

COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS

La cantidad que pagas por los medicamentos recetados de la red continuará dependiendo de lo siguiente:

- La opción de plan médico en la que te inscribas.
- Dónde surtes tus recetas (debes surtir las recetas en una farmacia de nivel 1 o nivel 2 para que tengan cobertura).
- El tipo de medicamento que surtas (genérico, incluido en el formulario, no incluido en el formulario o de especialidad).
- Si surtes tu medicamento como un suministro para 30 días en una farmacia minorista o un suministro para 90 días en una farmacia de pedidos por correo.

	PREMIUM PPO ^{1,2}		CLEAR CHOICE		BASIC PPO ²		CORE CHOICE		CORE VALUE		ESSENTIAL	
Deducible y gasto máximo de bolsillo	No sujeto al deducible; los costos se aplican al monto máximo anual de gastos de bolsillo de medicamentos recetados: \$3,000 individual/\$6,500 familiar						Sujeto al deducible anual de atención médica y al coseguro; los costos se aplican al monto máximo de gastos de bolsillo anual para atención médica (ver la página anterior)					
Red de farmacias	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 1	Nivel 2
Farmacia (suministro para 30 días)												
Genérico	\$10	\$15	\$12	\$20	\$10	\$15	20 % después del deducible	30 % después del deducible	\$0 después del deducible		\$0 después del deducible	
Incluido en el formulario	20 % \$30 mínimo; \$75 máximo	30 %	\$50	\$60	20 % \$30 mínimo; \$75 máximo	30 %	20 % después del deducible	30 % después del deducible	\$0 después del deducible		\$0 después del deducible	
No incluido en el formulario	40 % \$60 mínimo; \$150 máximo	50 %	\$130	\$145	40 % \$60 mínimo \$150 máximo	50 %	20 % después del deducible	30 % después del deducible	\$0 después del deducible		\$0 después del deducible	
Especializado	30 % para medicamentos preferidos del formulario; 45 % para medicamentos no preferidos del formulario; \$0 para el programa de reducción de costos de CarelonRx						20 % después del deducible		\$0 después del deducible		\$0 después del deducible	
Envío por correo (suministro para 90 días)												
Genérico	\$20	\$30	\$30	\$50	\$20	\$30	20 % después del deducible	30 % después del deducible	\$0 después del deducible		\$0 después del deducible	
Incluido en el formulario	20 % \$60 mínimo; \$150 máximo	30 %	\$125	\$150	20 % \$60 mínimo \$150 máximo	30 %	20 % después del deducible	30 % después del deducible	\$0 después del deducible		\$0 después del deducible	
No incluido en el formulario	40 % \$120 mínimo; \$300 máximo	50 %	\$325	\$350	40 % \$120 mínimo; \$300 máximo	50 %	20 % después del deducible	30 % después del deducible	\$0 después del deducible		\$0 después del deducible	
Especializado	30 % para medicamentos preferidos del formulario; 45 % para medicamentos no preferidos del formulario; \$0 para el programa de reducción de costos de CarelonRx						20 % después del deducible		\$0 después del deducible		\$0 después del deducible	

¹ La opción de plan médico Premium PPO está disponible solamente para los socios que fueron elegibles para los beneficios antes del 1 de enero de 2012 o que tengan derechos adquiridos en el plan.

² Los socios y dependientes elegibles quedarán inscritos automáticamente en el programa de reducción de costos de CarelonRx y tendrán un copago de \$0 para medicamentos especializados (solamente). Los socios y dependientes que no participen del programa de reducción de costos de CarelonRx pagarán un copago del 30 % para medicamentos especializados.

Nota: Para la cobertura de los medicamentos para bajar de peso, comunícate con un asesor de atención médica de Anthem Health Guide al **800.514.4538**.