

Su resumen de beneficios

Plan de medicamentos con receta
para miembros de PEBB a nivel estatal

Información importante sobre su plan

Este resumen contiene solo los aspectos más destacados de sus beneficios de farmacia. Se aplican determinadas limitaciones y exclusiones. Para ver todos los detalles de su plan, incluido el Manual del Miembro, regístrese en [myProvidence](https://www.ProvidenceHealthPlan.com/myProvidence) en www.ProvidenceHealthPlan.com/pebb.

- Para saber cómo el plan cubre un medicamento, consulte el formulario completo y la información sobre farmacias disponible en línea en www.ProvidenceHealthPlan.com o llámenos.
- Usted cuenta con un amplio acceso a nuestra red de farmacias participantes y a sus servicios a precios reducidos. Las farmacias están clasificadas como farmacias minoristas participantes, farmacias minoristas preferidas, farmacias especializadas o farmacias de pedido por correo.
- Consulte la lista de farmacias participantes, incluidas las especializadas, en www.ProvidenceHealthPlan.com o llámenos.
- ¿No está seguro del significado de una palabra o frase? Consulte al dorso las definiciones utilizadas en este resumen.
- Los deducibles, copagos y las diferencias de costos de los medicamentos con receta no se aplican a los costos máximos de desembolso o deducibles del plan médico por año calendario.
- Sus deducibles, copagos o coseguros de farmacia se aplican a los importes máximos de costos compartidos médicos dentro de la red por año calendario indicados en su resumen de beneficios médicos.

Categoría de cobertura de medicamentos	Copago o coseguro			Deducible por año calendario	Costo máximo de desembolso por año calendario
	Todas las farmacias minoristas participantes y preferidas (para un suministro de hasta 30 días)	Todas las farmacias de pedido por correo y farmacias minoristas preferidas (para un suministro de hasta 90 días de medicamentos de mantenimiento con receta)	Todas las farmacias especializadas participantes (para un suministro de hasta 30 días de medicamentos especializados)		
Medicamento de costo reducido	Cubierto en su totalidad	Cubierto en su totalidad	No aplicable	No aplicable	\$1,000 por persona \$3,000 por familia (3 o más)
Medicamento genérico	\$10	\$25	\$100	\$50 por persona \$150 por familia (3 o más)	
Medicamento de marca	\$30	\$75	\$100		

Lo que debe saber sobre las categorías de cobertura de medicamentos

- Tanto los medicamentos genéricos como los de marca están cubiertos según las condiciones de su plan.
- Si el costo de su medicamento con receta es inferior a su copago, solo se le cobrará el costo del medicamento con receta.
- Si o su proveedora solicita un medicamento de marca cuando hay disponible uno genérico, usted será responsable de pagar la diferencia de costo, además del copago o coseguro por el medicamento de marca. Esta diferencia de costo no se aplica al deducible anual, al gasto de desembolso máximo o la participación máxima en el costo, a menos que el medicamento de marca haya sido autorizado a través de una excepción del formulario.
- Los medicamentos compuestos son medicamentos que su farmacéutico prepara especialmente para usted. Estos medicamentos con receta deben contener al menos un fármaco aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (*Food and Drug Administration, FDA*).
- Los medicamentos de especialidad son medicamentos con receta que requieren una entrega, manipulación, administración y control especiales por parte de su farmacéutico.
- Si toma un medicamento de especialidad que cumple con los requisitos, el programa Smart RxAssist le ayuda a reducir su desembolso a \$0. La lista de medicamentos que cumplen los requisitos de este programa está disponible en [ProvidenceHealthPlan.com/smartrxassist](https://www.ProvidenceHealthPlan.com/smartrxassist).
- Los medicamentos de quimioterapia autoadministrados están cubiertos por sus beneficios de farmacia o sus beneficios médicos, lo que le permita tener el menor costo de desembolso. Para obtener más información, consulte el Resumen de beneficios médicos.
- Los medicamentos para dejar de fumar (bupropión y Chantix®) y los chicles y parches de nicotina de venta libre están cubiertos en su totalidad.
- Los medicamentos para la fertilidad están cubiertos en su totalidad, sin deducible. No se requiere diagnóstico de infertilidad.

Utilizar su beneficio de medicamentos con receta

- Su beneficio de medicamentos con receta exige que surta sus recetas en una farmacia participante.
- Asegúrese de presentar su tarjeta de identificación de miembro actual de Providence Health Plan, junto con su copago o coseguro cuando utilice una farmacia participante.
- Es posible que se apliquen varios copagos por un envase o paquete para varias dosis o de dosis individuales en función del medicamento y del número de días de suministro.
- Puede comprar un suministro de hasta 90 días de medicamentos de mantenimiento en una farmacia participante de servicio por correo o en una farmacia minorista preferida. No todos los medicamentos son considerados medicamentos de mantenimiento con receta, incluidos los medicamentos compuestos y los obtenidos en farmacias especializadas.
- La mayoría de los medicamentos de especialidad y de quimioterapia solo están disponibles en nuestras farmacias especializadas designadas. Para obtener más información, visítenos en línea en www.ProvidenceHealthPlan.com.
- Los suministros para la diabetes pueden obtenerse en su farmacia participante y están sujetos a los beneficios, limitaciones y coseguros de los suministros y dispositivos médicos de su grupo. Para obtener más información, consulte el Manual del Miembro.

Utilizar su formulario de medicamentos con receta

- El formulario de Providence es una lista de medicamentos con receta de marca y genéricos aprobados por la FDA que fue elaborada por médicos y farmacéuticos. Está diseñado para ofrecer opciones de tratamiento farmacológico para las afecciones médicas cubiertas.
- El formulario puede ayudarlo a usted y a su médico a elegir medicamentos eficaces que sean menos costosos y a minimizar sus gastos de desembolso.
- Algunos medicamentos con receta requieren autorización previa con respecto a la necesidad médica, el lugar donde recibe la terapia, la duración de la terapia, la terapia escalonada o el número de dosis. Si un medicamento para tratar su afección médica cubierta no figura en el formulario, comuníquese con nosotros.
- Existen medicamentos genéricos eficaces para tratar la mayoría de las enfermedades. Visite www.ProvidenceHealthPlan.com para obtener respuestas a las preguntas más frecuentes sobre los medicamentos genéricos y el formulario.

Pedir medicamentos con receta por correo

- Para pedir medicamentos con receta por correo, su proveedor puede llamar para que se los envíen o usted puede enviar por correo su receta junto con su número de identificación de miembro a una de nuestras farmacias de pedido por correo participantes.
- Para obtener información sobre las farmacias de pedido por correo participantes, visítenos en línea en www.ProvidenceHealthPlan.com.

Si recurre a una farmacia no participante

- Las situaciones médicas de urgencia o emergencia pueden requerir que utilice una farmacia no participante.
- Si esto ocurre, tendrá que pagar el precio completo de su medicamento con receta en el momento de la compra. Los formularios de reembolso están disponibles en línea.
- El reembolso está sujeto a las limitaciones y exclusiones de su plan.

Su guía sobre las palabras o frases utilizadas para explicar sus beneficios

Medicamento de marca

Los medicamentos de marca están protegidos por las leyes de patentes estadounidenses durante un máximo de 17 años, por lo que solo la empresa farmacéutica titular de la patente tiene derechos exclusivos para producirlos y venderlos.

Coseguro

El porcentaje del costo que usted paga a una farmacia participante, en el momento de la compra, por un medicamento con receta cubierto.

Medicamento compuesto

La combinación, mezcla o alteración de medicamentos cubiertos u otros ingredientes para preparar especialmente un medicamento con receta para una persona según lo recetado por un proveedor autorizado.

Copago

El importe fijo en dólares que usted paga a una farmacia participante, en el momento de la compra, por un medicamento con receta cubierto.

Deducible

El importe en dólares que una persona o familia paga por los servicios cubiertos antes de que su plan pague cualquier beneficio dentro de un año calendario. Los siguientes gastos no se aplican a un deducible individual o familiar:

- Servicios no cubiertos por su plan
- Servicios que superan el beneficio máximo de por vida de su plan
- Tarifas que superen los costos habituales, acostumbrados y razonables (*usual, customary and reasonable*, UCR) establecidos por su plan
- Multas en caso de incumplimiento de los requisitos de autorización previa del plan

Formulario

Un formulario es una lista de medicamentos con receta aprobados por la FDA y elaborada por médicos y farmacéuticos, diseñada para ofrecer opciones de tratamiento farmacológico para las afecciones médicas cubiertas. El formulario de Providence Health Plan incluye medicamentos de marca y genéricos.

Medicamento genérico

Los medicamentos genéricos tienen la misma fórmula de principio activo que el medicamento de marca. La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) comprueba que los medicamentos genéricos sean tan seguros y eficaces como los de marca. Los medicamentos genéricos solo están disponibles cuando expira la patente de los de marca. Visite www.ProvidenceHealthPlan.com para obtener respuestas a las preguntas frecuentes sobre los medicamentos genéricos.

Medicamento de mantenimiento

Medicamentos que suelen recetarse para tratar enfermedades crónicas o de larga duración, como la diabetes, la hipertensión y el colesterol alto. Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que recibió por medio de nuestro plan durante al menos 30 días y que prevé seguir utilizando en el futuro. No todos los medicamentos son considerados medicamentos de mantenimiento con receta, incluidos los medicamentos compuestos y los obtenidos en farmacias especializadas.

Costo compartido máximo

Costo compartido máximo significa el límite anual de costo compartido para los Beneficios Esenciales de Salud según lo establecido por la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (*Patient Protection and Affordable Care Act*, ACA). Los deducibles, copagos y coseguros que paga el miembro por los servicios cubiertos por los Beneficios Esenciales de Salud recibidos dentro de la red se aplican al costo compartido máximo.

Costo máximo de desembolso

El límite en dólares que tendrá que gastar en medicamentos con receta cubiertos en un año calendario. Algunos servicios y gastos no se aplican al costo máximo de desembolso común. Para obtener más información, consulte el Manual del Miembro.

Farmacias participantes

Farmacias que tienen un contrato firmado con Providence Health Plan para proporcionar medicamentos y otros servicios a tarifas especiales. Hay cuatro tipos de farmacias participantes:

- Farmacia minorista: una farmacia participante que permite un suministro de hasta 30 días de medicamentos con receta a corto plazo y de mantenimiento.
- Farmacia minorista preferida: farmacia participante que permite un suministro de hasta 90 días de medicamentos con receta de mantenimiento y acceso a un suministro de hasta 30 días de medicamentos con receta a corto plazo.
- Farmacia de especialidad: una farmacia participante que permite un suministro de hasta 30 días de medicamentos con receta de especialidad y autoadministrados para quimioterapia. Estos medicamentos con receta requieren una entrega, manipulación, administración y control especiales por parte de su farmacéutico.
- Farmacia de pedidos por correo: farmacia participante que permite un suministro de hasta 90 días de medicamentos con receta de mantenimiento y que se especializa en la entrega directa a domicilio.

Para obtener una descripción completa de los tipos de servicios prestados por las farmacias participantes, consulte su Manual del Miembro.

Autorización previa

El proceso utilizado para solicitar una excepción al formulario de medicamentos de Providence Health Plan. Este proceso lo inicia la persona que receta el medicamento. Algunos medicamentos requieren autorización previa con respecto a la necesidad médica, el lugar donde recibe la terapia, la duración de la terapia, la terapia escalonada o el número de dosis. Visite www.ProvidenceHealthPlan.com para obtener más información.

Quimioterapia autoadministrada

Medicamentos orales, tópicos o autoinyectables que se utilizan para detener o ralentizar el crecimiento de las células cancerosas.

Medicamento de costo reducido

Una lista específica de medicamentos de uso común para tratar enfermedades crónicas como la diabetes, la hipertensión, el colesterol alto, las enfermedades cardíacas, la depresión, el asma y otros trastornos respiratorios. Estos medicamentos pueden ser genéricos o de marca, y se consideran tratamientos de primera línea para muchas afecciones. Están en nuestro formulario y se ofrecen al copago o coseguro más bajo.

Comuníquese con nosotros

Con sede en Portland, nuestros profesionales de Servicio al Cliente atienden con orgullo a nuestros miembros desde 1986.



Área metropolitana de Portland:
503-574-7500
Todas las demás áreas:
800-878-4445
TTY: 503-574-8702 o
888-244-6642



¿Tiene preguntas sobre sus beneficios y desea comunicarse con nosotros por correo electrónico? Visite nuestro sitio web en: www.ProvidenceHealthPlan.com/contactus