MG Oral Tablet Therapy Pack),T4 - PA; QL

Xcopri (350MG Daily Dose) (150MG & 200MG Oral Tablet Therapy Pack),T4 - PA; QL

Xeljanz (Oral Solution),T4 - PA; QL

Xeljanz (Oral Tablet Immediate Release),T4 - PA; QL

Xeljanz XR (Oral Tablet Extended Release 24 Hour),T4 - PA; QL

Xenleta (Oral Tablet),T4 - PA; QL

Xifaxan (Oral Tablet),T4 - PA

Xigduo XR (Oral Tablet Extended Release 24 Hour),T2 - QL

Xiidra (Ophthalmic Solution),T3 - QL

Xofluza (40MG Dose) (1 x 40MG Oral Tablet

Therapy Pack),T2 - QL

Xofluza (80MG Dose) (1 x 80MG Oral Tablet Therapy Pack),T2 - QL

Xtampza ER (Oral Capsule ER 12 Hour Abuse-Deterrent),T3 - 7D; MME; DL; QL

Xtandi (Oral Capsule),T4 - PA

Xtandi (Oral Tablet),T4 - PA

Xyosted (Subcutaneous Solution Auto-Injector),T3 - PA

Xyrem (Oral Solution),T4 - PA; QL

Y

Yupelri (Inhalation Solution),T4 - B/D,PA; QL

Z

Zafirlukast (Oral Tablet),T1

Zaleplon (Oral Capsule),T1 - HRM; QL

Zarxio (Injection Solution Prefilled Syringe),T4

Zelapar ODT (Oral Tablet Dispersible),T4

Zenpep (Oral Capsule Delayed Release Particles),T2

Zeposia (Oral Capsule),T4 - PA; QL

Ziextenzo (Subcutaneous Solution Prefilled Syringe),T4 - PA

Zioptan (Ophthalmic Solution),T3

Zirgan (Ophthalmic Gel),T3

Zolinza (Oral Capsule),T4 - PA

Zolpidem Tartrate (Oral Tablet Immediate Release),T1 - PA; HRM; QL

Zonisamide (Oral Capsule),T1

Zubsolv (Tablet Sublingual),T3 - QL

Zylet (Ophthalmic Suspension),T3

Tipo en negrita = Medicamento de marca

Y0066_230423_093000_M

Tipo simple = Medicamento genérico

UHEX23PD0086123_000

Cobertura Adicional de Medicamentos

Lista de medicamentos adicionales

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

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

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

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

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

Esta no es una lista completa de los medicamentos con receta disponibles para usted ni de las restricciones y limitaciones que se pueden aplicar a través de la lista de medicamentos adicionales. Si su medicamento tiene alguna regla de cobertura o algún límite, habrá códigos en la columna “Reglas de cobertura o límites de uso” de la tabla. Los códigos y sus significados se indican a continuación. Si tiene preguntas sobre la cobertura de medicamentos, llame a Servicio al Cliente al número que se encuentra en la portada de esta guía.

QL - Límites de cantidad

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

MME - Equivalente a miligramos de morfina

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

7D - Límite de 7 días

Un medicamento opiáceo usado para el tratamiento del dolor agudo se podría limitar a un suministro de 7 días para miembros sin historial reciente de uso de opiáceos. Este límite pretende minimizar el uso de opiáceos a largo plazo. En el caso de los miembros que son nuevos en el plan y tienen un historial reciente de uso de opiáceos, la farmacia puede anular el límite cuando sea adecuado.

DL - Límite de suministro

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

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

Letra remarcada = Medicamento de marca Letra normal = Medicamento genérico

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

Letra remarcada = Medicamento de marca Letra normal = Medicamento genérico

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Reglas de cobertura o límites de uso
Folic Acid 1mg (con receta solamente)	1	
Folic Acid-Vitamin B6-Vitamin B12 Tablet 2.5-25-1mg	1	
Phytonadione Tab	1	
Reno Cap	1	
Vitamin D 50,000 unidades (con receta solamente)	1	
Agentes del tracto respiratorio - medicamentos para tratar alergias, tos, resfríos y condiciones pulmonares		
Tos y Resfrío		
Benzonatate (100mg, 200mg)	1	
Brompheniramine/Pseudoephedrine/ Dextromethorphan Syrup	1	
Guaifenesin/Codeine Syrup	1	DL
Hydrocodone Polst/Chlorpheniramine ER Susp (versión genérica de Tussionex)	1	DL
Hydrocodone/Homatropine	1	DL
Promethazine/Codeine Syrup	1	DL
Promethazine/Dextromethorphan Syrup	1	

Letra remarcada = Medicamento de marca Letra normal = Medicamento genérico

Esta información 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 cambien cada año del plan o de beneficios.

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

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

This page left intentionally blank.

Lo que Sigue

Después de la Inscripción

UnitedHealthcare procesará su inscripción

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

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

Evaluación de salud En los primeros 90 días después de la fecha de vigencia de su plan, le haremos una llamada. Medicare nos exige que le llamemos y le pidamos que responda una breve encuesta de salud. Usted también puede visitar el sitio web que se indica a continuación y responder la encuesta por Internet.

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

Estamos aquí para usted

Cuando llame, asegúrese de decirle al Representante de Servicio al Cliente que está llamando acerca de un plan patrocinado por un grupo. Además, sería útil que tenga:

- ✓ **Su número de grupo que se encuentra en la portada de esta guía**
- ✓ **Los nombres y las direcciones de sus médicos y clínicas, y el nombre y la dirección de su farmacia**
- ✓ **Si está llamando acerca de la cobertura de medicamentos, tenga preparada una lista de sus medicamentos con receta y dosis actuales**

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle.

 retiree.uhc.com/ECMT



Llame al número gratuito **1-866-519-5401**, 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 contratado por el gobierno federal. No se trata de un plan Complementario de Medicare.**

Tengo que mantener mi Parte A o Parte B de Medicare, y seguir pagando las primas de la Parte B de Medicare y, si corresponde, de la Parte A, si no las paga Medicaid o un tercero. Para cumplir los requisitos de este plan, debo vivir en el área de servicio del plan y ser ciudadano estadounidense o residente legal en los Estados Unidos.

- ✓ **El área de servicio incluye los 50 Estados Unidos, el District of Columbia y todos los territorios de los Estados Unidos.**

Es posible que no tenga cobertura mientras esté fuera del país, excepto una cobertura limitada cerca de la frontera de los Estados Unidos. Sin embargo, con este plan, cuando estoy fuera de los Estados Unidos, tengo cobertura para el cuidado requerido de urgencia o de emergencia.

- ✓ **Solo puedo tener un plan Medicare Advantage o de Medicamentos con Receta a la vez.**

- Si me inscribo en este plan, se cancelará automáticamente mi inscripción en cualquier otro plan de salud de Medicare.
- Si me inscribo en otro plan Medicare Advantage o Plan de Medicamentos con Receta de la Parte D de Medicare, se cancelará automáticamente mi inscripción en este plan.
- Si cancelo mi inscripción en este plan, seré transferido automáticamente a Medicare Original.
- La inscripción en este plan es para todo el año del plan. Puedo dejar este plan solo en determinados momentos del año o en condiciones especiales.

- ✓ **Mi información será divulgada a Medicare y a otros planes, solo cuando sea necesario, para tratamientos, procesamiento de pagos o tareas administrativas de cuidado de la salud.**

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

- ✓ **Para los miembros del plan de Grupo Medicare Advantage.**

Entiendo que, cuando comience mi cobertura, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos con receta del plan. Los beneficios y servicios proporcionados por el plan incluidos en el documento Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) estarán cubiertos. Ni Medicare ni el plan pagarán beneficios o servicios que no estén cubiertos.

This page left intentionally blank.



Llame al número gratuito **1-866-519-5401**, TTY **711**
8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana



retiree.uhc.com/ECMT

**United
Healthcare**

