

SignatureValue™ HMO

Ofrecido por UnitedHealthcare of California

Plan de Beneficios con Deducibles de HMO
25-50/20%/500DED

Estos servicios están cubiertos según lo indicado cuando estén autorizados por su Médico de Atención Primaria de su Grupo Médico Participante.

Características Generales

Deducible de Año Calendario En un plan Familiar, si un miembro individual alcanza la cantidad del deducible Individual, se considera que ese miembro alcanzó su deducible, y el deducible Familiar lo deben alcanzar uno o más de los miembros de la familia. Ciertos Servicios de Atención de la Salud Cubiertos no tendrán cobertura hasta que usted alcance el Deducible de Año Calendario. Sólo se contarán para el Deducible ciertas sumas incurridas por Servicios de Atención de la Salud Cubiertos que estén sujetas al Deducible. El Deducible se aplica al Límite de Desembolso Anual. Las cantidades aplicadas al Deducible se basan en las tarifas contractuales de UnitedHealthcare.	Individual: \$500 Familiar: \$1,000
Beneficios Máximos	Ilimitado
Límite Anual de Desembolso Personal En un plan Familiar, si un miembro individual alcanza la cantidad del gasto de desembolso Individual, se considera que ese miembro alcanzó su gasto de desembolso, y el gasto de desembolso Familiar lo deben alcanzar uno o más de los miembros de la familia. Los Copagos por ciertos tipos de Servicios de Atención de la Salud Cubiertos no se aplican al Límite de Desembolso Personal y requieren un Copago incluso después de haberse alcanzado el Límite de Desembolso Personal. El Límite Anual de Desembolso Personal incluye los Copagos por beneficios de UnitedHealthcare, incluidos los beneficios de salud conductual y de medicamentos de venta con receta. No incluye los planes independientes y separados, ofrecidos a grupos, de beneficios Dentales, de la Vista y Quiroprácticos. Cuando un miembro individual de una familia haya pagado una cantidad de Deducible y Copagos durante el Año Calendario que sea igual al Límite de Desembolso Individual, no deberá pagar más Copagos por Servicios de Atención de la Salud Cubiertos por el resto de ese Año Calendario. Los demás miembros de la familia seguirán pagando el Copago correspondiente hasta que un miembro alcance el Límite de Desembolso Individual o hasta que la familia alcance el Límite de Desembolso Familiar.	Individual: \$3,000 Familiar: \$6,000
Visitas al Consultorio del Médico de Atención Primaria	Copago de \$25 por Visita al Consultorio
Visitas al Consultorio de un Especialista (El Miembro debe obtener referencias a Especialistas, excepto para servicios Médicos Obstétricos/Ginecológicos y Servicios de Emergencia o Requeridos de Urgencia). El Copago por visitas al Audiólogo y al Podiatra es el mismo que por visitas al Médico de Atención Primaria.	Copago de \$50 por Visita al Consultorio
Beneficios Hospitalarios	Copago del 20%, después del Deducible
Servicios de Emergencia No se aplica el Copago si lo admiten	Copago de \$100

Características Generales (Continuación)

Servicios Requeridos de Urgencia	
Servicios de atención de urgencia: servicios prestados dentro del área geográfica de su grupo médico	Copago de \$25
Servicios de atención de urgencia: servicios prestados fuera del área geográfica cubierta por su grupo médico	Copago de \$35
Consulte su Comprobante de Cobertura para obtener detalles adicionales. Consulte el sitio de Internet de su médico o llame al consultorio para saber cuáles son los centros de atención de urgencia disponibles dentro del área cubierta por su grupo médico.	

Beneficios Disponibles Mientras está Hospitalizado como Paciente Hospitalizado

Trasplantes de Médula Ósea	Copago del 20%, después del Deducible
Estudios Clínicos Los Servicios de un Estudio Clínico requieren la autorización previa de UnitedHealthcare. Si usted participa en un estudio clínico ofrecido por un Proveedor Fuera de la Red que no acepte prestar estos servicios a la tarifa que UnitedHealthcare negocia con los Proveedores Participantes de la Red, usted será responsable de pagar la diferencia entre los cargos facturados por el Proveedor Fuera de la Red y la tarifa negociada entre UnitedHealthcare y los Proveedores Participantes, además de los Copagos, coaseguros o deducibles que correspondan.	Se paga de acuerdo con las tarifas negociadas después del Deducible. El saldo (si lo hubiere) es responsabilidad del Miembro.
Servicios de Cuidados Paliativos (Pronóstico de esperanza de vida de un año o menos)	Copago del 20%, después del Deducible
Beneficios Hospitalarios	Copago del 20%, después del Deducible
Mastectomía/Reconstrucción de Senos (Después de una mastectomía y complicaciones de esta)	Copago del 20%, después del Deducible
Atención de Maternidad Los exámenes preventivos/pruebas/asesoramiento según lo recomendado por el Grupo de Trabajo en Servicios Preventivos de los Estados Unidos, la AAP (Recomendaciones <i>Bright Futures</i> de atención de salud pediátrica preventiva) y la Administración de Recursos y Servicios de Salud se cubrirán como Pagados Completamente. Es posible que haya un Copago aparte por la visita al consultorio y otros cargos adicionales por los servicios prestados. Llame al número de Servicio al Cliente que aparece en su tarjeta de identificación.	Copago del 20%, después del Deducible
Servicios de Salud Mental que incluyen, entre otros, Centros de Tratamiento Residencial Para obtener una descripción completa de esta cobertura, consulte su Comprobante de Cobertura y Divulgación de Información de UnitedHealthcare of California.	Copago del 20%, después del Deducible
Atención para Recién Nacidos (El deducible y/o el Copago por atención para recién nacidos no se aplica a los recién nacidos cuando son dados de alta con la madre en un plazo de 48 horas después de un parto vaginal o 96 horas después de un parto por cesárea. Consulte el Comprobante de Cobertura y Divulgación de Información para obtener más detalles).	Copago del 20%, después del Deducible
Atención del Médico	Sin cargo
Cirugía Reconstructiva	Copago del 20%, después del Deducible
Atención de Rehabilitación (Incluye fisioterapia, terapia ocupacional y del habla)	Copago del 20%, después del Deducible

Beneficios Disponibles Mientras está Hospitalizado como Paciente Hospitalizado (Continuación)

Beneficio por Enfermedades Mentales Graves y Trastornos Emocionales Graves en Niños Tratamiento Residencial y para Pacientes Hospitalizados Días ilimitados Para obtener una descripción completa de esta cobertura, consulte su Comprobante de Cobertura y Divulgación de Información de UnitedHealthcare of California.	Copago del 20%, después del Deducible
Atención en un Centro de Enfermería Especializada (Hasta 100 días por período de beneficios)	Copago del 20%, después del Deducible
Trastornos de Adicción y Relacionados con Sustancias que incluyen, entre otros, Desintoxicación Médica para Pacientes Hospitalizados y Centros de Tratamiento Residencial Para obtener una descripción completa de esta cobertura, consulte su Comprobante de Cobertura y Divulgación de Información de UnitedHealthcare of California.	Copago del 20%, después del Deducible
Interrupción del Embarazo (Médica/medicamentos y quirúrgica)	Copago de \$200, después del Deducible

Beneficios Disponibles para Pacientes Ambulatorios

Examen para la Detección/Tratamiento de Alergias (El suero tiene cobertura) Visita al Consultorio del Médico de Atención Primaria Visita al Consultorio de un Especialista	Copago de \$25 por Visita al Consultorio Copago de \$50 por Visita al Consultorio
Ambulancia (Sólo se puede aplicar un Copago por ambulancia por viaje. Si es necesario un traslado en ambulancia posterior a otro centro, usted no será responsable del Copago por ambulancia adicional).	Copago de \$150
Estudios Clínicos Los Servicios de un Estudio Clínico requieren la autorización previa de UnitedHealthcare. Si usted participa en un estudio clínico ofrecido por un Proveedor Fuera de la Red que no acepte prestar estos servicios a la tarifa que UnitedHealthcare negocia con los Proveedores Participantes de la Red, usted será responsable de pagar la diferencia entre los cargos facturados por el Proveedor Fuera de la Red y la tarifa negociada entre UnitedHealthcare y los Proveedores Participantes, además de los Copagos, coaseguros o deducibles que correspondan.	Se paga de acuerdo con las tarifas negociadas. El saldo (si lo hubiere) es responsabilidad del Miembro.
Dispositivos de Implantes Cocleares (Se puede aplicar un Copago adicional por cirugía para pacientes ambulatorios, beneficios hospitalarios para pacientes hospitalizados y terapia de rehabilitación para pacientes ambulatorios). Usted solamente pagará la tarifa negociada en caso de que sea menor que el Copago.	Copago de \$50 por artículo
Anestesia para Tratamiento Dental (Se puede aplicar un Copago adicional por cirugía para pacientes ambulatorios, beneficios hospitalarios para pacientes hospitalizados y terapia de rehabilitación para pacientes ambulatorios).	Copago de \$50
Medicamento Depo-Provera (que no sea como anticonceptivo) Se limita a una inyección de Depo-Provera cada 90 días. (Se puede aplicar un Copago adicional por visitas al consultorio).	Copago de \$75
Diálisis (Se puede aplicar un Copago adicional por visitas al consultorio)	Copago de \$50 por tratamiento
Equipo Médico Duradero Usted solamente pagará la tarifa negociada en caso de que sea menor que el Copago.	Copago de \$70 por artículo

Beneficios Disponibles para Pacientes Ambulatorios (Continuación)

Equipo Médico Duradero para el Tratamiento del Asma Infantil (Incluye nebulizadores, medidores de flujo de aire, mascarillas y tubos para el tratamiento Medicamento Necesario del asma infantil de hijos Dependientes, que están cubiertos hasta al menos el fin del mes en que el Miembro cumple 19 años).	Sin Cargo
Aparato Auditivo: Estándar Beneficio máximo anual de \$5,000 por año calendario. Limitado a un aparato auditivo (que incluye la reparación y el reemplazo) por oído con limitación auditiva cada tres años. (Las reparaciones y/o los reemplazos no están cubiertos, excepto por mal funcionamiento. Las mejoras y los modelos de lujo que no sean médicamente necesarios no están cubiertos).	Copago de \$70
Aparato Auditivo con Anclaje de Hueso Las reparaciones y/o los reemplazos no están cubiertos, excepto por mal funcionamiento. Las mejoras y los modelos de lujo que no sean médicamente necesarios no están cubiertos. El aparato auditivo con anclaje de hueso estará sujeto a las categorías médicas/quirúrgicas correspondientes (p. ej. gastos hospitalarios de pacientes hospitalizados, honorarios médicos) solamente para miembros que cumplan los criterios médicos especificados en el Comprobante de Cobertura y Divulgación de Información. Las reparaciones y/o el reemplazo de un aparato auditivo con anclaje de hueso no están cubiertos, excepto por mal funcionamiento. Las mejoras y los modelos de lujo que no sean médicamente necesarios no están cubiertos.	Según el lugar en el que se preste el servicio de salud cubierto, los beneficios por aparato auditivo con anclaje de hueso serán los mismos que los estipulados en cada categoría de servicio de salud cubierto de este Plan de Beneficios.
Examen de Audición Visita al Consultorio del Médico de Atención Primaria Visita al Consultorio de un Especialista El Copago por visitas al Audiólogo y al Podiatra es el mismo que por visitas al Médico de Atención Primaria. Los exámenes preventivos/pruebas/asesoramiento según lo recomendado por el Grupo de Trabajo en Servicios Preventivos de los Estados Unidos, la AAP (Recomendaciones <i>Bright Futures</i> de atención de salud pediátrica preventiva) y la Administración de Recursos y Servicios de Salud se cubrirán como Pagados Completamente. Es posible que haya un Copago aparte por la visita al consultorio y otros cargos adicionales por los servicios prestados. Llame al número de Servicio al Cliente que aparece en su tarjeta de identificación.	Copago de \$25 por Visita al Consultorio Copago de \$50 por Visita al Consultorio
Visitas de Atención de Salud en el Hogar (Hasta 100 visitas por año calendario) Por la Terapia de Infusión se aplica un Copago de Terapia de Infusión separado por 30 días.	Copago de \$25 por visita
Servicios de Cuidados Paliativos (Pronóstico de esperanza de vida de un año o menos)	Sin cargo
Servicios de Infertilidad	Sin cobertura
Terapia de Infusión (La Terapia de Infusión tiene un Copago aparte, además del Copago de atención de salud en el hogar o por visita al consultorio). <i>Se aplica únicamente a los copagos en dólares:</i> Usted solamente pagará la tarifa negociada en caso de que sea menor que el Copago.	Copago de \$150 por medicamento

Beneficios Disponibles para Pacientes Ambulatorios (Continuación)

Medicamentos Inyectables (No se aplica el Copago/coaseguro a las vacunas, los anticonceptivos, los medicamentos para la infertilidad ni la insulina inyectables). Medicamentos Inyectables para Pacientes Ambulatorios Medicamentos Autoinyectables <i>Se aplica únicamente a los copagos en dólares:</i> Usted solamente pagará la tarifa negociada en caso de que sea menor que el Copago. Los métodos y procedimientos anticonceptivos aprobados por la FDA y recomendados por la Administración de Recursos y Servicios de Salud como servicios de atención preventiva estarán cubiertos al 100%. El Copago se aplica a los métodos y procedimientos anticonceptivos que NO se definen como Servicios Cubiertos conforme al beneficio de Servicios de Atención Preventiva y Planificación Familiar estipulado en el Comprobante de Cobertura y Divulgación de Información.	Copago de \$150 por medicamento
Servicios de Laboratorio (Cuando están disponibles a través de su Grupo Médico Participante y están autorizados por éste. Se puede aplicar un Copago adicional por visitas al consultorio).	Sin cargo
Atención, Exámenes y Procedimientos de Maternidad Visita al Consultorio del Médico de Atención Primaria Visita al Consultorio de un Especialista Los exámenes preventivos/pruebas/asesoramiento según lo recomendado por el Grupo de Trabajo en Servicios Preventivos de los Estados Unidos, la AAP (Recomendaciones <i>Bright Futures</i> de atención de salud pediátrica preventiva) y la Administración de Recursos y Servicios de Salud se cubrirán como Pagados Completamente. Es posible que haya un Copago aparte por la visita al consultorio y otros cargos adicionales por los servicios prestados. Llame al número de Servicio al Cliente que aparece en su tarjeta de identificación.	Sin cargo Sin cargo
Servicios de Salud Mental (incluyen Enfermedades Mentales Graves y Trastornos Emocionales Graves en Niños) Las Visitas al Consultorio como Paciente Ambulatorio incluyen: Evaluaciones de diagnóstico, planificación del tratamiento, tratamiento y/o procedimientos, terapia individual/de grupo, tratamiento y evaluaciones individuales/de grupo, servicios de referencias y administración de medicamentos Todos los Demás Tratamientos para Pacientes Ambulatorios incluyen: Hospitalización Parcial/Tratamiento Diurno, Tratamiento Intensivo para Pacientes Ambulatorios, intervención en casos de crisis, terapia electroconvulsiva, exámenes psicológicos, cargos del establecimiento por centros de tratamiento diurno, Tratamiento de Salud Conductual para el trastorno generalizado del desarrollo o Trastornos del Espectro Autista, cargos del laboratorio u otros servicios médicos de Hospitalización Parcial/Tratamiento Diurno y Tratamiento Intensivo para Pacientes Ambulatorios y observación psiquiátrica (Para obtener una descripción completa de esta cobertura, consulte su Comprobante de Cobertura y Divulgación de Información de UnitedHealthcare of California)	Copago de \$50 por Visita al Consultorio Sin cargo
Servicios de Cirugía Oral <i>Se aplica únicamente a los copagos en dólares:</i> Usted solamente pagará la tarifa negociada en caso de que sea menor que el Copago.	Copago del 20%, después del Deducible
Terapia de Rehabilitación Médica para Pacientes Ambulatorios en un Centro Participante Independiente o para Pacientes Ambulatorios (Incluye fisioterapia, terapia ocupacional y del habla)	Copago de \$25 por Visita al Consultorio

Beneficios Disponibles para Pacientes Ambulatorios (Continuación)

Cirugía para Pacientes Ambulatorios en un Centro Quirúrgico Participante Independiente o para Pacientes Ambulatorios	Copago del 20%, después del Deducible
Atención del Médico Visita al Consultorio del Médico de Atención Primaria Visita al Consultorio de un Especialista El Copago por visitas al Audiólogo y al Podiatra es el mismo que por visitas al Médico de Atención Primaria.	Copago de \$25 por Visita al Consultorio Copago de \$50 por Visita al Consultorio
Servicios de Atención Preventiva (Servicios según lo recomendado por la Academia Estadounidense de Pediatría [American Academy of Pediatrics, AAP], incluidas las Recomendaciones <i>Bright Futures</i> de atención de salud pediátrica preventiva, el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos [U.S. Preventive Services Task Force] con una calificación de recomendación “A” o “B”, el Comité Asesor de Prácticas de Inmunización [Advisory Committee on Immunization Practices], la Administración de Recursos y Servicios de Salud [Health Resources and Services Administration, HRSA], las pautas de atención preventiva para mujeres reconocidas por la HRSA, y según lo autorice su Médico de Atención Primaria en su Grupo Médico Participante). Los Servicios de Atención de la Salud Cubiertos incluirán, pero no se limitan a, los siguientes: • Examen Colorrectal • Examen de Audición • Prueba de Detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) • Vacunas • Pruebas para Recién Nacidos • Prueba de Detección del Cáncer de Próstata • Examen de la Vista • Atención del Bebé/Niño/Adolescente Sano • Mujer Sana, incluidas visitas prenatales rutinarias al consultorio de obstetricia Para obtener una descripción de esta cobertura, consulte su Comprobante de Cobertura y Divulgación de Información de UnitedHealthcare of California. Los exámenes preventivos/pruebas/asesoramiento según lo recomendado por el Grupo de Trabajo en Servicios Preventivos de los Estados Unidos, la AAP (Recomendaciones <i>Bright Futures</i> de atención de salud pediátrica preventiva) y la Administración de Recursos y Servicios de Salud se cubrirán como Pagados Completamente. Es posible que haya un Copago aparte por la visita al consultorio y otros cargos adicionales por los servicios prestados. Llame al número de Servicio al Cliente que aparece en su tarjeta de identificación. Los métodos y procedimientos anticonceptivos aprobados por la FDA y recomendados por la Administración de Recursos y Servicios de Salud como servicios de atención preventiva estarán cubiertos al 100%. El Copago se aplica a los métodos y procedimientos anticonceptivos que NO se definen como Servicios Cubiertos conforme al beneficio de Servicios de Atención Preventiva y Planificación Familiar estipulado en el Comprobante de Cobertura y Divulgación de Información.	Sin cargo
Aparatos de Prótesis y Correctivos Usted solamente pagará la tarifa negociada en caso de que sea menor que el Copago.	Copago de \$70 por artículo

Beneficios Disponibles para Pacientes Ambulatorios (Continuación)

Terapia de Radiación Estándar: Sin cargo (Terapia de radiación con haz de fotones) Compleja: Copago de \$50 (Los ejemplos incluyen, pero no se limitan a, braquiterapia, implantes radiactivos y haz de fotones conforme. El Copago se aplica por cada 30 días o por plan de tratamiento, lo que sea más corto. Los procedimientos de Bisturí de Rayos Gamma y Estereotácticos están cubiertos como cirugías para pacientes ambulatorios. Consulte Cirugía para Pacientes Ambulatorios para conocer el Copago, si lo hay). <i>Se aplica únicamente a los copagos en dólares:</i> Usted solamente pagará la tarifa negociada en caso de que sea menor que el Copago.	
Servicios de Radiología Estándar: (Se puede aplicar un Copago adicional por visitas al consultorio) Copago de \$25 Procedimientos de Tomografías e Imágenes Especializadas: Copago de \$150 (Los ejemplos incluyen, pero no se limitan a, tomografía computarizada [CT], tomografía computarizada por emisión de fotón único [SPECT], tomografía por emisión de positrones [PET], angiografía de resonancia magnética [MRA] e imagen de resonancia magnética nuclear [MRI], con o sin medio de contraste) Se cobrará un Copago separado por cada zona del cuerpo escaneada como parte de un procedimiento de imágenes. Usted solamente pagará la tarifa negociada en caso de que sea menor que el Copago.	
Enfermedad Mental Grave y Trastornos Emocionales Graves en Niños Consulte la sección “Servicios de Salud Mental” para pacientes ambulatorios para ver los costos compartidos y servicios que se aplican a las Enfermedades Mentales Graves y los Trastornos Emocionales Graves. Para obtener una descripción completa de esta cobertura, consulte su Comprobante de Cobertura y Divulgación de Información de UnitedHealthcare of California.	
Trastornos de Adicción y Relacionados con Sustancias Las Visitas al Consultorio como Paciente Ambulatorio incluyen, entre otros servicios: Copago de \$50 por Visita al Consultorio Evaluaciones de diagnóstico, planificación del tratamiento, tratamiento y/o procedimientos, tratamiento y evaluaciones individuales/de grupo, terapia y desintoxicación individual/de grupo, servicios de referencias y administración de medicamentos Todos los Demás Tratamientos para Pacientes Ambulatorios incluyen, entre otros: Sin cargo Hospitalización Parcial/Tratamiento Diurno, Tratamiento Intensivo para Pacientes Ambulatorios, intervención en casos de crisis, cargos del establecimiento por centros de tratamiento diurno, cargos de laboratorio y tratamiento de mantenimiento con metadona Para obtener una descripción completa de esta cobertura, consulte su Comprobante de Cobertura y Divulgación de Información de UnitedHealthcare of California.	

Beneficios Disponibles para Pacientes Ambulatorios (Continuación)

Interrupción del Embarazo (Médica/medicamentos y quirúrgica) Los métodos y procedimientos anticonceptivos aprobados por la FDA y recomendados por la Administración de Recursos y Servicios de Salud como servicios de atención preventiva estarán cubiertos al 100%. El Copago se aplica a los métodos y procedimientos anticonceptivos que NO se definen como Servicios Cubiertos conforme al beneficio de Servicios de Atención Preventiva y Planificación Familiar estipulado en el Comprobante de Cobertura y Divulgación de Información.	Copago de \$200, después del Deducible
Vasectomía	Copago de \$50
Servicios de Atención Virtual Los Beneficios están disponibles solamente cuando los servicios sean prestados a través de un Proveedor Designado de Visitas Virtuales de la Red. Para encontrar un Proveedor Designado de Visitas Virtuales de la Red, visite www.myuhc.com o llame al Servicio al Cliente al número de teléfono que se encuentra en su tarjeta de identificación.	Sin cargo
Refracción de la Vista	Copago de \$25

Nota: Los Beneficios con cantidades Porcentuales de Copago se basan en la tarifa negociada de UnitedHealthcare.

CADA UNO DE LOS BENEFICIOS ANTERIORMENTE INDICADOS TIENE COBERTURA CUANDO ESTÁ AUTORIZADO POR SU GRUPO MÉDICO PARTICIPANTE O UNITEDHEALTHCARE, EXCEPTO EN EL CASO DE SERVICIOS DE EMERGENCIA MÉDICAMENTE NECESARIOS O SERVICIOS REQUERIDOS DE URGENCIA. UN COMITÉ DE REVISIÓN DE UTILIZACIÓN PUEDE REVISAR LA SOLICITUD DE SERVICIOS.

Nota: Este documento no es un contrato. Éste es un Plan de Beneficios y sus documentos adjuntos sólo son un resumen del Plan de Salud.

PARA DETERMINAR LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE COBERTURA EXACTOS, SE DEBE CONSULTAR EL CONVENIO DE SUSCRIPTORES DE GRUPOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS, EL COMPROBANTE DE COBERTURA Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE UNITEDHEALTHCARE OF CALIFORNIA Y LOS DOCUMENTOS SOBRE BENEFICIOS ADICIONALES. SI SE SOLICITA, SE PROPORCIONARÁ UNA COPIA DEL CONTRATO, QUE TAMBIÉN SE ENCUENTRA DISPONIBLE EN LA OFICINA DE UNITEDHEALTHCARE Y EN LA OFICINA DE PERSONAL DE LA EMPRESA PARA LA CUAL TRABAJA. SI SE SOLICITA, TAMBIÉN ESTÁ DISPONIBLE LA INFORMACIÓN FINANCIERA AUDITADA MÁS RECIENTE DE UNITEDHEALTHCARE.

**P.O. Box 30968
Salt Lake City, UT 84130-0968**

**Servicio al Cliente:
800-624-8822
711 (TTY)
www.myuhc.com**

©2021 United HealthCare Services, Inc.
PCA868888-000
TBI/TBK/TBO

SignatureValue™ HMO

Ofrecido por UnitedHealthcare of California

Plan de Beneficios Farmacéuticos

Descripción y Términos de Pago	Cantidades
Deducible Anual de Medicamentos	
La cantidad que usted paga por Medicamentos de Venta con Receta cubiertos antes de que comencemos a pagar por Medicamentos de Venta con Receta.	Ninguna
Copago	
Su Copago se determina según el nivel al cual el Comité de Administración de la Lista de Medicamentos de Venta con Receta (Prescription Drug List, PDL) haya asignado el Medicamento de Venta con Receta.	Cuando compra Medicamentos de Venta con Receta en una Farmacia de venta al por menor de la Red, usted es responsable de pagar el menor de los siguientes valores: • El Copago correspondiente • El precio al por menor de la Farmacia de la Red por el Medicamento de Venta con Receta. Cuando compra Medicamentos de Venta con Receta en una Farmacia de pedido por correo de la Red, usted es responsable de pagar el menor de los siguientes valores: • El Copago correspondiente. • El precio al por menor de una Farmacia de la Red por el Medicamento de Venta con Receta. Consulte los Copagos que se indican en la tabla de Información de Beneficios para conocer las cantidades. Usted no es responsable de pagar un Copago por los Medicamentos de Atención Preventiva con Costo Compartido de Cero conforme a la PPACA.
Medicamentos de Venta con Receta Especializados	
Se aplican los siguientes límites de suministro: • Según lo recetado por el proveedor, un suministro de hasta 31 días consecutivos de un Medicamento de Venta con Receta Especializado, a menos que se ajuste según el tamaño del envase del fabricante o según los límites de suministro. Cuando un Medicamento de Venta con Receta Especializado esté envasado o diseñado para administrarse de manera que provea más de un suministro de 31 días consecutivos, el Copago o Coaseguro que se aplique reflejará la cantidad de días surtidos o días que se administrará el medicamento.	Su Copago o Coaseguro se determina según el nivel al cual el Comité de Administración de la Lista de Medicamentos de Venta con Receta (PDL) haya asignado el Medicamento de Venta con Receta Especializado. Todos los Medicamentos de Venta con Receta Especializados que se encuentran en la Lista de Medicamentos de Venta con Receta están asignados al Nivel 1, Nivel 2 o Nivel 3. Para saber a qué nivel está asignado un medicamento, comuníquese con nosotros en www.myuhc.com o llame al número de teléfono que se encuentra en su tarjeta de identificación. Por un Medicamento de Venta con Receta Especializado del Nivel 1: \$10 Por un Medicamento de Venta con Receta Especializado del Nivel 2: \$150 Por un Medicamento de Venta con Receta Especializado del Nivel 3: \$250

Medicamentos de Venta con Receta de una Farmacia de Venta al por Menor de la Red	
Se aplican los siguientes límites de suministro: Según lo recetado por el proveedor, un suministro de hasta 31 días consecutivos de un Medicamento de Venta con Receta, a menos que se ajuste según el tamaño del envase del fabricante o según los límites de suministro. Usted no es responsable de pagar un Copago por los Medicamentos de Atención Preventiva con Costo Compartido de Cero conforme a la PPACA. Es posible que un suministro de 12 meses de anticonceptivos hormonales autoadministrados y aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) se proporcione a un costo de \$0. Cuando un Medicamento de Venta con Receta esté envasado o diseñado para administrarse de manera que provea más de un suministro de 31 días consecutivos, el Copago que se aplique reflejará la cantidad de días surtidos.	Medicamento de Venta con Receta del Nivel 1 \$15 Medicamento de Venta con Receta del Nivel 2 \$25 Medicamento de Venta con Receta del Nivel 3 \$40 Todo el costo compartido se aplica al límite de desembolso personal.
Medicamentos de Venta con Receta de una Farmacia de Pedido por Correo de la Red o Farmacia de Venta al por Menor Preferida de la Red para Suministros de 90 Días	
Se aplican los siguientes límites de suministro: Según lo recetado por el proveedor, un suministro de hasta 90 días consecutivos de un Medicamento de Venta con Receta, a menos que se ajuste según el tamaño del envase del fabricante o según los límites de suministro. Estos límites de suministro no se aplican a los Medicamentos de Venta con Receta Especializados. Los límites de suministro de Medicamentos Especializados de Venta con Receta de una Farmacia de Pedido por Correo de la Red están sujetos a los límites de suministro, según lo indicado por el proveedor, hasta un suministro de 31 días, a menos que se ajuste en función del tamaño del envase del fabricante o en función de los límites de suministro. Es posible que se requiera que surta la primera receta de un Medicamento de Venta con Receta en una farmacia de venta al por menor y obtenga 2 resurtidos a través de una farmacia de venta por menor antes de usar una Farmacia de pedido por correo de la Red. Para maximizar su Beneficio, pídale a su Médico que le extienda la Receta o el Resurtido para un suministro de 90 días, con resurtidos, cuando corresponda. Se le cobrará un Copago de pedido por correo por cualquier Receta o Resurtido que se envíe a la farmacia de pedido por correo, sin importar la cantidad de días del suministro que se indica en la Receta o el Resurtido. Asegúrese de que su Médico indique en la Receta o el Resurtido un suministro de 90 días y no un suministro de 31 días con tres resurtidos.	Por un suministro máximo de 90 días en una Farmacia de pedido por correo de la Red, usted paga: Medicamento de Venta con Receta del Nivel 1: \$30 Medicamento de Venta con Receta del Nivel 2: \$50 Medicamento de Venta con Receta del Nivel 3: \$80 Todo el costo compartido se aplica al límite de desembolso personal.

Este *Plan de Beneficios* proporciona detalles específicos sobre su beneficio de Medicamentos de Venta con Receta, así como las exclusiones y limitaciones. Juntos, este documento y el *Suplemento al Comprobante de Cobertura y Divulgación de Información*, además del *Comprobante de Cobertura y Divulgación de Información* médico, determinan los términos y condiciones exactos de su cobertura de Medicamentos de Venta con Receta.

¿Qué Pago Cuando Surto una Receta?

La cantidad que pague por cualquiera de los siguientes conceptos conforme a este *Plan de Beneficios* Farmacéuticos no se incluirá en el cálculo de ningún Límite de Desembolso Personal que se estipule en su *Plan de Beneficios* médico:

- Cualquier medicamento no cubierto. Usted es responsable de pagar el 100% del costo (la cantidad que le cobra la farmacia) por cualquier medicamento no cubierto y nuestras tarifas contractuales no estarán disponibles para usted.

Por Medicamentos de Venta con Receta en una farmacia de Venta al por Menor de la Red, usted pagará el Copago correspondiente por una Unidad de Medicamento de Venta con Receta o el precio al por menor del Medicamento de Venta con Receta de la Farmacia de la Red, lo que sea menor. Por los Medicamentos de Venta con Receta comprados a través de Pedido por Correo, usted será responsable del Copago correspondiente o del precio al por menor del Medicamento de Venta con Receta de la Farmacia de la Red, lo que sea menor.

Usted solamente pagará un Copago cuando surta una receta en una Farmacia de la Red de UnitedHealthcare. Usted pagará un Copago cada vez que surta una receta. Sus Copagos se detallan en la tabla anterior.

NOTA: El estado de Nivel de un medicamento de venta con receta puede cambiar periódicamente. Los cambios de estado de Nivel que tienen como resultado Copagos más altos ocurren cuatro veces por año calendario o Año del Contrato. Le notificaremos 60 días antes del cambio en niveles que tendrá como resultado un copago más alto. Los cambios en los niveles que resulten en Copagos más bajos pueden ocurrir en cualquier momento y serán para su beneficio. Usted no recibirá un aviso previo. Cuando se producen cambios en el estado de Nivel, es posible que usted pague más o menos por un medicamento de venta con receta según el Nivel al que esté asignado. Para tener acceso a la Lista de Medicamentos de Venta con Receta y Medicamentos Especializados, la asignación de Niveles y los Copagos, llame al Departamento de Servicio al Cliente al 1-800-624-8822 o al 711 (TTY), o visite el sitio de Internet de UnitedHealthcare en www.myuhc.com.

Usted recibirá un aviso por escrito 60 días antes de un aumento en su Copago debido al cambio en la asignación del Nivel para pasar a un Nivel más alto. El aviso le informará el nuevo Nivel; y si su Médico de la Red debe solicitar Autorización Previa y UnitedHealthcare debe determinar que el medicamento sea Medicamento Necesario para que esté cubierto, si no se obtuvo previamente.

Si un Medicamento de Marca Registrada Aparece en el Mercado como Medicamento Genérico

Si aparece en el mercado una versión Genérica de un medicamento de Marca registrada, la asignación de nivel del medicamento de Marca registrada puede cambiar y, por consiguiente, también su Copago. Consulte "AUTORIZACIÓN PREVIA" si actualmente está tomando un medicamento de venta con receta que requiere Autorización Previa conforme al plan de beneficios.

Autorización Previa

Antes de que le surtan ciertos Medicamentos de Venta con Receta, su Médico, su farmacéutico o usted debe obtener nuestra autorización previa o la de nuestra persona designada. La razón por la que debe obtener nuestra autorización previa es determinar si el Medicamento de Venta con Receta, en conformidad con nuestras pautas aprobadas, cumple cada una de las siguientes condiciones:

- Cumple con la definición de Servicio de Atención de la Salud Cubierto.
- No es un Servicio Experimental, de Investigación o No Comprobado.

Ciertos Medicamentos de Venta con Receta pueden estar sujetos a autorización previa debido a lo siguiente:

- tienen un producto aprobado biosimilar o un Equivalente Terapéutico biosimilar a otro Medicamento de Venta con Receta cubierto.

Proceso de Excepción de Autorización Previa y Terapia Escalonada

Ciertos Medicamentos de Venta con Receta requieren un proceso de excepción de Autorización Previa o terapia escalonada que usa criterios basados en descubrimientos médicos o en las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos. Cuando se surten Medicamentos de Venta con Receta en una Farmacia de la Red, el proveedor que receta o el farmacéutico son responsables de obtener nuestra Autorización Previa. Para obtener más información, consulte el Suplemento de Beneficios de Medicamentos de Venta con Receta para Pacientes Ambulatorios. Para obtener una lista de los Medicamentos de Venta con Receta que requieren la Autorización Previa de UnitedHealthcare, comuníquese con el Departamento de Servicio al Cliente de UnitedHealthcare al 1-800-624-8822 o al 711 (TTY), o consúltela en línea en www.myuhc.com.

Medicamentos de Venta con Receta Cubiertos por Su Beneficio

Los siguientes medicamentos están cubiertos, cuando se los recete su Médico de la Red como Medicamento Necesarios y se surtan en una Farmacia de la Red, sujetos a todos los demás términos y condiciones de este beneficio de medicamentos de venta con receta para pacientes ambulatorios:

- **Plumas de insulina precargadas “todo en uno” desechables**, cartuchos de insulina y agujas para dispositivos tipo pluma no desechables cuando son Medicamento Necesarios de acuerdo con el proceso de Autorización Previa de UnitedHealthcare.
- **Medicamentos que Requieren Receta:** Cualquier sustancia medicinal que lleve la leyenda: “Caution: Federal law prohibits dispensing without a prescription.” (Precaución: La ley federal prohíbe su suministro sin una receta).
- **Medicamentos Genéricos:** Los medicamentos de Marca registrada se pueden sustituir por medicamentos Genéricos comparables. En el caso de medicamentos de Marca registrada que tienen equivalentes aprobados por la FDA, se puede surtir una receta con un medicamento Genérico a menos que un medicamento de Marca registrada específico sea Medicamento Necesario y tenga la Autorización Previa de UnitedHealthcare. La Autorización Previa es necesaria incluso si un Médico con licencia escribe “Dispense as Written” (“Suministrar según lo Indicado”) o “Do Not Substitute” (“No Reemplazar”) en su receta. Si elige usar un Medicamento de Venta con Receta que no está incluido en la Lista de Medicamentos de Venta con Receta y no tiene la Autorización Previa de UnitedHealthcare, será responsable del precio al por menor total del medicamento.
Si el medicamento solicitado es Medicamento Necesario, es posible que sea Autorizado Previamente por UnitedHealthcare. Si es aprobado, usted sólo pagará su Copago del Nivel correspondiente.
- **Cobertura de Medicamentos Varios de Venta con Receta:** A fin de determinar la cobertura, a los siguientes artículos se los considera beneficios de medicamentos de venta con receta y están cubiertos cuando son Medicamento Necesarios: glucagón, insulina, jeringas de insulina, tiras para diagnóstico de la glucosa (azúcar) en la sangre, lancetas, extensiones para inhaladores, tiras para análisis de orina, ciertas vacunas y kits para la prevención de la anafilaxia. Para obtener información sobre la cobertura de otros medicamentos inyectables y de equipo para el tratamiento del asma, consulte la Sección Cinco: Sus Beneficios Médicos del *Comprobante de Cobertura y Divulgación de Información* médico.
- **Anticonceptivos Orales:** Todos los productos, dispositivos y medicamentos anticonceptivos aprobados por la FDA están cubiertos a un costo compartido de \$0, con sujeción a los Equivalentes Terapéuticos que se puedan recetar y que puedan requerir Autorización Previa. Un Miembro puede recibir un suministro de 12 meses de un anticonceptivo hormonal, autoadministrado y aprobado por la FDA suministrado o proporcionado de una sola vez por un proveedor o por una farmacia contratada que haya acordado suministrar o proporcionar anticonceptivos aprobados por la FDA, en conformidad con las leyes estatales y federales. Los anticonceptivos de venta sin receta requieren una receta de su proveedor. Para determinar si la farmacia contratada por el Plan permite que un farmacéutico suministre anticonceptivos aprobados por la FDA directamente, comuníquese con la farmacia contratada o llame al Plan al número que se encuentra en su tarjeta. Para obtener más información, consulte el Comprobante de Cobertura y Divulgación de Información médico y su Suplemento de Medicamentos de Venta con Receta para Pacientes Ambulatorios.
- **Medicamentos Restringidos por las Leyes Estatales:** Cualquier sustancia medicinal que se pueda surtir únicamente con receta de acuerdo con las leyes estatales.

Exclusiones y Limitaciones

Aunque el beneficio de medicamentos de venta con receta cubre la mayoría de los Medicamentos de Venta con Receta, hay algunos que no están cubiertos o que están limitados. Estos Medicamentos de Venta con Receta se detallan más abajo. Es posible que algunos de los siguientes medicamentos excluidos estén cubiertos conforme a su beneficio médico. Consulte la Sección 5 de su *Comprobante de Cobertura y Divulgación de Información* médico, titulada Servicios de Atención de la Salud Cubiertos, para obtener más información sobre los medicamentos cubiertos por su beneficio médico.

- Medicamentos de Venta con Receta Administrados: Los medicamentos aplicados o administrados al Miembro por quien los receta o su personal no están cubiertos. Los medicamentos inyectables están cubiertos por su beneficio médico cuando se administran durante una visita al consultorio del Médico o cuando son autoadministrados en conformidad con la capacitación brindada por un profesional de atención de la salud apropiado. Consulte la Sección 5 de su *Comprobante de Cobertura y Divulgación de Información* médico, titulada Sus Beneficios Médicos, para obtener más información sobre los medicamentos cubiertos por su beneficio médico.
- Medicamento compuesto: Cualquier sustancia Medicinal que tenga al menos un ingrediente que requiera Receta o que esté Restringido por las Leyes Estatales en una cantidad terapéutica. Los medicamentos compuestos no están cubiertos a menos que UnitedHealthcare los haya Autorizado Previamente como Medicamento Necesarios.
- Medicamentos de Diagnóstico: Los medicamentos usados con fines de diagnóstico no están cubiertos. Para obtener información sobre los medicamentos cubiertos para tratamientos, servicios y exámenes de diagnóstico, consulte la Sección 5 de su Comprobante de Cobertura y Divulgación de Información médico.
- Productos dietéticos o nutricionales y suplementos alimenticios: Ya sea que sean de venta con o sin receta, incluidas las vitaminas (salvo las prenatales), los minerales y suplementos de fluoruro, artículos para la belleza o la salud, suplementos a base de hierbas o medicina alternativa no están cubiertos. El examen y tratamiento de la fenilketonuria (Phenylketonuria, PKU) está cubierto conforme a su beneficio médico, incluidos los productos alimenticios especiales y las fórmulas que formen parte de una dieta indicada por un Médico de la Red, siempre y cuando dicha dieta sea Médicamente Necesaria. Para obtener más información, consulte la Sección 5 de su *Comprobante de Cobertura y Divulgación de Información* médico. Esta exclusión no se aplica a los servicios Médicamente Necesarios autorizados para evitar el desarrollo de discapacidades físicas o mentales graves o para promover el desarrollo o la función normal como consecuencia de la fenilketonuria (PKU).
- No se cubren los medicamentos para mejoras cuando se recetan para las siguientes condiciones no médicas: descenso de peso, crecimiento del cabello, desempeño sexual, desempeño atlético, fines estéticos, contra el envejecimiento con fines estéticos y para el desempeño mental. Esto no excluye la cobertura para medicamentos cuando son Autorizados Previamente como Medicamento Necesarios para tratar la obesidad mórbida o condiciones médicas diagnosticadas que afectan la memoria, que incluyen, entre otras, la demencia por Alzheimer.
- Hormona del crecimiento para niños con baja estatura familiar (estatura baja basada en la herencia y no causada por una condición médica diagnosticada), a menos que sea Médicamente Necesaria y esté Autorizada Previamente por nosotros.
- Infertilidad: No se cubre ninguna forma de Medicamento de Venta con Receta para el tratamiento de la infertilidad. Si la empresa para la cual trabaja ha adquirido una cobertura para el tratamiento de la infertilidad, posiblemente los Medicamentos de Venta con Receta para el tratamiento de la infertilidad estén cubiertos por ese beneficio. Para obtener más información, consulte la Sección 5 de su *Comprobante de Cobertura y Divulgación de Información* médico, titulada Sus Beneficios Médicos.
- Medicamentos inyectables: Excepto según se describe en la sección Servicios de Atención de la Salud Cubiertos, los medicamentos inyectables que incluyen, pero no se limitan a, terapia de infusión, sueros para alergias, ciertos agentes inmunizantes y hemoderivados no están cubiertos como un beneficio de medicamentos de venta con receta para pacientes ambulatorios. Sin embargo, estos medicamentos están cubiertos conforme a su beneficio médico según lo descrito en su *Comprobante de Cobertura y Divulgación de Información* médico y de acuerdo con los términos y condiciones de éste. Los medicamentos inyectables para pacientes ambulatorios administrados en el consultorio del Médico (excepto la insulina) están cubiertos como un beneficio médico cuando sean parte de una visita al consultorio médico. Es posible que los medicamentos inyectables estén sujetos a los requisitos de Autorización Previa de UnitedHealthcare. Para obtener más información, consulte la Sección 5: Sus Beneficios Médicos de su *Comprobante de Cobertura y Divulgación de Información* médico.
- Medicamentos para Pacientes Hospitalizados: Los medicamentos administrados a un Miembro mientras está hospitalizado en un hospital o mientras recibe Atención de Enfermería Especializada como paciente hospitalizado en un Centro de Enfermería Especializada no están cubiertos en este *Plan de Beneficios Farmacéuticos*. Para obtener información sobre la cobertura de medicamentos de venta con receta mientras se encuentra hospitalizado o en un Centro de Enfermería Especializada, consulte la Sección 5 de su *Comprobante de Cobertura y Divulgación de Información* médico, titulada Sus Beneficios Médicos. Los medicamentos de venta con receta para pacientes ambulatorios están cubiertos para los Miembros que reciben Atención de Custodia en una casa de reposo, un asilo de convalecencia, un sanatorio o un establecimiento similar si dichos medicamentos se obtienen de una Farmacia de la Red, de acuerdo con todos los términos y condiciones de la cobertura establecidos en este *Plan de Beneficios* y en el Suplemento Farmacéutico al *Comprobante de Cobertura y Divulgación de Información*. Cuando un Miembro esté recibiendo Atención de Custodia en cualquier establecimiento, sus parientes, amigos o cuidadores pueden comprar los medicamentos recetados por el Médico de la Red en una Farmacia de la Red y pagar el Copago correspondiente en nombre del Miembro.

- Medicamentos de Investigación o Experimentales: Los medicamentos recetados para terapias Experimentales o de Investigación no están cubiertos, a menos que sean requeridos por un panel externo de revisión independiente en conformidad con la Sección 1370.4 del Código de Salud y Seguridad de California. Puede encontrar información adicional sobre los procedimientos Experimentales y de Investigación y sobre la revisión externa realizada por un panel independiente en la Sección 5: Sus Beneficios Médicos y sobre los derechos de apelación en la Sección 8: Supervisión de las Decisiones sobre Su Atención de la Salud del *Comprobante de Cobertura y Divulgación de Información* médico.
- Los Medicamentos de Venta con Receta nuevos que no han sido revisados para determinar su seguridad, eficacia y eficiencia de costo ni aprobados por UnitedHealthcare no están cubiertos, a menos que sean Autorizados Previamente por UnitedHealthcare como Medicamento Necesarios. Esto incluiría nuevas formas de dosificación que consideremos que no cumplen la definición de un Servicio de Atención de la Salud Cubierto.
- Condición médica no cubierta: No están cubiertos los Medicamentos de Venta con Receta para el tratamiento de una condición médica no cubierta. Esto no excluye los Medicamentos de Venta con Receta Medicamento Necesarios directamente relacionados con servicios no cubiertos cuando surjan complicaciones que excedan la atención médica de seguimiento, tales como complicaciones potencialmente mortales de una cirugía estética.
- Uso de medicamentos para fines no indicados en la etiqueta: "Uso de medicamentos para fines no indicados en la etiqueta" significa que el Proveedor ha recetado un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para un uso distinto del aprobado por la FDA. UnitedHealthcare excluye la cobertura del Uso de Medicamentos para Fines no Indicados en la Etiqueta, incluidos los medicamentos autoinyectables, excepto según lo descrito en el *Comprobante de Cobertura y Divulgación de Información* médico y en cualquier Documento Adjunto que corresponda. Si un medicamento es recetado para Fines no Indicados en la Etiqueta, se cubrirá dicho medicamento y su administración sólo si cumple los siguientes criterios: (1) El medicamento está aprobado por la FDA. (2) El medicamento es recetado por un profesional de atención de la salud de la Red con licencia. (3) El medicamento es Medicamento Necesario para tratar la condición médica. (4) El medicamento ha sido reconocido para el tratamiento de una condición médica en alguna de las siguientes publicaciones: (a) *The American Hospital Formulary Service Drug Information*, (b) Uno de los siguientes compendios, si es reconocido por la agencia federal Centros de Servicios de Medicare y Medicaid como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer: (i) *The Elsevier Gold Standard's Clinical Pharmacology*; (ii) *The National Comprehensive Cancer Network Drug and Biologics Compendium*; (iii) *The Thompson Micromedex DRUGDEX System*, o (c) Dos artículos de revistas médicas importantes revisadas por colegas, que presenten datos que respalden el uso o los usos propuestos del medicamento para fines no indicados en la etiqueta como generalmente seguros y eficaces, a menos que exista evidencia contradictoria clara y convincente presentada en una revista médica importante revisada por colegas. Nada de esta sección prohibirá a UnitedHealthcare el uso de una Lista de Medicamentos de Venta con Receta, un Copago, un panel de evaluación de tecnología o mecanismo similar como medio para controlar adecuadamente la utilización de un medicamento que se receta para un uso distinto del que ha aprobado la FDA para su comercialización. Si se deniega el uso de un medicamento debido a que se considera que es de investigación o experimental, se le permitirá al Miembro usar el Sistema de Revisión Independiente según se define en el *Comprobante de Cobertura y Divulgación de Información* médico.
- Medicamentos sin Receta: Medicamentos disponibles sin receta cuyo surtido no requiere una Receta o un Resurtido de acuerdo con las leyes federales o estatales. Los Medicamentos que generalmente se venden sin receta están excluidos, ya sean recetados o no, a menos que estén en la Lista de Medicamentos de Venta con Receta de UnitedHealthcare o a menos que sean medicamentos y productos para dejar el tabaco aprobados por la FDA, o medicamentos, dispositivos u otros productos anticonceptivos aprobados por la FDA que se suministran como un beneficio preventivo a un costo compartido de \$0, sujetos a cierta excepción. Esta exclusión no se aplica a los medicamentos de venta sin receta que tienen una recomendación de A o B del Panel de Expertos en Servicios Preventivos de los Estados Unidos (U.S. Preventive Services Task Force, USPSTF) cuando los receta un proveedor para los cuales hay Beneficios disponibles, sin costo compartido, según lo descrito en la Sección 5 del *Comprobante de Cobertura y Divulgación de Información*. Para determinar los métodos anticonceptivos aprobados por la FDA que están cubiertos, el Plan considerará los Equivalentes Terapéuticos, incluida la dosificación y la concentración de la vía de administración. Para obtener más información sobre la cobertura de ciertos medicamentos sin receta de la Lista de Medicamentos de Venta con Receta, consulte el Suplemento de Medicamentos de Venta con Receta para Pacientes Ambulatorios y su *Comprobante de Cobertura y Divulgación de Información* en las secciones Planificación Familiar y Evaluación del Consumo de Tabaco. También puede comunicarse con el Departamento de Servicio al Cliente de UnitedHealthcare al 1-800-624-8822 o 711 (TTY), o consultarlo en línea en **www.myuhc.com**.

- Los Medicamentos de Venta con Receta que contienen ingredientes activos que están disponibles sin receta no están cubiertos, excepto cuando sean Medicamento Necesarios. Ciertos medicamentos de venta sin receta que son Terapéuticamente Equivalentes a suplementos o medicamentos sin receta no están cubiertos, a menos que sean Medicamento Necesarios y estén Autorizados Previamente. Esta exclusión no se aplica a una clase completa de medicamentos de venta con receta cuando un medicamento dentro de esa clase comienza a estar disponible sin receta.
- Los Medicamentos de Venta con Receta por la cantidad surtida (límite de cantidad o días de suministro) que exceda el límite de suministro no están cubiertos.
- Medicamentos de Venta con Receta en la medida en que el pago o los beneficios sean proporcionados por el gobierno local, estatal o federal, excepto que la ley estipule lo contrario.
- Los Medicamentos de Venta con Receta recetados por un dentista o usados para tratamiento dental no están cubiertos.
- Los Medicamentos de Venta con Receta recetados únicamente para acortar la duración de un resfrío común no están cubiertos.
- Cuando un Medicamento de Venta con Receta esté envasado o diseñado para administrarse de manera que provea más de un suministro de 31 días consecutivos, el Copago que se aplique reflejará la cantidad de días surtidos.
- Medicamentos de Venta con Receta recetados únicamente para tratar la caída del cabello.
- Antes de la Fecha de Vigencia: No están cubiertos los medicamentos ni medicinas comprados y recibidos antes de la fecha de vigencia o después de la fecha de cancelación de la cobertura del Miembro.
- Reemplazo de Medicamentos de Venta con Receta. Los Medicamentos de Venta con Receta perdidos, robados o destruidos no están cubiertos.
- Las soluciones salinas o de irrigación. Las soluciones salinas y de irrigación no están cubiertas a menos que sean Medicamento Necesarias, según el propósito para el cual se recetan, como parte del beneficio de salud en el hogar o de equipo médico duradero. Para obtener más información, consulte la Sección 5 de su *Comprobante de Cobertura y Divulgación de Información* médico.
- Productos para dejar de fumar a menos que sean medicamentos o productos para dejar el tabaco aprobados por la FDA, los cuales se suministran como un beneficio preventivo a un costo compartido de \$0, sujetos a cierta excepción. Para obtener información sobre el programa para dejar de fumar de UnitedHealthcare, consulte el *Comprobante de Cobertura y Divulgación de Información* médico en la Sección 5: Sus Beneficios Médicos o comuníquese con el Servicio al Cliente o visite nuestro sitio de Internet en **www.myuhc.com**.
- Aparatos o dispositivos terapéuticos, que incluyen, pero no se limitan a, prendas de soporte y otras sustancias no médicas, bombas de insulina y accesorios relacionados (estos servicios se brindan como equipo médico duradero). Para obtener información adicional sobre ciertos dispositivos y aparatos terapéuticos que están cubiertos por su beneficio médico, consulte la Sección 5: Sus Beneficios Médicos de su *Comprobante de Cobertura y Divulgación de Información* médico.
- Terapéuticamente Equivalentes: Ciertos Medicamentos de Venta con Receta para los cuales hay alternativas Terapéuticamente Equivalentes disponibles, a menos que sea Medicamento Necesario.
- Formulaciones Unitarias y Convenientes: No se cubren las dosis unitarias, los medicamentos preenvasados, los paquetes individuales, etc., a menos que solamente estén disponibles en esa formulación, sean autorizados previamente y sean médicamente necesarios.
- Compensación del Seguro Obrero (*Workers' Compensation*): No se cubren Medicamentos de Venta con Receta cuyo costo sea recuperable conforme a la Compensación del Seguro Obrero, la Ley de Enfermedades Profesionales (*Occupational Disease Law*) o a través de cualquier agencia estatal o gubernamental, ni medicamentos proporcionados por cualquier otro servicio médico o de medicamentos por los cuales no se le cobre al paciente. Puede encontrar información adicional sobre la Compensación del Seguro Obrero en la Sección 6: Su Responsabilidad de Pagos del *Comprobante de Cobertura y Divulgación de Información* médico.

**P.O. Box 30968
Salt Lake City, UT 84130-0968**

**Servicio al Cliente:
1-800-624-8822
711 (TTY)
www.myuhc.com**

©2021 United HealthCare Services, Inc.
PCA868886-000
1TJ