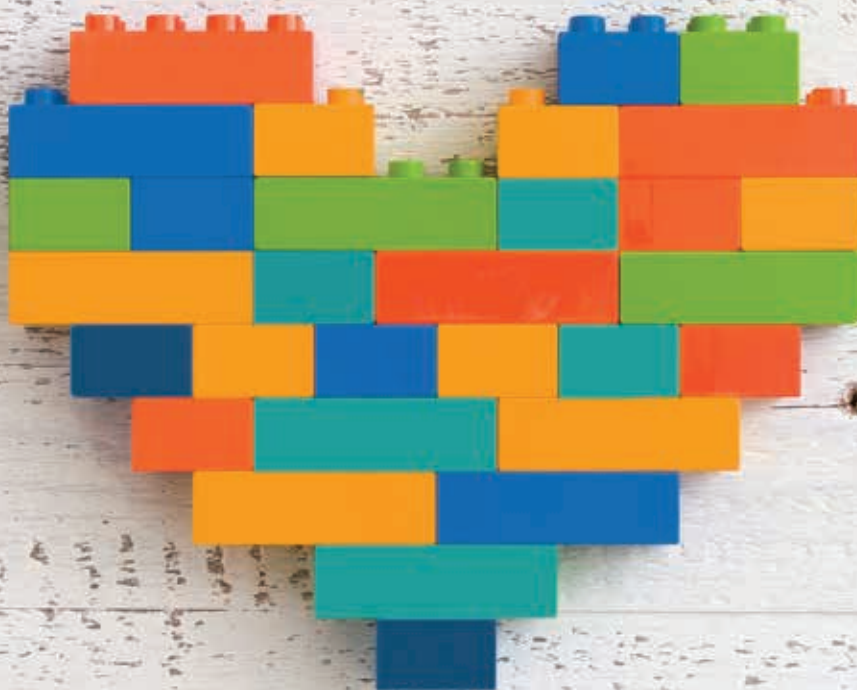


Citención médica de calidad

EN CUALQUIER LUGAR.
EN CUALQUIER MOMENTO.



2019

Alignment Health Plan

Platinum (HMO) - 008 - Condados de Los Angeles y Orange
Heart & Diabetes (HMO SNP) - 010 -

Condados de Los Angeles y Orange
smartHMO - 013 - Condado de Los Angeles



ALIGNMENT
HEALTH PLAN

ES SU SALUD ES PERSONAL.

Estimado y valioso cliente:

Gracias por considerar Alignment Health Plan para satisfacer sus necesidades de atención médica.

Sabemos que tiene variadas opciones cuando se trata de seleccionar un plan de salud. Es una decisión importante que se debe considerar y pensar con seriedad.

Deje que nos encarguemos por usted. Le aseguramos que la misión de Alignment Health Plan es proporcionarle la atención efectiva, coordinada y asequible que merece.

Le prometemos hacer que la atención médica será conveniente y libre de problemas al ofrecerle acceso a los servicios de atención de conserjería las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La información de este manual le ayudará a explorar los beneficios de convertirse en miembro de Alignment Health Plan.

Le recomendamos que revise el Resumen de beneficios, ya que proporciona información detallada sobre cobertura en relación con el/los plan(es) que ofrecemos.

Si tiene alguna pregunta o necesita más asistencia para completar el formulario de inscripción o elegir un médico, llámenos al **1-888-979-2247** (las personas con problemas auditivos deben llamar al TTY 711) de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (excepto días feriados) desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. También puede visitar nuestro sitio web: **alignmenthealthplan.com**.

**Esperamos con ansias poder brindarle nuestros servicios
tanto hoy como en el futuro.**

Dawn Maroney, presidente de la División de Clientes

Dawn Maroney



ALIGNMENT
HEALTH PLAN

¡SUS AMIGOS DE ALIGNMENT HEALTH PLAN ADOPTARON UNA POSTURA MÁS ECOLÓGICA!

Sabemos que a usted le preocupa preservar los recursos naturales tanto como a nosotros. Por eso, este año estamos felices de contarle que ¡ahora puede recibir su Aviso anual de cambios (Annual Notice of Change, ANOC) y otros materiales del plan por correo electrónico! Ya no necesitará guardar documentación como registro; ¡la mayor parte de la información de su plan está al alcance de su mano!

El aviso ANOC le llega cada año con otros materiales del plan.

¿Por qué creemos que es una buena idea que reciba los materiales por correo electrónico?

Cuando se adhiere para recibir la información del plan de manera electrónica, nosotros reducimos la cantidad de papel utilizado y preservamos los recursos naturales. ¡Queremos ser su socio de atención médica que cuida el medioambiente!

Como adherirse a este servicio nuevo:

Llámenos al
1-866-634-2247 (TTY 711)

de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto días feriados) de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.

ÁREAS DE COBERTURA

¿Dónde está disponible Alignment Health Plan Platinum (HMO) - 008, Heart & Diabetes (HMO SNP) - 010 & smartHMO - 013 ?

El área de servicio de estos planes incluye la siguiente: los condados de Los Angeles y Orange (California). Debe vivir en una de estas áreas para inscribirse en el plan.



Condado de Los Angeles

smartHMO - 013 solo está disponible en el condado de Los Angeles

Condado de Orange

Si brinda su dirección de correo electrónico, significa que acepta recibir correos electrónicos sobre beneficios, programas de salud y otros servicios del plan. Para cambiar sus preferencias de correo electrónico en cualquier momento, llame al 1-866-634-2247 (TTY 711),

CÓMO COMPRENDER LOS PERÍODOS DE INSCRIPCIÓN DE MEDICARE

Existen diversos tipos de períodos de inscripción durante el año en los que las personas pueden inscribirse o realizar cambios en su plan de Medicare.

Puede inscribirse en un plan Medicare Advantage (MA) o un plan de la Parte D durante el período inicial cuando reúne por primera vez los requisitos para obtener Medicare.

Período de elección anual (AEP) Desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre

Durante este tiempo, puede decidir cómo recibirá su cobertura de salud de Medicare y de qué manera se inscribirá en la cobertura de medicamentos de Medicare, o cómo la modificará o la dará de baja.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MADP) Desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo

Durante este período, si tiene un plan Medicare Advantage, puede abandonar su plan y regresar a Original Medicare o abandonar su plan actual e inscribirse en un plan Medicare Advantage diferente (Plan MAPD).

Período de inscripción inicial (IEP)

El Período de inscripción inicial para las Partes A y B es de 7 meses; comienza 3 meses antes del mes de elegibilidad para obtener Medicare y finaliza 3 meses después del mes de elegibilidad. El mes de elegibilidad es el mes en que cumple 65 años, si reúne los requisitos para obtener Medicare porque cumple 65 años. O bien, si es elegible debido a una discapacidad, el mes de elegibilidad es el mes 25 desde que recibió el Seguro por Discapacidad del Seguro Social (Social Security Disability Insurance, SSDI).

Período de elección especial (SEP)

Asimismo, solo puede cambiar la manera en la que obtiene su cobertura de salud e inscribirse en su cobertura para medicamentos de la Parte D, modificarla o cancelarla si reúne los requisitos para un Período de inscripción especial (Special Enrollment Period, SEP), una vez por trimestre calendario durante los primeros tres trimestres del año (de enero a septiembre).

Servicios y beneficios adicionales

Se incluyen en su plan de salud los siguientes beneficios:

- ▶ Acondicionamiento físico y diversión con el programa de acondicionamiento físico Silver & Fit
- ▶ Cobertura internacional de hasta \$25,000
- ▶ Servicios de telesalud las 24 horas del día, los 7 días de la semana
- ▶ Período sin cobertura en Niveles selectos de medicamentos

El Programa Medicare evalúa anualmente todos los planes de salud y medicamentos según la calidad y el rendimiento del plan. La calificación por estrellas de Medicare le ayuda a saber cómo se desempeña nuestro plan de salud. Usted puede utilizar estas calificaciones por estrellas para comparar el rendimiento de nuestro plan con los demás planes. Los dos tipos principales de calificaciones por estrellas son los siguientes:

1. Una calificación general por estrellas que combina los puntajes de nuestro plan.
2. Una calificación resumida por estrellas que se concentra en nuestros servicios médicos ó de medicamentos recetados.

Algunas de las áreas que el Programa Medicare analiza para estas calificaciones incluyen:

- Cómo nuestros miembros evalúan los servicios del plan de salud y de atención médica;
- Qué tan bien nuestros médicos detectan enfermedades y mantiene a nuestros miembros saludables;
- Qué tan bueno es nuestro plan en ayudar a los miembros a utilizar medicamentos recetados recomendados y seguros.

Para el año 2019, Alignment Health Plan recibió la siguiente calificación general por estrellas de Medicare.

★ ★ ★ ★
4 estrellas

Recibimos la siguiente calificación resumida por estrellas para los servicios de salud ó de medicamentos de Alignment Health Plan

Servicios de plan de salud:

★ ★ ★ ★
(4 estrellas)

Servicios de plan de medicamentos:

★ ★ ★ ★ ★
(5 estrellas)

El número de estrellas muestra que tan bien se desempeña nuestro plan.

★ ★ ★ ★ ★	5 estrellas: excelente
★ ★ ★ ★	4 estrellas: por encima del promedio
★ ★ ★	3 estrellas: promedio
★ ★	2 estrellas: por debajo del promedio
★	1 estrella: malo

Conozca más sobre nuestro plan y cómo somos distintos a otros planes de salud, visitando el sitio web www.medicare.gov.

Usted nos puede contactar de 7 días a la semana de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del Pacífico al 888-979-2247 (libre de cargo) ó al 711 (teléfono de texto) del 1 de octubre al 31 de marzo. Nuestro horario de atención para el resto del año es de 1 abril al 30 septiembre lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del Pacífico.

Miembros actuales por favor llamar al 866-634-2247 (libre de cargo) o al 711 (teléfono de texto).

*Las calificaciones de estrellas se basan en 5 estrellas. Las clasificaciones por estrellas se evalúan cada año y pueden cambiar de un año a otro. Alignment Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Alignment Health Plan no excluye a personas ni las trata diferente por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. ATENCIÓN: si usted habla un idioma que no sea inglés, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-399-2247 (TTY 711); ATTENTION: If you speak a language other than English, assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-634-2247 (TTY 711). 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-866-634-2247 (TTY 711)。

H3815_19130SP_M



Forma de Revisión de Citas de Ventas y Confirmaciones (SOA, por sus siglas in Ingles)

Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid requieren que sus agentes documenten la revisión de una cita de mercadotecnia antes de tener una junta de ventas cara a cara para asegurar el entendimiento de lo que será tratado entre el agente y el beneficiario de Medicare (o de su representante autorizado). Toda la información provista en esta forma es confidencial y debe ser llenada por cada persona con su representante autorizado de Medicare.

Por favor escriba su inicial junto al tipo de producto(s) que usted desee discutir con su agente.

☐	Plan de Recetas Médicas del Programa Único de Medicare (Parte D)
El Programa de Medicare de Recetas Médicas (PDP) – Un plan único que agrega cobertura de medicinas al programa original de Medicare, algunos Planes de Costo de Medicare, algunos Planes de Medicare de Cuota Personal por Servicio, y los Planes de Cuenta de Ahorros de Servicios Médicos de Medicare.	
☐	El Plan Beneficioso de Medicare (Parte C) y Planes de Costo
La Organización del Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en Ingles) de Medicare – Un Plan Beneficioso de Medicare que provee toda la cobertura original de salud de la Parte A y Parte B de Medicare y a veces cubre la Parte D de la cobertura de las medicinas. En la mayoría de los HMOs, usted solamente puede recibir las atenciones médicas de doctores u hospitales pertenecientes al plan (excepto en emergencias).	
El Plan de la Organización del Proveedor Médico Preferido (PPO, por sus siglas en Ingles) de Medicare – Un Plan Beneficioso de Medicare que provee toda la cobertura original de salud de la Parte A y Parte B de Medicare y a veces cubre la Parte D de la cobertura de las medicinas. Los PPOs tienen doctores y hospitales dentro de su plan, pero usted también puede usar médicos fuera del plan, generalmente a un costo más alto.	
El Plan de Cuota Personal por Servicio (PFFS, por sus siglas en Ingles) de Medicare – Un Plan Beneficioso de Medicare en el cual usted puede ir a cualquier doctor aprobado de Medicare, hospital y clínica que acepte el plan de pagos, términos y condiciones y acceda a tratarlo – no todos los médicos aceptan este plan.	
El Plan de Necesidades Especiales (SNP, por sus siglas en Ingles) de Medicare – Un Plan Beneficioso de Medicare que tiene un paquete de beneficios designado para las personas con necesidades de salud especiales. Unos ejemplos de grupos específicos a quienes se les da servicio incluyen las personas que tienen Medicare y Medicaid, personas que viven en asilos, y personas que tienen ciertas condiciones médicas crónicas.	
El Plan de Cuenta de Ahorros y de Servicios Médicos (MSA, por sus siglas en Ingles) de Medicare – El Plan MSA combina un plan de salud con un deducible alto con una cuenta bancaria. El plan deposita dinero de Medicare en la cuenta. Usted puede usarlo para pagar sus gastos médicos hasta que alcance su deducible.	
El Plan de Costo de Medicare – En un Plan de Costo de Medicare, usted puede ver a doctores que estén dentro y fuera del plan. Si obtiene servicios fuera del plan, sus servicios cubiertos por Medicare serán pagados bajo el programa de Medicare Original pero usted es responsable por su co-seguro y deducible.	

Al firmar esta forma usted accede a entrevistarse con un agente de ventas para discutir los tipos de productos a los que usted escribió su inicial anteriormente en este documento. Por favor note, la persona que discutirá este producto es empleado o una persona contratada por un plan de Medicare. Ellos no trabajan directamente para el gobierno federal. Esta persona puede percibir un pago basado en el plan al que usted se inscriba.

El firmar esta forma **NO** lo obliga a inscribirse en un plan, afecta su inscripción actual, o lo inscribe en un plan de Medicare.

Firma y Fecha en que Firmó el Beneficiario o Representante Autorizado:

Firma: _____

Fecha en que se Firmó: _____

Si usted es el representante autorizado, por favor firme arriba y escriba con letra de molde abajo:

Nombre del Representante: _____

Relación al Beneficiario: _____

Para ser completado por un Agente:

Nombre del Agente:	Teléfono del Agente:
Nombre del Beneficiario:	Teléfono del Beneficiario (Opcional):
Dirección del Beneficiario (Opcional):	
Método Inicial de Contacto (Indique aquí si el beneficiario no tenía cita)	
Firma del Agente:	
Plan(es) que el agente representó durante esta junta:	
Fecha en la que la cita se completo:	
Plan Use Only:	

Revisión de SOA está sujeta a los requisitos de retención de archivos de CMS

Agente, si la forma fue firmada por el beneficiario durante la cita, explique por que SOA no fue documentada antes de la junta:

Alignment Health Plan es un plan HMO y un plan de necesidades especiales (SNP, por sus siglas en inglés) de la HMO con un contrato de Medicare. La inscripción en Alignment Health Plan depende de la renovación del contrato.

TABLA DE BENEFICIOS 2019

BENEFICIOS PARA 2019		Alignment Health Plan Platinum (HMO) - 008 Condados de Los Angeles y Orange	Alignment Health Plan Heart and Diabetes (HMO SNP) - 010 Condados de Los Angeles y Orange	Alignment Health Plan smarHMO (HMO) - 013 Condado de Los Angeles
 Prima		Copago de \$0	Copago de \$0	\$0
 Descuento en la Parte B de Medicare		Sin cobertura	Sin cobertura	\$109
 Médico/ especialista		PCP: Copago de \$0 Especialista: Copago de \$0	PCP: Copago de \$0 Especialista: Copago de \$0	PCP: Copago de \$0 Especialista: Copago de \$10
 Hospitalización del paciente		Copago de \$0 (cantidad ilimitada de días por internación)	Copago de \$0 cantidad ilimitada de días por internación	Días 1 a 5: Copago de \$120 Días 6 a 90: Copago de \$0 Cantidad ilimitada de días por internación
 Atención de emergencia/ Atención de posestabilización		Copago de \$50 No se cobra si lo internan en un plazo de 48 horas	Copago de \$70 que no se cobra si lo internan en un plazo de 48 horas	\$120 No se cobra si lo internan en un plazo de 48 horas
 Atención de urgencia		Copago de \$0 a \$10 No se cobra si lo internan en un plazo de 24 horas	Copago de \$0	Copago de \$0 a \$10 No se cobra si lo internan en un plazo de 24 horas
 Cobertura internacional		Copago de \$0 hasta \$25,000 por año	Copago de \$0 hasta \$25,000 por año	Copago de \$0 hasta \$25,000 por año
 Línea directa de enfermería las 24 horas		Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
 Ambulancia Servicios de ambulancia terrestres y aéreos		Copago de \$50 No se cobra si lo internan	Copago de \$100 No se cobra si lo internan	\$100 No se cobra si lo internan
 Transporte		Copago de \$0 42 viajes de ida por año a ubicaciones aprobadas por el plan (dentro de un radio de 25 millas)	Copago de \$0 32 viajes de ida a lugares aprobados por el plan (dentro de un radio de 25 millas).	Sin cobertura

TABLA DE BENEFICIOS 2019

TABLA DE BENEFICIOS

BENEFICIOS PARA 2019	Alignment Health Plan Platinum (HMO) - 008 Condados de Los Angeles y Orange	Alignment Health Plan Heart and Diabetes (HMO SNP) - 010 Condados de Los Angeles y Orange	Alignment Health Plan smarHMO (HMO) - 013 Condado de Los Angeles
 Equipo médico duradero	Coseguro del 0% para artículos de \$50 o menos; coseguro del 0 al 20% Coseguro del 20% para artículos de \$50.01 o más	Coseguro del 20% para artículos de más de \$500 Coseguro del 0 al 20% Coseguro del 0% para artículos de \$0 a \$499	Coseguro del 20%
 Membresía para el gimnasio/clases de acondicionamiento físico	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
 Servicios oftalmológicos	Copago de \$0 por exámenes de la vista de rutina (1 por año) Límite de cobertura de \$200 para lentes de contacto/anteojos cada 2 años.	Copago de \$0 por exámenes de la vista de rutina (1 por año) Límite de cobertura de \$200 para lentes de contacto/anteojos cada 2 años.	Copago de \$0 por exámenes de la vista de rutina (1 por año) Límite de cobertura de \$100 para lentes de contacto o de \$200 para anteojos cada 2 años.
 Servicios auditivos	Copago de \$0 para beneficios cubiertos por Medicare; copago de \$0 para examen/colocación/evaluación (1 por año) Límite de cobertura de \$1,000 cada 2 años para audífonos. El beneficio máximo aplica a ambos oídos combinados.	Copago de \$0 para beneficios cubiertos por Medicare; Copago de \$0 para examen/colocación/evaluación 1 por año	Copago de \$0 para beneficios cubiertos por Medicare; Copago de \$0 para examen/colocación/evaluación (1 por año)
 Servicios odontológicos	Con cobertura Consulte el Resumen de beneficios para obtener detalles	Con cobertura Consulte el Resumen de beneficios para obtener detalles	Con cobertura Consulte el Resumen de beneficios para obtener detalles
 Comidas para después del alta	Copago de \$0 28 días/56 comidas	Copago de \$0 28 días/56 comidas	Sin cobertura
 Atención personalizada a pedido	Copago de \$0 Servicios de telesalud las 24 horas del día, los 7 días de la semana	Copago de \$0 Servicios de telesalud las 24 horas del día, los 7 días de la semana	Copago de \$15 Servicios de telesalud las 24 horas del día, los 7 días de la semana

TABLA DE BENEFICIOS 2019

BENEFICIOS PARA 2019	Alignment Health Plan Platinum (HMO) - 008 Condados de Los Angeles y Orange	Alignment Health Plan Heart and Diabetes (HMO SNP) - 010 Condados de Los Angeles y Orange	Alignment Health Plan smarHMO (HMO) - 013 Condado de Los Angeles
Beneficios para medicamentos con receta (suministro de minorista preferido para 30 días)			
Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos Cobertura durante el período sin cobertura	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$5
Nivel 2: medicamentos genéricos	Copago de \$3	Copago de \$5	Copago de \$10
Nivel 3 : medicamentos de marca preferidos	Copago de \$30	Copago de \$30	Copago de \$30
Nivel 4: medicamentos de marca no preferidos	Copago de \$75	Copago de \$75	Copago de \$75
Nivel 5: medicamentos especializados	Coseguro del 33%	Coseguro del 33%	Coseguro del 33%
Nivel 6: medicamentos de atención selecta Cobertura durante el período sin cobertura	Copago de \$5	Copago de \$5	Copago de \$5

Alignment Health Plan es un plan para necesidades especiales (SNP) de organizaciones para el mantenimiento de la salud (HMO) que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Alignment Health Plan depende de la renovación del contrato. Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Comuníquese con el plan para obtener más información. Se pueden aplicar limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, el formulario, las primas o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de cada año. Usted debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare. Alignment Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Alignment Health Plan no excluye a personas ni las trata diferente por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-634-2247 (TTY 711): ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-877-399-2247 (TTY 711). 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-866-634-2247(TTY 711)

MATERIALES ¡DISPONIBLES EN LÍNEA!

Cuando visita el sitio web de Alignment Health Plan (HMO), tiene acceso a una lista completa de los proveedores, las farmacias, el formulario (lista de medicamentos) y su Evidencia de cobertura de Alignment Health Plan (HMO).

Para buscar estos ítems, visite **alignmenthealthplan.com**



Búsqueda de
proveedores
y farmacias:

Elija
“Provider Search”
(Búsqueda de
proveedores)



Búsqueda de
Formulario de
medicamentos:

Elija
“Find a Drug”
(Encontrar un
medicamento)



Búsqueda
para encontrar
una farmacia:

Elija
“Pharmacy Search”
(Búsqueda de
farmacias)



Búsqueda
de Evidencia
de cobertura:

Elija las
pestañas **“Members”** (Miembros);
“Member Forms and Publications”
(Formularios y publicaciones para los
miembros); **“Evidence of Coverage”**
(Evidencia de cobertura)

Si necesita información para encontrar un proveedor de la red, una farmacia de la red, un medicamento, su Evidencia de cobertura o si le gustaría que le envíen alguno de estos materiales, llame al **1-866-634-2247 (TTY:711)** de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los feriados), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. Los documentos estarán disponibles el 1 de octubre de 2018.

Alignment Health Plan es un plan HMO con un contrato de Medicare. La inscripción en Alignment Health Plan depende de la renovación del contrato.

H3815_19063SP_M ACCEPTED

SU TARJETA DE ALIGNMENT DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE CONSERJERÍA A PEDIDO

¿Qué es una tarjeta de acceso a los servicios de conserjería a pedido?

Proporcionamos un nivel superior de cuidado y servicios para todos nuestros miembros. Elevamos las exigencias, ya que eso es lo que merecen nuestros miembros. Continuamos presentando los primeros logros de la industria, y este es uno de ellos.

Una tarjeta personalizada que le brinda acceso las 24 horas del día, los 7 días de la semana a lo siguiente:



UN MÉDICO

por teléfono o chat de video en su teléfono inteligente



SUS BENEFICIOS



SU PROPIO EQUIPO DE CONSERJERÍA

- Acondicionamiento físico y diversión con el programa de acondicionamiento físico Silver & Fit.
- Cobertura internacional de hasta \$25,000.
- Período sin cobertura en Niveles selectos de medicamentos.



En la parte posterior de su tarjeta ACCESS, encontrará la información de contacto de los servicios de conserjería a pedido.



¿Qué debo hacer si pierdo mi tarjeta de identificación?

Si perdió su tarjeta de acceso a los servicios de conserjería a pedido o necesita reemplazarla, llame al Departamento de Servicios para los miembros al **1-866-634-2247** (los usuarios de TTY deben llamar al 711) de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.

Alignment Health Plan es un plan HMO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Alignment Health Plan depende de la renovación del contrato. Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Comuníquese con el plan para obtener más información. Se pueden aplicar limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, el formulario, las primas o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de cada año. Usted debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare. El formulario, la red de farmacias y la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario. Alignment Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-634-2247 (TTY 711): ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-877-399-2247 (TTY 711). 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-866-634-2247 (TTY 711)。

H3815_19056SP_M ACCEPTED

RESUMEN DE BENEFICIOS 2019

Este es un resumen de los servicios médicos y de medicamentos cubiertos por Alignment Health Plan Platinum Plan (HMO) -008 desde el 1 de enero de 2019 hasta el 31 de diciembre de 2019.

Alignment Health Plan Platinum Plan (HMO) -008 es un plan HMO Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato.

La información sobre beneficios que proporcionamos no enumera cada uno de los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, solicite la “Evidencia de cobertura”.

Para inscribirse en **Alignment Health Plan Platinum Plan (HMO) -008**, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y residir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de California: Los Angeles y Orange.

Si consulta a proveedores que no pertenecen a nuestra red, es posible que no cubramos esos servicios. Para conocer la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el manual vigente “**Medicare & You**” (Medicare y Usted). Puede consultarlo en línea en www.medicare.gov o solicitar una copia impresa llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Este documento está disponible en otros formatos, como braille, letra grande o audio. Para obtener más información, llámenos al 1-866-634-2247 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana (excepto Día de Acción de Gracias y Navidad) desde 1 de octubre hasta el 14 de febrero, y de lunes a viernes (excepto días feriados) desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre o visítenos en alignmenthealthplan.com.

PRIMAS Y BENEFICIOS**Alignment Health Plan Platinum Plan (HMO) -008**

Prima mensual del plan	Usted no paga nada. Usted debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare.
Deducible	Sin deducible.
Responsabilidad máxima que paga de su bolsillo (no incluye medicamentos con receta)	No paga más de \$1,499 por año. Incluye copagos y otros costos por servicios médicos durante el año.
Atención para pacientes internados en un hospital ^{1,2}	Usted no paga nada. (cantidad ilimitada de días por internación).
Servicios hospitalarios y de observación ¹	Usted paga \$50 por los servicios hospitalarios. Usted no paga nada por los servicios de observación.
Consultas médicas • Atención primaria • Especialistas^{1,2}	Usted no paga nada. Usted no paga nada. Se requiere autorización previa para las consultas a especialistas.
Atención preventiva. (p. ej., vacuna contra la gripe, exámenes de detección de diabetes)	Usted no paga nada. Hay otros servicios preventivos disponibles. Hay algunos servicios cubiertos que tienen un costo.
Atención de emergencia/Atención de posestabilización	Copago de \$50 que no se cobra si lo internan en un plazo de 48 horas.
Servicios de atención de urgencia	Usted paga entre \$0 y \$10. Si lo internan en el hospital dentro de las 24 horas, no tiene que pagar entre \$0 y \$10. Copago de \$10 para cada consulta en un centro de atención de urgencia no afiliado con un grupo médico/una asociación de médicos independientes (IPA) asignados o fuera del área de servicio.
Servicios de diagnóstico/diagnóstico por imágenes/laboratorio ^{1,2} • Procedimientos y pruebas • Servicios de laboratorio • Servicios radiológicos terapéuticos (como radioterapia contra el cáncer)	Usted no paga nada. Usted no paga nada. Usted paga un coseguro del 20%. Se requiere autorización previa para algunos servicios.
Servicios auditivos ^{1,2} • Examen auditivo de rutina • Audífono	No paga nada; se permite un examen auditivo de rutina por año. Copago de \$0, límite de cobertura de \$1,000 cada dos años (el monto máximo del beneficio aplica a ambos oídos combinados).
Servicios odontológicos ^{1,2} • Examen bucal y limpieza cada seis meses • Tratamiento con flúor (uno cada seis meses) • Radiografías (una cada tres años)	Usted no paga nada. Usted paga entre \$0 y \$20. Usted paga entre \$0 y \$30.
Servicios oftalmológicos • Examen de rutina (1 por año) • Límite de cobertura de anteojos	Usted no paga nada. Límite de cobertura de \$200 para anteojos/lentes de contacto cada dos años.

Servicios de salud mental ^{1,2} • Consulta de terapia grupal/individual para pacientes externos	Usted no paga nada.
Centro de atención de enfermería especializada (SNF) ^{1,2}	Usted no paga nada.
Fisioterapia ¹	Usted no paga nada.
Servicios de ambulancia terrestres y aéreos ¹	Usted paga \$50 que no se cobran si lo internan.
Transporte	Usted no paga nada. 42 viajes de ida o vuelta a lugares aprobados por el plan dentro de un radio de 25 millas.
Medicamentos de la Parte B de Medicare	20% del costo para los medicamentos para quimioterapia. 20% del costo para otros medicamentos de la Parte B.

MEDICAMENTOS CON RECETA PARA PACIENTES EXTERNOS			
Deducible	Usted no paga nada.		
	Receta de suministro para 30 días en el minorista preferido	Receta de suministro para 30 días en el minorista no preferido	Suministro para 100 días pedido por correo
Cobertura inicial			
• Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	Usted no paga nada.	Usted paga \$7	Usted no paga nada.
• Nivel 2: Genérico	Usted paga \$3	Usted paga \$10	Usted paga \$7.50
• Nivel 3: Medicamento de marca preferida	Usted paga \$30	Usted paga \$37	Usted paga \$75
• Nivel 4: Medicamentos de marca no preferidos	Usted paga \$75	Usted paga \$82	Usted paga \$187.50
• Nivel 5: Nivel de especialidad	Usted paga el 33%	Usted paga el 33%	Sin cobertura
• Nivel 6: Medicamentos de atención selecta	Usted paga \$5	Usted paga \$5	Usted no paga nada.
Período sin cobertura: todos los medicamentos del Nivel 1, Nivel 2 y Nivel 6 El costo compartido puede cambiar según la farmacia que elija y el momento en que ingrese en otra de las cuatro fases del beneficio de la Parte D. Si reside en un centro de atención a largo plazo, paga lo mismo que pagaría en una farmacia minorista preferida por un suministro para 31 días.			

NOTA:

- Los servicios marcados con un 1 pueden requerir autorización previa.
- Los servicios marcados con un 2 pueden requerir una remisión de su médico.

Alignment Health Plan es un plan HMO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Alignment Health Plan depende de la renovación del contrato. Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Comuníquese con el plan para obtener más información. Se pueden aplicar limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, el formulario, las primas o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de cada año. Usted debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare. El formulario, la red de farmacias y la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario. Alignment Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-634-2247 (TTY 711): ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-877-399-2247 (TTY 711). 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-866-634-2247 (TTY 711).

H3815_19022SP_M ACCEPTED

RESUMEN DE BENEFICIOS 2019

Este es un resumen de los servicios médicos y de medicamentos cubiertos por Alignment Health Plan Heart & Diabetes (HMO SNP) - 010 desde el 1 de enero de 2019 hasta el 31 de diciembre de 2019.

Alignment Health Plan Heart & Diabetes (HMO SNP) - 010 es un plan HMO Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato.

La información sobre beneficios que proporcionamos no enumera cada uno de los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, solicite la “Evidencia de cobertura”.

Para inscribirse en **Alignment Health Plan Heart & Diabetes (HMO SNP) - 010**, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y residir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de California: Los Angeles, Orange.

Si consulta a proveedores que no pertenecen a nuestra red, es posible que no cubramos esos servicios. Para conocer la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el manual vigente **“Medicare & You”** (Medicare y Usted). Puede consultarlo en línea en www.medicare.gov o solicitar una copia impresa llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Este documento está disponible en otros formatos, como braille, letra grande o audio. Para obtener más información, llámenos al 1-866-634-2247 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana (excepto Día de Acción de Gracias y Navidad) desde 1 de octubre hasta el 14 de febrero, y de lunes a viernes (excepto días feriados) desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre o visítenos en alignmenthealthplan.com.

PRIMAS Y BENEFICIOS

Alignment Health Plan Heart & Diabetes (HMO SNP) - 010

Prima mensual del plan	Usted no paga nada. Usted debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare.
Deducible	Sin deducible.
Responsabilidad máxima que paga de su bolsillo (no incluye medicamentos con receta)	No paga más de \$3,400 por año. Incluye copagos y otros costos por servicios médicos durante el año.
Atención para pacientes internados en un hospital ^{1,2}	Usted no paga nada. Cantidad ilimitada de días por internación.
Servicios hospitalarios y de observación ¹	Usted no paga nada por los servicios hospitalarios. Usted no paga nada por los servicios de observación.
Consultas médicas • Atención primaria • Especialistas^{1,2}	Usted no paga nada. Usted no paga nada. Se requiere autorización previa para las consultas a especialistas.
Atención preventiva. (p. ej., vacuna contra la gripe, exámenes de detección de diabetes)	Usted no paga nada. Hay otros servicios preventivos disponibles. Hay algunos servicios cubiertos que tienen un costo.
Atención de emergencia/Atención de posestabilización	Copago de \$70 que no se cobra si lo internan en un plazo de 48 horas.
Servicios de atención de urgencia	Usted no paga nada.
Servicios de diagnóstico/diagnóstico por imágenes/laboratorio ^{1,2} • Procedimientos y pruebas • Servicios de laboratorio • Servicios radiológicos terapéuticos (como radioterapia contra el cáncer)	Usted no paga nada. Usted no paga nada. Usted paga un coseguro del 20%. Se requiere autorización previa para algunos servicios.
Servicios auditivos ^{1,2} • Examen auditivo de rutina • Audífono	No paga nada; se permite un examen auditivo de rutina por año. Sin cobertura.
Servicios odontológicos ^{1,2} • Examen bucal y limpieza cada seis meses • Tratamiento con flúor (uno cada seis meses) • Radiografías (una cada tres años)	Usted no paga nada. Usted paga entre \$0 y \$20. Usted paga entre \$0 y \$30.
Servicios oftalmológicos • Examen de rutina (1 por año) • Límite de cobertura de anteojos	Usted no paga nada. Límite de cobertura de \$200 para anteojos/lentes de contacto cada dos años.
Servicios de salud mental ^{1,2} • Consulta de terapia grupal/individual para pacientes externos	Usted no paga nada.
Centro de atención de enfermería especializada (SNF) ^{1,2}	Usted no paga para los días 1 a 31. Usted paga \$50 por día para los días 32 a 100.

Fisioterapia ¹	Usted no paga nada.
Servicios de ambulancia terrestres y aéreos ¹	Usted paga \$100 que no se cobran si lo internan.
Transporte	Usted no paga nada. 32 viajes de ida o vuelta a lugares aprobados por el plan dentro de un radio de 25 millas.
Medicamentos de la Parte B de Medicare	20% del costo para los medicamentos para quimioterapia. 20% del costo para otros medicamentos de la Parte B.

MEDICAMENTOS CON RECETA PARA PACIENTES EXTERNOS

Deducible	Usted no paga nada.		
	Receta de suministro para 30 días en el minorista preferido	Receta de suministro para 30 días en el minorista no preferido	Suministro para 100 días pedido por correo
Cobertura inicial			
• Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	Usted no paga nada	Usted paga \$7	Usted no paga nada
• Nivel 2: Genérico	Usted paga \$5	Usted paga \$12	Usted paga \$12.50
• Nivel 3: Medicamento de marca preferida	Usted paga \$30	Usted paga \$37	Usted paga \$75
• Nivel 4: Medicamentos de marca no preferidos	Usted paga \$75	Usted paga \$82	Usted paga \$187.50
• Nivel 5: Nivel de especialidad	Usted paga el 33%	Usted paga el 33%	Sin cobertura
• Nivel 6: Medicamentos de atención selecta	Usted paga \$5	Usted paga \$5	Usted no paga nada

Período sin cobertura: todos los medicamentos del Nivel 1 y Nivel 6

El costo compartido puede cambiar según la farmacia que elija y el momento en que ingrese en otra de las cuatro fases del beneficio de la Parte D. Si reside en un centro de atención a largo plazo, paga lo mismo que pagaría en una farmacia minorista preferida por un suministro para 31 días.

NOTA:

- Los servicios marcados con un 1 pueden requerir autorización previa.
- Los servicios marcados con un 2 pueden requerir una remisión de su médico.

Alignment Health Plan es un plan para necesidades especiales (SNP) de organizaciones para el mantenimiento de la salud (HMO) que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Alignment Health Plan depende de la renovación del contrato. Este plan se encuentra disponible para aquellas personas que tienen diabetes mellitus crónica y para aquellas personas a las que se les ha diagnosticado una enfermedad cardiovascular o insuficiencia cardíaca crónica. Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Comuníquese con el plan para obtener más información. Se pueden aplicar limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, el formulario, las primas o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de cada año. Usted debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare. El formulario, la red de farmacias y la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario. Alignment Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-634-2247 (TTY 711): ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-877-399-2247 (TTY 711). 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-866-634-2247 (TTY 711).

H3815_19024SP_M ACCEPTED

RESUMEN DE BENEFICIOS 2019

Este es un resumen de los servicios médicos y de medicamentos cubiertos por Alignment Health Plan smartHMO (HMO) - 013 desde el 1 de enero de 2019 hasta el 31 de diciembre de 2019.

Alignment Health Plan smartHMO (HMO) - 013 es un plan HMO Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato.

La información sobre beneficios que proporcionamos no enumera cada uno de los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, solicite la “Evidencia de cobertura”.

Para inscribirse en **Alignment Health Plan smartHMO (HMO) -013**, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y residir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de California: Los Angeles.

Si consulta a proveedores que no pertenecen a nuestra red, es posible que no cubramos esos servicios. Para conocer la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el manual vigente **“Medicare & You”** (Medicare y Usted). Puede consultarlo en línea en www.medicare.gov o solicitar una copia impresa llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Este documento está disponible en otros formatos, como braille, letra grande o audio. Para obtener más información, llámenos al 1-866-634-2247 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana (excepto Día de Acción de Gracias y Navidad) desde 1 de octubre hasta el 14 de febrero, y de lunes a viernes (excepto días feriados) desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre o visítenos en alignmenthealthplan.com.

PRIMAS Y BENEFICIOS

Alignment Health Plan smartHMO (HMO) -013

Prima mensual del plan	Usted no paga nada. Usted debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare.
Descuento en la prima de la Parte B de Medicare	Descuento de \$109 en la prima de la Parte B.
Deducible	Sin deducible.
Responsabilidad máxima que paga de su bolsillo (no incluye medicamentos con receta)	No paga más de \$3,400 por año. Incluye copagos y otros costos por servicios médicos durante el año.
Atención para pacientes internados en un hospital ^{1,2}	Usted paga \$120 por día para los días 1 a 5. Usted no paga nada para los días 6 a 90.
Servicios hospitalarios y de observación ¹	Usted paga \$150 por los servicios hospitalarios. Usted no paga nada por los servicios de observación.
Consultas médicas • Atención primaria • Especialistas^{1,2}	Usted no paga nada. Usted paga \$10. Se requiere autorización previa para las consultas a especialistas.
Atención preventiva. (p. ej., vacuna contra la gripe, exámenes de detección de diabetes)	Usted no paga nada. Hay otros servicios preventivos disponibles. Hay algunos servicios cubiertos que tienen un costo.
Atención de emergencia/Atención de posestabilización	Copago de \$120 que no se cobra si lo internan en un plazo de 48 horas.
Servicios de atención de urgencia	Usted paga entre \$0 y \$10. Si lo internan en el hospital dentro de las 24 horas, no tiene que pagar entre \$0 y \$10. Copago de \$10 para cada consulta en un centro de atención de urgencia no afiliado con un grupo médico/una asociación de médicos independientes (IPA) asignados o fuera del área de servicio.
Servicios de diagnóstico/diagnóstico por imágenes/laboratorio ^{1,2} • Procedimientos y pruebas • Servicios de laboratorio • Servicios radiológicos terapéuticos (como radioterapia contra el cáncer)	Usted no paga nada. Usted no paga nada. Usted paga un coseguro del 20%. Se requiere autorización previa para algunos servicios.
Servicios auditivos ^{1,2} • Examen auditivo de rutina • Audífono	No paga nada; se permite un examen auditivo de rutina por año. Sin cobertura.
Servicios odontológicos ^{1,2} • Examen bucal y limpieza cada seis meses • Tratamiento con flúor (uno cada seis meses) • Radiografías (una cada tres años)	Usted no paga nada. Usted paga entre \$0 y \$20. Usted paga entre \$0 y \$30.
Servicios oftalmológicos • Examen de rutina (1 por año) • Límite de cobertura de anteojos	Usted no paga nada. Límite de cobertura de \$200 para monturas,/lentes y \$100 para lentes de contacto cada dos años.

Servicios de salud mental ^{1,2} • Consulta de terapia grupal/individual para pacientes externos	Usted paga \$10.
Centro de atención de enfermería especializada (SNF) ^{1,2}	Usted paga \$20 para los días 1 a 20. Usted paga \$100 por día para los días 21 a 100.
Fisioterapia ¹	Usted no paga nada.
Servicios de ambulancia terrestres y aéreos ¹	Usted paga \$100 que no se cobran si lo internan.
Transporte	Sin cobertura.
Medicamentos de la Parte B de Medicare	20% del costo para los medicamentos para quimioterapia. 20% del costo para otros medicamentos de la Parte B.

MEDICAMENTOS CON RECETA PARA PACIENTES EXTERNOS			
Deducible	Usted no paga nada		
	Receta de suministro para 30 días en el minorista preferido	Receta de suministro para 30 días en el minorista no preferido	Suministro para 100 días pedido por correo
Cobertura inicial			
• Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	Usted paga \$5	Usted paga \$12	Usted paga \$12.50
• Nivel 2: Genérico	Usted paga \$10	Usted paga \$17	Usted paga \$25
• Nivel 3: Medicamento de marca preferida	Usted paga \$30	Usted paga \$37	Usted paga \$75
• Nivel 4: Medicamentos de marca no preferidos	Usted paga \$75	Usted paga \$82	Usted paga \$187.50
• Nivel 5: Nivel de especialidad	Usted paga el 33%	Usted paga el 33%	Sin cobertura
• Nivel 6: Medicamentos de atención selecta	Usted paga \$5	Usted paga \$5	Usted no paga nada
Período sin cobertura: todos los medicamentos del Nivel 1 y Nivel 6 El costo compartido puede cambiar según la farmacia que elija y el momento en que ingrese en otra de las cuatro fases del beneficio de la Parte D. Si reside en un centro de atención a largo plazo, paga lo mismo que pagaría en una farmacia minorista preferida por un suministro para 31 días.			

NOTA:

- Los servicios marcados con un 1 pueden requerir autorización previa.
- Los servicios marcados con un 2 pueden requerir una remisión de su médico.

Alignment Health Plan es un plan HMO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Alignment Health Plan depende de la renovación del contrato. Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Comuníquese con el plan para obtener más información. Se pueden aplicar limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, el formulario, las primas o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de cada año. Usted debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare. El formulario, la red de farmacias y la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario. Alignment Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-634-2247 (TTY 711); ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-877-399-2247 (TTY 711). 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-866-634-2247 (TTY 711).

H3815_19026SP_M ACCEPTED

CÓMO COMPRENDER LOS BENEFICIOS Y LAS NORMAS



Antes de tomar una decisión de inscripción, es importante que comprenda plenamente nuestros beneficios y nuestras normas. Si tiene alguna pregunta, puede comunicarse con un representante del servicio de atención al cliente al siguiente número:

1-888-979-2247 (LOS USUARIOS DE TTY DEBEN LLAMAR AL 711)

de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (excepto días feriados) desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.

CÓMO COMPRENDER LOS BENEFICIOS

- ☐ Revise la lista completa de beneficios en la Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC), especialmente para aquellos servicios para los que consulta a un médico de manera rutinaria. Consulte **alignmenthealthplan.com** o llame al **1-866-634-2247** para ver una copia de la EOC.
- ☐ Revise el directorio de proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que estén en la red los médicos a los que consulta actualmente. Si no se encuentran en la lista, significa que es probable que deba seleccionar un nuevo médico.
- ☐ Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que usa para obtener sus medicamentos con receta esté en la red. Si la farmacia no se encuentra en la lista, es probable que deba seleccionar una nueva farmacia para obtener sus medicamentos con receta.

CÓMO COMPRENDER LAS NORMAS IMPORTANTES

- ☐ Además de su prima mensual del plan, debe continuar pagando la Parte B de su prima de Medicare. Normalmente, esta prima se descuenta cada mes de su cheque del Seguro Social.
- ☐ Los beneficios, las primas o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2019.
- ☐ Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos servicios proporcionados por proveedores fuera de la red (médicos que no se encuentran en la lista del directorio de proveedores).
- ☐ Uno de los planes destacados de este folleto es un plan de necesidades especiales crónicas (Chronic Special Needs Plan, C-SNP). Su capacidad para inscribirse se basará en la verificación de que padece una afección crónica específica grave o discapacitante que reúne los requisitos.



LISTA DE MEDICAMENTOS DE 2019

A

abaca/lamivu tab 600-300, T4,QL
 abacav/lamiv tab /zidovud, T5,QL
 abacavir sol 20mg/ml, T3,QL
 abacavir tab 300mg, T3,QL
 ABSTRAL SUB 100MCG, T5,PA,QL
 ABSTRAL SUB 200MCG, T5,PA,QL
 ABSTRAL SUB 300MCG, T5,PA,QL
 ABSTRAL SUB 400MCG, T5,PA,QL
 ABSTRAL SUB 600MCG, T5,PA,QL
 ABSTRAL SUB 800MCG, T5,PA,QL
 acampro cal tab 333mg, T3
 acarbose tab 100mg, T2,QL
 acarbose tab 25mg, T2,QL
 acarbose tab 50mg, T2,QL
 acebutolol cap 200mg, T2
 acebutolol cap 400mg, T2
 acetazolamid cap 500mg er, T3
 acetazolamid tab 125mg, T2
 acetazolamid tab 250mg, T2
 acetic acid sol 2% otic, T2
 acetylcyst sol 10%, T3,PA
 acetylcyst sol 20%, T2,PA
 acitretin cap 10mg, T5
 acitretin cap 17.5mg, T5
 acitretin cap 25mg, T3
 ACTHIB INJ, T3
 ACTIMMUNE INJ 2MU/0.5, T5,PA
 acyclovir cap 200mg, T2
 acyclovir oin 5%, T4
 acyclovir sus 200/5ml, T3
 acyclovir tab 400mg, T2
 acyclovir tab 800mg, T2
 acyclovir na inj 50mg/ml, T3,PA
 ADACEL INJ, T3
 ADACEL INJ, T3
 ADCIRCA TAB 20MG, T5,PA,QL
 adefov dipiv tab 10mg, T5
 ADEMPAS TAB 0.5MG, T5,PA,QL
 ADEMPAS TAB 1.5MG, T5,PA,QL
 ADEMPAS TAB 1MG, T5,PA,QL
 ADEMPAS TAB 2.5MG, T5,PA,QL

ADEMPAS TAB 2MG, T5,PA,QL
 ADVAIR DISKU AER 100/50, T3,QL
 ADVAIR DISKU AER 250/50, T3,QL
 ADVAIR DISKU AER 500/50, T3,QL
 ADVAIR HFA AER 115/21, T3,QL
 ADVAIR HFA AER 230/21, T3,QL
 ADVAIR HFA AER 45/21, T3,QL
 afeditab tab 30mg cr, T2
 afeditab tab 60mg cr, T2
 AFINITOR TAB 10MG, T5,PA,QL
 AFINITOR TAB 2.5MG, T5,PA,QL
 AFINITOR TAB 5MG, T5,PA,QL
 AFINITOR TAB 7.5MG, T5,PA,QL
 AFINITOR DIS TAB 2MG, T5,PA,QL
 AFINITOR DIS TAB 3MG, T5,PA,QL
 AFINITOR DIS TAB 5MG, T5,PA,QL
 ala-cort cre 1%, T1
 ala-cort cre 2.5%, T1
 ALBENZA TAB 200MG, T5
 albuterol neb 0.083%, T2,PA
 albuterol neb 0.5%, T2,PA
 albuterol neb 0.63mg/3, T2,PA
 albuterol neb 1.25mg/3, T2,PA
 albuterol syp 2mg/5ml, T1
 albuterol tab 2mg, T4
 albuterol tab 4mg, T4
 ALBUTEROL TAB 4MG ER, T3
 ALBUTEROL TAB 8MG ER, T3
 alclometason cre 0.05%, T2
 alclometason oin 0.05%, T2
 ALCOHOL PREP PAD, T2
 ALECENSA CAP 150MG, T5,PA,QL
 alendronate tab 10mg, T1,QL
 alendronate tab 35mg, T1,QL
 alendronate tab 5mg, T1,QL
 alendronate tab 70mg, T1,QL
 alfuzosin tab 10mg er, T1,QL
 ALINIA SUS 100/5ML, T5
 ALINIA TAB 500MG, T5
 allopurinol tab 100mg, T1
 allopurinol tab 300mg, T1
 alosetron tab 0.5mg, T5

alosetron tab 1mg, T5
 ALPHAGAN P SOL 0.1%, T3
 alprazolam tab 0.25mg, T1,QL
 alprazolam tab 0.5mg, T1,QL
 alprazolam tab 1mg, T1,QL
 alprazolam tab 2mg, T1,QL
 altavera tab, T2
 ALUNBRIG PAK, T5,PA,QL
 ALUNBRIG TAB 180MG, T5,PA,QL
 ALUNBRIG TAB 30MG, T5,PA,QL
 ALUNBRIG TAB 90MG, T5,PA,QL
 alyacen tab 1/35, T2
 amabelz tab 0.5-0.1, T3
 amabelz tab 1-0.5mg, T3
 amantadine cap 100mg, T2
 amantadine syp 50mg/5ml, T2
 amantadine tab 100mg, T2
 AMBISOME INJ 50MG, T5,PA
 amethia tab, T2
 amethia lo tab, T2
 amikacin inj 500/2ml, T3
 amilor/hctz tab 5-50, T2
 amiloride tab 5mg, T2
 amiodarone tab 200mg, T1
 amiodarone tab 400mg, T3
 AMITIZA CAP 24MCG, T3,PA
 AMITIZA CAP 8MCG, T3,PA
 amitriptylin tab 100mg, T2
 amitriptylin tab 10mg, T2
 amitriptylin tab 150mg, T2
 amitriptylin tab 25mg, T2
 amitriptylin tab 50mg, T2
 amitriptylin tab 75mg, T2
 amlod/atorva tab 10-10mg, T6
 amlod/atorva tab 10-20mg, T6
 amlod/atorva tab 10-40mg, T6
 amlod/atorva tab 10-80mg, T6
 amlod/atorva tab 2.5-10mg, T6
 amlod/atorva tab 2.5-20mg, T6
 amlod/atorva tab 2.5-40mg, T6
 amlod/atorva tab 5-10mg, T6
 amlod/atorva tab 5-20mg, T6

La cobertura de medicamentos varía según la forma de dosificación. Si bien un medicamento puede aparecer en la lista de medicamentos cubiertos, la forma de dosificación particular podría no satisfacer los requisitos de cobertura. Consulte el formulario completo para obtener información detallada sobre cobertura. La mayoría de los medicamentos genéricos están escritos en letras minúsculas. La mayoría de los medicamentos de marca están escritos en letras mayúsculas. Los medicamentos del nivel 6 se encuentran disponibles con un copago de \$0 para obtener un suministro para entre 90 y 100 días en todas las farmacias de la red. Los beneficios de farmacia están sujetos a una lista de medicamentos cubiertos, la cual está sujeta a cambios.

amlod/atorva tab 5-40mg, T6
 amlod/atorva tab 5-80mg, T6
 amlod/benazp cap 10-20mg, T6
 amlod/benazp cap 10-40mg, T6
 amlod/benazp cap 2.5-10mg, T6
 amlod/benazp cap 5-10mg, T6
 amlod/benazp cap 5-20mg, T6
 amlod/benazp cap 5-40mg, T6
 amlod/valsar tab /hctz, T6,QL
 amlod/valsar tab /hctz, T6,QL
 amlod/valsar tab /hctz, T6,QL
 amlod/valsar tab /hctz, T6,QL
 amlod/valsar tab /hctz, T6,QL
 amlod/valsar tab 10-160mg, T6,QL
 amlod/valsar tab 10-320mg, T6,QL
 amlod/valsar tab 5-160mg, T6,QL
 amlod/valsar tab 5-320mg, T6,QL
 amlodipine tab 10mg, T1
 amlodipine tab 2.5mg, T1
 amlodipine tab 5mg, T1
 ammonium lac cre 12%, T2
 ammonium lac lot 12%, T2
 amnesteem cap 10mg, T3
 amnesteem cap 20mg, T3
 amnesteem cap 40mg, T3
 AMOX/K CLAV CHW 200MG, T3
 AMOX/K CLAV CHW 400MG, T3
 amox/k clav sus 200/5ml, T2
 amox/k clav sus 400/5ml, T2
 amox/k clav sus 600/5ml, T2
 amox/k clav tab 250-125, T2
 amox/k clav tab 500-125, T2
 amox/k clav tab 875-125, T2
 AMOXAPINE TAB 100MG, T2
 AMOXAPINE TAB 150MG, T2
 AMOXAPINE TAB 25MG, T2
 AMOXAPINE TAB 50MG, T2
 amoxicillin cap 250mg, T1
 amoxicillin cap 500mg, T1
 amoxicillin sus 125/5ml, T1
 amoxicillin sus 200/5ml, T1
 amoxicillin sus 250/5ml, T1

amoxicillin sus 400/5ml, T1
 amoxicillin tab 500mg, T1
 amoxicillin tab 875mg, T1
 amphet/dextr cap 10mg er, T3,QL
 amphet/dextr cap 15mg er, T3,QL
 amphet/dextr cap 20mg er, T3,QL
 amphet/dextr cap 25mg er, T3,QL
 amphet/dextr cap 30mg er, T3,QL
 amphet/dextr cap 5mg er, T3,QL
 amphet/dextr tab 10mg, T2,QL
 amphet/dextr tab 12.5mg, T2,QL
 amphet/dextr tab 15mg, T2,QL
 amphet/dextr tab 20mg, T2,QL
 amphet/dextr tab 30mg, T2,QL
 amphet/dextr tab 5mg, T2,QL
 amphet/dextr tab 7.5mg, T2,QL
 AMPHOTERICIN INJ 50MG, T3,PA
 AMPICILLIN CAP 500MG, T2
 ampicillin inj 10gm, T3
 ampicillin inj 1gm, T3
 amp-sulbacta inj 2-1gm, T3
 AMPYRA TAB 10MG, T5,PA
 ANADROL-50 TAB 50MG, T5,PA
 anagrelide cap 0.5mg, T2
 anagrelide cap 1mg, T3
 anastrozole tab 1mg, T1
 ANDRODERM DIS 2MG/24HR,
 T3,PA,QL
 ANDRODERM DIS 4MG/24HR,
 T3,PA,QL
 ANDROGEL GEL 1.62%, T3,PA,QL
 ANDROGEL GEL 1.62%, T3,PA,QL
 ANDROGEL GEL 1.62%, T3,PA,QL
 ANORO ELLIPT AER 62.5-25, T3,QL
 apap/codeine sol 120-12/5, T2,QL
 apap/codeine tab 300-15mg,
 T2,QL
 apap/codeine tab 300-30mg,
 T2,QL
 apap/codeine tab 300-60mg,
 T2,QL
 APOKYN INJ 10MG/ML, T5,PA,QL

aprepitant cap 125mg, T2,PA
 aprepitant cap 40mg, T3,PA
 aprepitant cap 80mg, T3,PA
 aprepitant pak 80 & 125, T3,PA
 apri tab, T2
 APRISO CAP 0.375GM, T4
 APTIOM TAB 200MG, T5
 APTIOM TAB 400MG, T5
 APTIOM TAB 600MG, T5
 APTIOM TAB 800MG, T5
 APTIVUS CAP 250MG, T5,QL
 APTIVUS SOL, T5,QL
 aranelle tab, T2
 ARANESP INJ 100MCG, T5,PA
 ARANESP INJ 100MCG, T5,PA
 ARANESP INJ 10MCG, T4,PA
 ARANESP INJ 150MCG, T5,PA
 ARANESP INJ 200MCG, T5,PA
 ARANESP INJ 200MCG, T5,PA
 ARANESP INJ 25MCG, T4,PA
 ARANESP INJ 25MCG, T4,PA
 ARANESP INJ 300MCG, T5,PA
 ARANESP INJ 300MCG, T5,PA
 ARANESP INJ 40MCG, T4,PA
 ARANESP INJ 40MCG, T4,PA
 ARANESP INJ 500MCG, T5,PA
 ARANESP INJ 60MCG, T5,PA
 ARANESP INJ 60MCG, T5,PA
 ARCALYST INJ 220MG, T5,PA
 aripiprazole sol 1mg/ml, T2,PA,QL
 aripiprazole tab 10mg, T3,QL
 aripiprazole tab 10mg odt,
 T5,PA,QL
 aripiprazole tab 15mg, T3,QL
 aripiprazole tab 15mg odt,
 T5,PA,QL
 aripiprazole tab 20mg, T3,QL
 aripiprazole tab 2mg, T3,QL
 aripiprazole tab 30mg, T3,QL
 aripiprazole tab 5mg, T3,QL
 ARISTADA INJ 1064MG, T5,PA,QL
 ARISTADA INJ 441MG/1., T5,PA,QL

GUÍA DE SIGLAS:

PA: Autorización previa
 QL: Límites de cantidad
 ST: Tratamiento escalonado

N 1: Medicamentos genéricos preferidos
 N 2: Medicamentos genéricos
 N 3: Medicamentos de marca preferidos

N 4: Medicamentos de marca
 no preferidos
 N 5: Medicamentos especializados
 N 6: Medicamentos de atención selecta

ARISTADA INJ 662MG/2, T5,PA,QL	ATRIPLA TAB, T5,QL	BANZEL TAB 400MG, T5
ARISTADA INJ 882MG/3, T5,PA,QL	ATROVENT HFA AER 17MCG, T4,QL	BARACLUDE SOL .05MG/ML, T5
armodafinil tab 150mg, T3,PA,QL	aubra tab 0.1-0.02, T2	BASAGLAR INJ 100UNIT, T4,QL
armodafinil tab 200mg, T3,PA,QL	aug betamet cre 0.05%, T2	BCG VACCINE INJ, T3
armodafinil tab 250mg, T3,PA,QL	AUG BETAMET GEL 0.05%, T2	BD PEN NEEDL MIS 29GX1/2", T2
armodafinil tab 50mg, T3,PA,QL	aug betamet lot 0.05%, T3	benazep/hctz tab 10-12.5, T6
ARNUITY ELPT INH 100MCG, T3,QL	aug betamet oin 0.05%, T3	benazep/hctz tab 20-12.5, T6
ARNUITY ELPT INH 200MCG, T3,QL	AURYXIA TAB 210MG, T5	benazep/hctz tab 20-25mg, T6
asa/dipyrida cap 25-200mg, T3	aviane tab, T2	benazep/hctz tab 5-6.25, T6
ASACOL HD TAB 800MG, T3	avita cre 0.025%, T3	benazepril tab 10mg, T6
ashlyna tab, T2	avita gel 0.025%, T3	benazepril tab 20mg, T6
ASMANEX 120 AER 220MCG, T3,QL	AVONEX KIT 30MCG, T5,PA,QL	benazepril tab 40mg, T6
ASMANEX 30 AER 110MCG, T3,QL	AVONEX PEN KIT 30MCG, T5,PA,QL	benazepril tab 5mg, T6
ASMANEX 30 AER 220MCG, T3,QL	AVONEX PREFL KIT 30MCG, T5,PA,QL	BENLYSTA INJ 200MG/ML, T5,PA
ASMANEX 60 AER 220MCG, T3,QL	AZASAN TAB 100MG, T4,PA	BENLYSTA INJ 200MG/ML, T5,PA
ASMANEX HFA AER 100 MCG, T3,QL	AZASAN TAB 75 MG, T4,PA	BENZNIDAZOLE TAB 100MG, T4
ASMANEX HFA AER 200 MCG, T3,QL	azathioprine tab 50mg, T2,PA	BENZNIDAZOLE TAB 12.5MG, T4
atazanavir cap 150mg, T5,QL	azelastine dro 0.05%, T2	benztropine tab 0.5mg, T2
atazanavir cap 200mg, T5,QL	azelastine spr 0.1%, T2,QL	benztropine tab 1mg, T2
atazanavir cap 300mg, T5,QL	azelastine spr 0.15%, T2,QL	benztropine tab 2mg, T2
atenol/chlor tab 100-25mg, T1	AZELEX CRE 20%, T4	BESIVANCE SUS 0.6%, T4
atenol/chlor tab 50-25mg, T1	azithromycin inj 500mg, T3	betameth dip cre 0.05%, T3
atenolol tab 100mg, T1	AZITHROMYCIN POW 1GM PAK, T3	betameth dip lot 0.05%, T2
atenolol tab 25mg, T1	azithromycin sus 100/5ml, T2	betameth dip oin 0.05%, T3
atenolol tab 50mg, T1	azithromycin sus 200/5ml, T2	betameth val cre 0.1%, T2
atomoxetine cap 100mg, T3,QL	azithromycin tab 250mg, T2	betameth val lot 0.1%, T3
atomoxetine cap 10mg, T3,QL	azithromycin tab 250mg, T2	betameth val oin 0.1%, T2
atomoxetine cap 18mg, T3,QL	azithromycin tab 500mg, T2	BETASERON INJ 0.3MG, T5,PA,QL
atomoxetine cap 25mg, T3,QL	azithromycin tab 500mg, T2	betaxolol sol 0.5% op, T2
atomoxetine cap 40mg, T3,QL	azithromycin tab 600mg, T2	betaxolol tab 10mg, T2
atomoxetine cap 60mg, T3,QL	AZOPT SUS 1% OP, T4	betaxolol tab 20mg, T2
atomoxetine cap 80mg, T3,QL	aztreonam inj 1gm, T3	bethanechol tab 10mg, T2
atorvastatin tab 10mg, T6,QL	B	bethanechol tab 25mg, T2
atorvastatin tab 20mg, T6,QL	bacit/polymy oin op, T2	bethanechol tab 50mg, T2
atorvastatin tab 40mg, T6,QL	BACITRACIN OIN OP, T3	bethanechol tab 5mg, T2
atorvastatin tab 80mg, T6,QL	baclofen tab 10mg, T2	BETOPTIC-S SUS 0.25% OP, T4
atovaq/progu tab 250-100, T3	baclofen tab 20mg, T2	BEVYXXA CAP 40MG, T4,QL
atovaq/progu tab 62.5-25, T2	balsalazide cap 750mg, T3	BEVYXXA CAP 80MG, T4,QL
atovaquone sus 750/5ml, T5	balziva tab, T2	bexarotene cap 75mg, T5,PA
	BANZEL SUS 40MG/ML, T5	BEXSERO INJ, T3
	BANZEL TAB 200MG, T4	bicalutamide tab 50mg, T2
		BICILLIN L-A INJ 1200000, T4

La cobertura de medicamentos varía según la forma de dosificación. Si bien un medicamento puede aparecer en la lista de medicamentos cubiertos, la forma de dosificación particular podría no satisfacer los requisitos de cobertura. Consulte el formulario completo para obtener información detallada sobre cobertura. La mayoría de los medicamentos genéricos están escritos en letras minúsculas. La mayoría de los medicamentos de marca están escritos en letras mayúsculas. Los medicamentos del nivel 6 se encuentran disponibles con un copago de \$0 para obtener un suministro para entre 90 y 100 días en todas las farmacias de la red. Los beneficios de farmacia están sujetos a una lista de medicamentos cubiertos, la cual está sujeta a cambios.

BICILLIN L-A INJ 2400000, T4
 BICILLIN L-A INJ 600000, T4
 BIKTARVY TAB, T5,QL
 bisoprl/hctz tab 10/6.25, T1
 bisoprl/hctz tab 2.5/6.25, T1
 bisoprl/hctz tab 5-6.25mg, T1
 bisoprol fum tab 10mg, T2
 bisoprol fum tab 5mg, T2
 blisovi 24 tab fe 1/20, T2
 blisovi fe tab 1.5/30, T2
 blisovi fe tab 1/20, T2
 BOOSTRIX INJ, T3
 BOOSTRIX INJ, T3
 BOSULIF TAB 100MG, T5,PA,QL
 BOSULIF TAB 400MG, T5,PA,QL
 BOSULIF TAB 500MG, T5,PA,QL
 BREO ELLIPTA INH 100-25, T3,QL
 BREO ELLIPTA INH 200-25, T3,QL
 briellyn tab, T2
 BRILINTA TAB 60MG, T3
 BRILINTA TAB 90MG, T3
 brimonidine sol 0.15%, T3
 brimonidine sol 0.2% op, T1
 BRIVIACT SOL 10MG/ML, T5
 BRIVIACT TAB 100MG, T5
 BRIVIACT TAB 10MG, T5
 BRIVIACT TAB 25MG, T5
 BRIVIACT TAB 50MG, T5
 BRIVIACT TAB 75MG, T5
 bromocriptin cap 5mg, T3
 bromocriptin tab 2.5mg, T3
 budesonide cap 3mg dr, T5
 budesonide sus 0.25mg/2, T3,PA
 budesonide sus 0.5mg/2, T3,PA
 budesonide sus 1mg/2ml, T3,PA
 bumetanide inj 0.25/ml, T2
 bumetanide tab 0.5mg, T2
 bumetanide tab 1mg, T2
 bumetanide tab 2mg, T2
 bupren/nalox sub 2-0.5mg, T3,QL
 bupren/nalox sub 8-2mg, T3,QL
 buprenorphin sub 2mg, T2,QL

buprenorphin sub 8mg, T2,QL
 bupropion tab 100mg, T2,QL
 bupropion tab 100mg sr, T2,QL
 bupropion tab 150mg, T2
 bupropion tab 150mg sr, T2,QL
 bupropion tab 200mg sr, T2,QL
 bupropion tab 75mg, T2,QL
 bupropn hcl tab 150mg xl, T2,QL
 bupropn hcl tab 300mg xl, T2,QL
 buspirone tab 10mg, T1
 buspirone tab 15mg, T1
 buspirone tab 30mg, T2
 buspirone tab 5mg, T1
 buspirone tab 7.5mg, T2
 but/apap/caf cap, T3,QL
 but/apap/caf cap, T3,QL
 but/apap/caf tab, T3,QL
 but/asa/caff cap, T3,QL
 butal/apap tab 50-325mg, T3,QL
 butorphanol sol 10mg/ml, T3,QL
 BYDUREON INJ 2MG, T3,QL,ST
 BYDUREON INJ BCISE, T3,QL,ST
 BYDUREON PEN INJ 2MG, T3,QL,ST

C

cabergoline tab 0.5mg, T3
 CABOMETYX TAB 20MG, T5,PA,QL
 CABOMETYX TAB 40MG, T5,PA,QL
 CABOMETYX TAB 60MG, T5,PA,QL
 calc acetate cap 667mg, T2
 calc acetate tab 667mg, T2
 calcipotrien cre 0.005%, T4
 calcipotrien oin 0.005%, T4
 calcipotrien sol 0.005%, T3
 calcitonin spr 200/act, T2
 calcitriol cap 0.25mcg, T2
 calcitriol cap 0.5mcg, T2
 calcitriol sol 1mcg/ml, T3
 CALQUENCE CAP 100MG, T5,PA,QL
 camila tab 0.35mg, T2
 camrese lo tab, T2
 CANASA SUP 1000MG, T3
 candesa/hctz tab 16-12.5, T6,QL

candesa/hctz tab 32-12.5, T6,QL
 candesa/hctz tab 32-25mg, T6,QL
 candesartan tab 16mg, T6,QL
 candesartan tab 32mg, T6,QL
 candesartan tab 4mg, T6,QL
 candesartan tab 8mg, T6,QL
 CAPRELSA TAB 100MG, T5,PA,QL
 CAPRELSA TAB 300MG, T5,PA,QL
 captopril tab 100mg, T6
 captopril tab 12.5mg, T6
 captopril tab 25mg, T6
 captopril tab 50mg, T6
 CARAC CRE 0.5%, T5
 carb/levo tab 10-100mg, T2
 carb/levo tab 10-100mg, T2
 carb/levo tab 25-100mg, T2
 carb/levo tab 25-100mg, T3
 carb/levo tab 25-250mg, T2
 carb/levo tab 25-250mg, T2
 CARB/LEVO 50 TAB /ENTACAP, T3
 CARB/LEVO 75 TAB /ENTACAP, T3
 carb/levo er tab 25-100mg, T2
 carb/levo er tab 50-200mg, T2
 CARB/LEVO100 TAB /ENTACAP, T3
 CARB/LEVO125 TAB /ENTACAP, T3
 CARB/LEVO150 TAB /ENTACAP, T3
 CARB/LEVO200 TAB /ENTACAP, T3
 CARBAGLU TAB 200MG, T5,PA
 carbamazepin cap 100mg er, T3
 carbamazepin cap 200mg er, T3
 carbamazepin cap 300mg er, T3
 carbamazepin chw 100mg, T2
 carbamazepin sus 100/5ml, T2
 carbamazepin tab 100mger, T3
 carbamazepin tab 200mg, T2
 carbamazepin tab 200mg er, T3
 carbamazepin tab 400mg er, T3
 carbidopa tab 25mg, T5
 carisoprodol tab 350mg, T2
 CARTEOLOL SOL 1% OP, T1
 cartia xt cap 120/24hr, T2
 cartia xt cap 180/24hr, T2

GUÍA DE SIGLAS:

PA: Autorización previa
 QL: Límites de cantidad
 ST: Tratamiento escalonado

N 1: Medicamentos genéricos preferidos
 N 2: Medicamentos genéricos
 N 3: Medicamentos de marca preferidos

N 4: Medicamentos de marca no preferidos
 N 5: Medicamentos especializados
 N 6: Medicamentos de atención selecta

cartia xt cap 240/24hr, T2	ceftriaxone inj 250mg, T3	ciclopirox sus 0.77%, T2
cartia xt cap 300/24hr, T2	ceftriaxone inj 2gm, T3	cilostazol tab 100mg, T2
carvedilol tab 12.5mg, T1	ceftriaxone inj 500mg, T3	cilostazol tab 50mg, T2
carvedilol tab 25mg, T1	cefuroxime inj 1.5gm, T3	CIMETIDINE SOL 300/5ML, T2
carvedilol tab 3.125mg, T1	cefuroxime inj 7.5gm, T2	cimetidine tab 200mg, T1
carvedilol tab 6.25mg, T1	cefuroxime inj 750mg, T3	cimetidine tab 300mg, T2
CASPOFUNGIN INJ 50MG, T5	cefuroxime tab 250mg, T2	cimetidine tab 400mg, T2
CASPOFUNGIN INJ 70MG, T5	cefuroxime tab 500mg, T2	cimetidine tab 800mg, T2
caziant pak, T2	celecoxib cap 100mg, T2,QL	CINRYZE SOL 500 UNIT, T5,PA,QL
cefaclor cap 250mg, T2	celecoxib cap 200mg, T2,QL	CIPRODEX SUS 0.3-0.1%, T4
cefaclor cap 500mg, T2	celecoxib cap 400mg, T3,QL	ciprofloxacin inj 200mg, T2
cefadroxil cap 500mg, T2	celecoxib cap 50mg, T2,QL	CIPROFLOXACIN INJ 400MG, T3
cefadroxil sus 250/5ml, T2	CELONTIN CAP 300MG, T4	ciprofloxacin sol 0.3% op, T1
cefadroxil sus 500/5ml, T2	cephalexin cap 250mg, T1	ciprofloxacin sus 250mg/5, T2
cefadroxil tab 1gm, T2	cephalexin cap 500mg, T1	ciprofloxacin sus 500mg/5, T2
cefazolin inj 10gm, T3	cephalexin cap 750mg, T3	ciprofloxacin tab 1000mg, T3
cefazolin inj 1gm, T3	cephalexin sus 125/5ml, T2	CIPROFLOXACIN TAB 100MG, T3
cefazolin inj 500mg, T3	cephalexin sus 250/5ml, T2	ciprofloxacin tab 250mg, T1
cefdinir cap 300mg, T2	CHANTIX PAK 0.5& 1MG, T3	ciprofloxacin tab 500mg, T1
cefdinir sus 125/5ml, T2	CHANTIX PAK 1MG, T3	ciprofloxacin tab 500mg er, T3
cefdinir sus 250/5ml, T2	CHANTIX TAB 0.5MG, T3	ciprofloxacin tab 750mg, T1
cefepime inj 1gm, T3	CHANTIX TAB 1MG, T3	citalopram sol 10mg/5ml, T3,QL
cefepime inj 2gm, T3	CHEMET CAP 100MG, T4	citalopram tab 10mg, T1,QL
cefotaxime inj 1gm, T3	CHENODAL TAB 250MG, T5,PA	citalopram tab 20mg, T1,QL
CEFOTAXIME INJ 2GM, T3	chlorhex glu sol 0.12%, T1	citalopram tab 40mg, T1,QL
CEFOTAXIME INJ 500MG, T3	CHLOROQUINE TAB 250MG, T3	claravis cap 10mg, T3
cefoxitin inj 10gm, T3	chloroquine tab 500mg, T2	claravis cap 20mg, T3
cefoxitin inj 1gm, T3	CHLOROTHIAZ TAB 250MG, T2	claravis cap 30mg, T3
cefoxitin inj 2gm, T3	chlorothiaz tab 500mg, T2	claravis cap 40mg, T3
cefpodox prox sus 100/5ml, T3	chlorpromaz tab 100mg, T5,PA	CLARITHROMYCIN SUS 125/5ML, T2
cefpodox prox sus 50mg/5ml, T2	chlorpromaz tab 10mg, T3,PA	CLARITHROMYCIN SUS 250/5ML, T3
cefpodoxime tab 100mg, T3	chlorpromaz tab 200mg, T5,PA	clarithromycin tab 250mg, T2
cefpodoxime tab 200mg, T3	chlorpromaz tab 25mg, T3,PA	clarithromycin tab 500mg, T2
cefprozil sus 125/5ml, T2	chlorpromaz tab 50mg, T3,PA	clarithromycin tab 500mg er, T2
cefprozil sus 250/5ml, T3	chlorthalid tab 25mg, T2	CLEMASTINE TAB 2.68MG, T3,PA
cefprozil tab 250mg, T2	chlorthalid tab 50mg, T2	clindacin-p pad 1%, T3
cefprozil tab 500mg, T2	cholestyram pow 4gm, T2	clindamycin/ben gel 1-5%, T3
ceftazidime inj 1gm, T3	cholestyram pow 4gm lite, T2	clindamycin cap 150mg, T2
ceftazidime inj 2gm, T3	ciclopirox cre 0.77%, T2	clindamycin cap 300mg, T2
ceftazidime inj 6gm, T3	ciclopirox gel 0.77%, T3	clindamycin cap 75mg, T2
ceftriaxone inj 10gm, T3	ciclopirox sha 1%, T3	clindamycin cre 2% vag, T3
ceftriaxone inj 1gm, T3	ciclopirox sol 8%, T2	clindamycin gel 1%, T3

La cobertura de medicamentos varía según la forma de dosificación. Si bien un medicamento puede aparecer en la lista de medicamentos cubiertos, la forma de dosificación particular podría no satisfacer los requisitos de cobertura. Consulte el formulario completo para obtener información detallada sobre cobertura. La mayoría de los medicamentos genéricos están escritos en letras minúsculas. La mayoría de los medicamentos de marca están escritos en letras mayúsculas. Los medicamentos del nivel 6 se encuentran disponibles con un copago de \$0 para obtener un suministro para entre 90 y 100 días en todas las farmacias de la red. Los beneficios de farmacia están sujetos a una lista de medicamentos cubiertos, la cual está sujeta a cambios.

clindamycin inj 300/2ml, T2
clindamycin inj 300mg, T2
clindamycin inj 600/4ml, T2
clindamycin inj 600mg, T2
clindamycin inj 900/6ml, T2
clindamycin inj 900mg, T2
clindamycin lot 1%, T3
clindamycin mis 1%, T3
clindamycin sol 1%, T3
clinisol sf inj 15%, T4,PA
clobetasol cre 0.05%, T2
clobetasol gel 0.05%, T4
clobetasol oin 0.05%, T4
clobetasol sol 0.05%, T3
clobetasol e cre 0.05%, T3
clomipramine cap 25mg, T3,PA
clomipramine cap 50mg, T3,PA
clomipramine cap 75mg, T3,PA
clonazep odt tab 0.125mg, T3,QL
clonazep odt tab 0.25mg, T3,QL
clonazep odt tab 0.5mg, T3,QL
clonazep odt tab 1mg, T3,QL
clonazep odt tab 2mg, T3,QL
clonazepam tab 0.5mg, T1
clonazepam tab 1mg, T1
clonazepam tab 2mg, T1
clonidine dis 0.1/24hr, T3
clonidine dis 0.2/24hr, T3
clonidine dis 0.3/24hr, T3
clonidine tab 0.1mg, T1
clonidine tab 0.1mg er, T3,QL
clonidine tab 0.2mg, T1
clonidine tab 0.3mg, T1
clopidogrel tab 75mg, T1
cloraz dipot tab 15mg, T2,QL
cloraz dipot tab 3.75mg, T2,QL
cloraz dipot tab 7.5mg, T2,QL
clotrim/beta cre diprop, T2
clotrim/beta lot diprop, T3
clotrimazole cre 1%, T2
clotrimazole loz 10mg, T2
clozapine tab 100/odt, T5,QL

clozapine tab 100mg, T2,QL
clozapine tab 12.5/odt, T3,QL
clozapine tab 200mg, T2,QL
clozapine tab 25mg, T2,QL
clozapine tab 25mg odt, T3,QL
clozapine tab 50mg, T2,QL
COARTEM TAB 20-120MG, T4
codeine sulf tab 15mg, T3,QL
codeine sulf tab 30mg, T3,QL
codeine sulf tab 60mg, T3,QL
COLCRYS TAB 0.6MG, T3
colestipol gra 5gm, T2
colestipol tab 1gm, T2
colistimeth inj 150mg, T5
colocort ene 100mg, T3
COMBIGAN SOL 0.2/0.5%, T3
COMBIVENT AER 20-100, T4,QL
COMETRIQ KIT 100MG, T5,PA,QL
COMETRIQ KIT 140MG, T5,PA,QL
COMETRIQ KIT 60MG, T5,PA,QL
COMPLERA TAB, T5,QL
compro sup 25mg, T3
constulose sol 10gm/15, T2
COPAXONE INJ 20MG/ML, T5,PA,QL
COPAXONE INJ 40MG/ML, T5,PA,QL
CORLANOR TAB 5MG, T3,PA,QL
CORLANOR TAB 7.5MG, T3,PA,QL
CORTISONE AC TAB 25MG, T3
COSENTYX INJ 300DOSE, T5,PA
COSENTYX PEN INJ 300DOSE, T5,PA
COTELLIC TAB 20MG, T5,PA,QL
COUMADIN TAB 10MG, T4
COUMADIN TAB 1MG, T4
COUMADIN TAB 2.5MG, T4
COUMADIN TAB 2MG, T4
COUMADIN TAB 3MG, T4
COUMADIN TAB 4MG, T4
COUMADIN TAB 5MG, T4
COUMADIN TAB 6MG, T4

COUMADIN TAB 7.5MG, T4
CREON CAP 12000UNT, T3
CREON CAP 24000UNT, T3
CREON CAP 3000UNIT, T3
CREON CAP 36000UNT, T3
CREON CAP 6000UNIT, T3
CRESEMBA CAP 186 MG, T5,PA
CRIXIVAN CAP 200MG, T3,QL
CRIXIVAN CAP 400MG, T3,QL
cromolyn sod con 100/5ml, T3
cromolyn sod neb 20mg/2ml, T3,PA
cromolyn sod sol 4% op, T1
cryselle-28 tab 28 tabs, T2
CURITY GAUZE PAD 2"X2", T2
cyclafem tab 1/35, T2
cyclafem tab 7/7/7, T2
cyclobenzapr tab 10mg, T1,PA
cyclobenzapr tab 5mg, T1,PA
cyclobenzapr tab 7.5mg, T3,PA
CYCLOPHOSPH CAP 25MG, T3,PA
CYCLOPHOSPH CAP 50MG, T5,PA
CYCLOSET TAB 0.8MG, T4,QL
cyclosporine cap 100mg, T3,PA
cyclosporine cap 100mg md, T3,PA
cyclosporine cap 25mg, T3,PA
cyclosporine cap 25mg mod, T3,PA
CYCLOSPORINE CAP 50MG MOD, T3,PA
cyclosporine sol modified, T3,PA
CYSTADANE POW, T5
CYSTAGON CAP 150MG, T4,PA
CYSTAGON CAP 50MG, T4,PA
CYSTARAN SOL 0.44%, T5

D

D2.5W/NACL INJ 0.45%, T2
d5w/nacl inj 0.2%, T3
d5w/nacl inj 0.33%, T1
d5w/nacl inj 0.45%, T2
d5w/nacl inj 0.9%, T1
DAKLINZA TAB 30MG, T5,PA
DAKLINZA TAB 60MG, T5,PA

GUÍA DE SIGLAS:

PA: Autorización previa
QL: Límites de cantidad
ST: Tratamiento escalonado

N 1: Medicamentos genéricos preferidos
N 2: Medicamentos genéricos
N 3: Medicamentos de marca preferidos

N 4: Medicamentos de marca no preferidos
N 5: Medicamentos especializados
N 6: Medicamentos de atención selecta

DAKLINZA TAB 90MG, T5,PA
DALIRESP TAB 250MCG, T4,PA,QL
DALIRESP TAB 500MCG, T4,PA,QL
DALVANCE SOL 500MG, T5
danazol cap 100mg, T3,PA
danazol cap 200mg, T3,PA
danazol cap 50mg, T3,PA
dantrolene cap 100mg, T3
dantrolene cap 25mg, T3
dantrolene cap 50mg, T3
dapsone tab 100mg, T3
dapsone tab 25mg, T3
DAPTACEL INJ, T3
daptomycin inj 500mg, T5
DARAPRIM TAB 25MG, T5
deblitane tab 0.35mg, T2
delyla tab 0.1-0.02, T2
DELZICOL CAP 400MG, T3
demeclocycl tab 150mg, T3
demeclocycl tab 300mg, T3
DEMSER CAP 250MG, T5
DENA VIR CRE 1%, T5
DEPEN TITRA TAB 250MG, T5
DEPO-PROVERA INJ 400/ML, T4
DESCOVY TAB 200/25, T5,QL
desipramine tab 100mg, T3
desipramine tab 10mg, T3
desipramine tab 150mg, T3
desipramine tab 25mg, T3
desipramine tab 50mg, T3
desipramine tab 75mg, T3
desmopressin sol 0.01%, T3
desmopressin spr 0.01%, T3
desmopressin tab 0.1mg, T2
desmopressin tab 0.2mg, T2
deso/ethinyl tab estradio, T2
deso/ethinyl tab estradio, T2
desonide cre 0.05%, T4
desonide lot 0.05%, T3
desonide oin 0.05%, T3
desoximetas cre 0.05%, T3
desoximetas cre 0.25%, T3

desoximetas gel 0.05%, T3
desoximetas oin 0.25%, T3
desvenlafax tab 100mg er, T2,QL
desvenlafax tab 25mg er, T2,QL
desvenlafax tab 50mg er, T2,QL
DEXAMETH PHO SOL 0.1% OP, T2
dexamethason elx 0.5/5ml, T2
dexamethason tab 0.5mg, T2
dexamethason tab 0.75mg, T2
dexamethason tab 1.5mg, T2
DEXAMETHASON TAB 1MG, T2
DEXAMETHASON TAB 2MG, T2
dexamethason tab 4mg, T2
dexamethason tab 6mg, T2
dexmethyph tab 10mg, T2,QL
dexmethyph tab 2.5mg, T2,QL
dexmethyph tab 5mg, T2,QL
dextroamphet cap 10mg er, T3,QL
dextroamphet cap 15mg er, T3,QL
dextroamphet cap 5mg er, T2,QL
dextroamphet tab 10mg, T3,QL
dextroamphet tab 5mg, T3,QL
dextrose inj 10%, T3
dextrose inj 5%, T3
DIASTAT ACDL GEL 12.5-20, T4,QL
DIASTAT ACDL GEL 5-10MG, T4,QL
DIASTAT PED GEL 2.5M GEL, T4,QL
diazepam con 5mg/ml, T2,PA,QL
DIAZEPAM SOL 1MG/ML, T3,PA,QL
diazepam tab 10mg, T1
diazepam tab 2mg, T1
diazepam tab 5mg, T1
diclo/misopr tab 50-0.2mg, T3,QL
diclo/misopr tab 75-0.2mg, T3,QL
diclofen pot tab 50mg, T2,QL
diclofenac gel 1%, T3
diclofenac sol 0.1% op, T2
diclofenac tab 100mg er, T2,QL
diclofenac tab 25mg dr, T2,QL
diclofenac tab 50mg dr, T2,QL
diclofenac tab 75mg dr, T2,QL
dicloxacill cap 250mg, T2

dicloxacill cap 500mg, T2
dicyclomine cap 10mg, T2
dicyclomine tab 20mg, T2
didanosine cap 200mg, T2,QL
didanosine cap 250mg, T2,QL
didanosine cap 400mg, T3,QL
DIFICID TAB 200MG, T5
DIFLORASONE OIN 0.05%, T3
digitek tab 0.125mg, T2
digitek tab 0.25mg, T2
digox tab 0.125mg, T2
digox tab 0.25mg, T2
DIGOXIN SOL 50MCG/ML, T2,QL
digoxin tab 0.125mg, T2
digoxin tab 0.25mg, T2
DILANTIN CAP 30MG, T4
diltiazem cap 120mg er, T2
diltiazem cap 120mg er, T2
diltiazem cap 180mg er, T2
diltiazem cap 240mg er, T2
diltiazem cap 300mg er, T2
diltiazem cap 360mg/24, T2
diltiazem cap 420mg/24, T2
diltiazem cap 60mg er, T2
diltiazem cap 90mg er, T2
diltiazem tab 120mg, T2
diltiazem tab 30mg, T2
diltiazem tab 60mg, T2
diltiazem tab 90mg, T2
dilt-xr cap 120mg, T2
dilt-xr cap 180mg, T2
dilt-xr cap 240mg, T2
DIP/TET PED INJ 25-5LFU, T3
DIPENTUM CAP 250MG, T5
diphen/atrop tab 2.5mg, T2
dipyridamole tab 25mg, T3
dipyridamole tab 50mg, T2
dipyridamole tab 75mg, T2
disulfiram tab 250mg, T3
disulfiram tab 500mg, T2
divalproex cap 125mg, T2
divalproex tab 125mg dr, T2

La cobertura de medicamentos varía según la forma de dosificación. Si bien un medicamento puede aparecer en la lista de medicamentos cubiertos, la forma de dosificación particular podría no satisfacer los requisitos de cobertura. Consulte el formulario completo para obtener información detallada sobre cobertura. La mayoría de los medicamentos genéricos están escritos en letras minúsculas. La mayoría de los medicamentos de marca están escritos en letras mayúsculas. Los medicamentos del nivel 6 se encuentran disponibles con un copago de \$0 para obtener un suministro para entre 90 y 100 días en todas las farmacias de la red. Los beneficios de farmacia están sujetos a una lista de medicamentos cubiertos, la cual está sujeta a cambios.

divalproex tab 250mg dr, T2
divalproex tab 250mg er, T2
divalproex tab 500mg dr, T2
divalproex tab 500mg er, T2
DIVIGEL GEL 1MG/GM, T4,PA
dofetilide cap 125mcg, T3
dofetilide cap 250mcg, T3
dofetilide cap 500mcg, T3
donepezil tab 10mg, T1
donepezil tab 10mg odt, T2
donepezil tab 5mg, T1
donepezil tab 5mg odt, T2
donepezil tab hcl 23mg, T3
dorzol/timol sol 22.3-6.8, T2
dorzolamide sol 2% op, T2
doxazosin tab 1mg, T2,QL
doxazosin tab 2mg, T2,QL
doxazosin tab 4mg, T2,QL
doxazosin tab 8mg, T2,QL
doxepin hcl cap 100mg, T2
doxepin hcl cap 10mg, T2
doxepin hcl cap 150mg, T2
doxepin hcl cap 25mg, T2
doxepin hcl cap 50mg, T2
doxepin hcl cap 75mg, T2
doxepin hcl con 10mg/ml, T2
doxy 100 inj 100mg, T3
doxycyc mono cap 100mg, T2
doxycyc mono cap 150mg, T3
doxycyc mono cap 50mg, T2
doxycyc mono cap 75mg, T3
doxycyc mono tab 100mg, T2
doxycyc mono tab 150mg, T3
doxycyc mono tab 50mg, T2
doxycyc mono tab 75mg, T2
doxycycl hyc cap 100mg, T2
doxycycl hyc cap 50mg, T2
doxycycl hyc tab 100mg, T2
doxycycline tab 20mg, T2
dronabinol cap 10mg, T3,PA
dronabinol cap 2.5mg, T3,PA
dronabinol cap 5mg, T3,PA

drospir/ethi tab 3-0.03mg, T2
drospire/eth tab estr/lev, T2
drospirenone tab ethy est, T2
DUAVEE TAB 0.45-20, T4,PA
DULERA AER 100-5MCG, T4,QL
DULERA AER 200-5MCG, T4,QL
duloxetine cap 20mg, T2,QL
duloxetine cap 30mg, T2,QL
duloxetine cap 60mg, T2,QL
DUPIXENT INJ 300/2ML, T5,PA
duramorph inj 0.5mg/ml, T3,PA
duramorph inj 1mg/ml, T3,PA
DUREZOL EMU 0.05%, T3
dutast/tamsu cap 0.5-0.4, T2,QL
dutasteride cap 0.5mg, T2,QL

E

econazole cre 1%, T4
EDURANT TAB 25MG, T5,QL
efavirenz cap 200mg, T5,QL
efavirenz cap 50mg, T2,QL
efavirenz tab 600mg, T5,QL
EGRIFTA SOL 1MG, T5,PA
ELIDEL CRE 1%, T4,PA
ELIGARD INJ 22.5MG, T4
ELIGARD INJ 30MG, T4
ELIGARD INJ 45MG, T4
ELIGARD INJ 7.5MG, T4
ELIQUIS TAB 2.5MG, T3,QL
ELIQUIS TAB 5MG, T3,QL
ELIQUIS ST P TAB 5MG, T3,QL
EMCYT CAP 140MG, T5
emoquette tab, T2
EMSAM DIS 12MG/24H, T5
EMSAM DIS 6MG/24HR, T5
EMSAM DIS 9MG/24HR, T5
EMTRIVA CAP 200MG, T4,QL
EMTRIVA SOL 10MG/ML, T4,QL
enalapr/hctz tab 10-25mg, T6
enalapr/hctz tab 5-12.5mg, T6
enalapril tab 10mg, T6
enalapril tab 2.5mg, T6
enalapril tab 20mg, T6

enalapril tab 5mg, T6
ENBREL INJ 25/0.5ML, T5,PA
ENBREL INJ 25MG, T5,PA
ENBREL INJ 50MG/ML, T5,PA
ENBREL SRCLK INJ 50MG/ML, T5,PA
endocet tab 10-325mg, T3,QL
endocet tab 5-325mg, T2,QL
endocet tab 7.5-325, T2,QL
ENGERIX-B INJ 10/0.5ML, T3,PA
ENGERIX-B INJ 20MCG/ML, T3,PA
enoxaparin inj 100mg/ml, T3,QL
enoxaparin inj 120/0.8, T3,QL
enoxaparin inj 150mg/ml, T3,QL
enoxaparin inj 30/0.3ml, T3,QL
enoxaparin inj 40/0.4ml, T3,QL
enoxaparin inj 60/0.6ml, T3,QL
enoxaparin inj 80/0.8ml, T3,QL
enpresse-28 tab, T2
enskyce tab, T2
entacapone tab 200mg, T4
entecavir tab 0.5mg, T5
entecavir tab 1mg, T5
ENTRESTO TAB 24-26MG, T3,PA,QL
ENTRESTO TAB 49-51MG, T3,PA,QL
ENTRESTO TAB 97-103MG, T3,PA,QL
enulose sol 10gm/15, T2
EPCLUSA TAB 400-100, T5,PA
epinastine dro 0.05%, T2
EPINEPHRINE INJ 0.15MG, T3
EPINEPHRINE INJ 0.3MG, T3
EPINEPHRINE INJ 0.3MG, T3
epitol tab 200mg, T2
EPIVIR HBV SOL 5MG/ML, T3
eplerenone tab 25mg, T3
eplerenone tab 50mg, T3
EPOGEN INJ 10000/ML, T4,PA
EPOGEN INJ 2000/ML, T4,PA
EPOGEN INJ 20000/ML, T5,PA
EPOGEN INJ 3000/ML, T4,PA
EPOGEN INJ 4000/ML, T4,PA

GUÍA DE SIGLAS:

PA: Autorización previa
QL: Límites de cantidad
ST: Tratamiento escalonado

N 1: Medicamentos genéricos preferidos
N 2: Medicamentos genéricos
N 3: Medicamentos de marca preferidos

N 4: Medicamentos de marca no preferidos
N 5: Medicamentos especializados
N 6: Medicamentos de atención selecta

ERGOLOID MES TAB 1MG ORAL, T3,PA
 ERIVEDGE CAP 150MG, T5,PA,QL
 ERLEADA TAB 60MG, T5,PA,QL
 errin tab 0.35mg, T2
 ery pad 2%, T2
 ery/benzoyl gel 5-3%, T3
 ERYPED SUS 400/5ML, T4
 ERY-TAB TAB 250MG EC, T4
 ERY-TAB TAB 333MG EC, T4
 ERY-TAB TAB 500MG EC, T4
 ERYTHROCIN INJ 500MG, T5
 ERYTHROCIN TAB 250MG, T4
 erythrom eth sus 200/5ml, T3
 erythromycin oin op, T2
 erythromycin sol 2%, T2
 erythromycin tab 250mg bs, T3
 erythromycin tab 500mg bs, T3
 ESBRIET CAP 267MG, T5,PA,QL
 ESBRIET TAB 267MG, T5,PA,QL
 ESBRIET TAB 801MG, T5,PA,QL
 escitalopram sol 5mg/5ml, T3,QL
 escitalopram tab 10mg, T1,QL
 escitalopram tab 20mg, T1,QL
 escitalopram tab 5mg, T1,QL
 esomepra mag cap 20mg dr, T2,QL
 esomepra mag cap 40mg dr, T2,QL
 estra/noreth tab 0.5-0.1, T3
 estra/noreth tab 1-0.5mg, T3
 estradiol cre 0.01%, T3
 estradiol dis 0.025mg, T3
 estradiol dis 0.0375mg, T3
 estradiol dis 0.05mg, T3
 estradiol dis 0.06mg, T3
 estradiol dis 0.075mg, T3
 estradiol dis 0.1mg, T3
 estradiol tab 0.5mg, T2
 estradiol tab 10mcg, T2
 estradiol tab 1mg, T2
 estradiol tab 2mg, T2
 ESTROPIPATE TAB 0.75MG, T2
 ESTROPIPATE TAB 1.5MG, T2

ESTROPIPATE TAB 3MG, T2
 eszopiclone tab 1mg, T2
 eszopiclone tab 2mg, T2
 eszopiclone tab 3mg, T2
 ethambutol tab 100mg, T2
 ethambutol tab 400mg, T2
 ethosuximide cap 250mg, T3
 ethosuximide sol 250/5ml, T2
 ethy eth est tab 1-35, T2
 ethynodiol tab 1-50, T2
 ETIDRON DISD TAB 200MG, T3
 ETIDRON DISD TAB 400MG, T3
 etodolac cap 200mg, T2,QL
 etodolac cap 300mg, T2,QL
 etodolac tab 400mg, T2,QL
 etodolac tab 500mg, T2,QL
 etodolac er tab 400mg, T2,QL
 etodolac er tab 500mg, T2,QL
 etodolac er tab 600mg, T2,QL
 EVOTAZ TAB 300-150, T5,QL
 exemestane tab 25mg, T4
 EXJADE TAB 125MG, T5,PA
 EXJADE TAB 250MG, T5,PA
 EXJADE TAB 500MG, T5,PA
 ezetim/simva tab 10-10mg, T6,QL
 ezetim/simva tab 10-20mg, T6,QL
 ezetim/simva tab 10-40mg, T6,QL
 ezetim/simva tab 10-80mg, T6,QL
 ezetimibe tab 10mg, T2,QL

F

falmina tab, T2
 famciclovir tab 125mg, T2
 famciclovir tab 250mg, T2
 famciclovir tab 500mg, T2
 famotidine sus 40mg/5ml, T3
 famotidine tab 20mg, T1
 famotidine tab 40mg, T1
 FANAPT PAK, T4,PA,QL
 FANAPT TAB 10MG, T5,PA,QL
 FANAPT TAB 12MG, T5,PA,QL
 FANAPT TAB 1MG, T4,PA,QL
 FANAPT TAB 2MG, T4,PA,QL

FANAPT TAB 4MG, T4,PA,QL
 FANAPT TAB 6MG, T5,PA,QL
 FANAPT TAB 8MG, T5,PA,QL
 FARESTON TAB 60MG, T5
 FARYDAK CAP 10MG, T5,PA,QL
 FARYDAK CAP 15MG, T5,PA,QL
 FARYDAK CAP 20MG, T5,PA,QL
 felbamate sus 600/5ml, T5
 felbamate tab 400mg, T3
 felbamate tab 600mg, T3
 felodipine tab 10mg er, T2
 felodipine tab 2.5mg er, T2
 felodipine tab 5mg er, T2
 femynor tab 0.25-35, T2
 fenofibrate cap 134mg, T2,QL
 fenofibrate cap 200mg, T2,QL
 fenofibrate cap 67mg, T2,QL
 fenofibrate tab 145mg, T2,QL
 fenofibrate tab 160mg, T2,QL
 fenofibrate tab 48mg, T2,QL
 fenofibrate tab 54mg, T2,QL
 fenofibric cap 135mg dr, T2,QL
 fenofibric cap 45mg dr, T2,QL
 fentanyl dis 100mcg/h, T4,PA,QL
 fentanyl dis 12mcg/hr, T4,PA,QL
 fentanyl dis 25mcg/hr, T4,PA,QL
 fentanyl dis 37.5mcg, T3,PA,QL
 fentanyl dis 50mcg/hr, T4,PA,QL
 fentanyl dis 62.5mcg, T5,PA,QL
 fentanyl dis 75mcg/hr, T4,PA,QL
 fentanyl dis 87.5mcg, T5,PA,QL
 fentanyl ot loz 1200mcg, T5,PA,QL
 fentanyl ot loz 1600mcg, T5,PA,QL
 fentanyl ot loz 200mcg, T5,PA,QL
 fentanyl ot loz 400mcg, T5,PA,QL
 fentanyl ot loz 600mcg, T5,PA,QL
 fentanyl ot loz 800mcg, T5,PA,QL
 FETZIMA CAP 120MG, T4,QL
 FETZIMA CAP 20MG, T4,QL
 FETZIMA CAP 40MG, T4,QL
 FETZIMA CAP 80MG, T4,QL
 FETZIMA CAP TITRATIO, T4,QL

La cobertura de medicamentos varía según la forma de dosificación. Si bien un medicamento puede aparecer en la lista de medicamentos cubiertos, la forma de dosificación particular podría no satisfacer los requisitos de cobertura. Consulte el formulario completo para obtener información detallada sobre cobertura. La mayoría de los medicamentos genéricos están escritos en letras minúsculas. La mayoría de los medicamentos de marca están escritos en letras mayúsculas. Los medicamentos del nivel 6 se encuentran disponibles con un copago de \$0 para obtener un suministro para entre 90 y 100 días en todas las farmacias de la red. Los beneficios de farmacia están sujetos a una lista de medicamentos cubiertos, la cual está sujeta a cambios.

FINACEA AER 15%, T4
 FINACEA GEL 15%, T4
 finasteride tab 5mg, T1,QL
 FIRAZYR INJ 30MG/3ML, T5,PA,QL
 FIRMAGON INJ 120MG, T5
 FIRMAGON INJ 80MG, T4
 flecainide tab 100mg, T2
 flecainide tab 150mg, T2
 flecainide tab 50mg, T2
 FLOVENT DISK AER 100MCG, T3,QL
 FLOVENT DISK AER 250MCG, T3,QL
 FLOVENT DISK AER 50MCG, T3,QL
 FLOVENT HFA AER 110MCG, T3,QL
 FLOVENT HFA AER 220MCG, T3,QL
 FLOVENT HFA AER 44MCG, T3,QL
 fluconazole sus 10mg/ml, T3
 fluconazole sus 40mg/ml, T3
 fluconazole tab 100mg, T2
 fluconazole tab 150mg, T2
 fluconazole tab 200mg, T2
 fluconazole tab 50mg, T2
 fluconazole/ inj nacl 200, T3
 fluconazole/ inj nacl 400, T3
 flucytosine cap 250mg, T5
 flucytosine cap 500mg, T5
 fludrocort tab 0.1mg, T2
 fluocin acet cre 0.01%, T3
 fluocin acet oil 0.01%, T3
 fluocinonide cre e 0.05%, T3
 fluocinonide gel 0.05%, T3
 fluocinonide oin 0.05%, T3
 fluocinonide sol 0.05%, T3
 fluoromethol sus 0.1% op, T2
 fluorouracil cre 5%, T4
 FLUOROURACIL SOL 2%, T3
 FLUOROURACIL SOL 5%, T3
 fluoxetine cap 10mg, T1,QL
 fluoxetine cap 20mg, T1,QL
 fluoxetine cap 40mg, T1,QL
 FLUOXETINE CAP 90MG DR, T3,QL

fluoxetine sol 20mg/5ml, T2,QL
 fluoxetine tab 10mg, T2,QL
 fluoxetine tab 20mg, T2,QL
 fluphenaz de inj 25mg/ml, T3
 FLUPHENAZINE CON 5MG/ML, T3,PA
 FLUPHENAZINE ELX 2.5/5ML, T3,PA
 FLUPHENAZINE INJ 2.5MG/ML, T3,PA
 fluphenazine tab 10mg, T3,PA
 fluphenazine tab 1mg, T3
 fluphenazine tab 2.5mg, T2,PA
 fluphenazine tab 5mg, T3,PA
 flurbiprofen sol 0.03% op, T1
 flurbiprofen tab 100mg, T2,QL
 flurbiprofen tab 50mg, T2,QL
 flutamide cap 125mg, T3
 fluticasone cre 0.05%, T2
 FLUTICASONE INH SALMETER, T3,QL
 FLUTICASONE INH SALMETER, T3,QL
 FLUTICASONE INH SALMETER, T3,QL
 fluticasone oin 0.005%, T2
 fluticasone spr 50mcg, T2,QL
 fluvoxamine tab 100mg, T2,QL
 fluvoxamine tab 25mg, T2,QL
 fluvoxamine tab 50mg, T2,QL
 fondaparinux inj 10/0.8ml, T5,QL
 fondaparinux inj 2.5/0.5, T3,QL
 fondaparinux inj 5/0.4ml, T5,QL
 fondaparinux inj 7.5/0.6, T5,QL
 FORTEO SOL 600/2.4, T5,PA
 fosamprenavi tab 700mg, T5,QL
 fosinop/hctz tab 10/12.5, T6
 fosinop/hctz tab 20/12.5, T6
 fosinopril tab 10mg, T6
 fosinopril tab 20mg, T6
 fosinopril tab 40mg, T6
 FOSRENOL POW 1000MG, T5

FOSRENOL POW 750MG, T5
 furosemide inj 100/10ml, T2
 furosemide inj 10mg/ml, T2
 furosemide sol 10mg/ml, T2
 furosemide tab 20mg, T1
 furosemide tab 40mg, T1
 furosemide tab 80mg, T1
 FUZEON INJ 90MG, T5,QL
 FYCOMPA SUS 0.5MG/ML, T5
 FYCOMPA TAB 10MG, T5
 FYCOMPA TAB 12MG, T5
 FYCOMPA TAB 2MG, T4
 FYCOMPA TAB 4MG, T5
 FYCOMPA TAB 6MG, T5
 FYCOMPA TAB 8MG, T5

G

gabapentin cap 100mg, T1,QL
 gabapentin cap 300mg, T1,QL
 gabapentin cap 400mg, T1,QL
 gabapentin sol 250/5ml, T2,QL
 gabapentin tab 600mg, T2,QL
 gabapentin tab 800mg, T2,QL
 galantamine cap 16mg er, T3
 galantamine cap 24mg er, T3
 galantamine cap 8mg er, T3
 GALANTAMINE SOL 4MG/ML, T3
 galantamine tab 12mg, T2
 galantamine tab 4mg, T2
 galantamine tab 8mg, T2
 GAMMAGARD INJ 2.5GM/25, T5,PA
 GAMMAGARD SD INJ 10GM HU, T5,PA
 GAMMAGARD SD INJ 5GM HU, T5,PA
 GAMMAPLEX INJ 10%, T5,PA
 GAMMAPLEX INJ 10%, T5,PA
 GAMMAPLEX INJ 10%, T5,PA
 GAMMAPLEX INJ 5%, T5,PA
 GAMUNEX-C INJ 1GM/10ML, T5,PA
 GARDASIL 9 INJ, T3

GUÍA DE SIGLAS:

PA: Autorización previa
 QL: Límites de cantidad
 ST: Tratamiento escalonado

N 1: Medicamentos genéricos preferidos
 N 2: Medicamentos genéricos
 N 3: Medicamentos de marca preferidos

N 4: Medicamentos de marca no preferidos
 N 5: Medicamentos especializados
 N 6: Medicamentos de atención selecta

GARDASIL 9 INJ, T3	glipizide er tab 2.5mg, T6,QL	HAVRIX INJ 1440UNIT, T3
GATTEX KIT 5MG, T5,PA	glipizide er tab 5mg, T6,QL	HAVRIX INJ 1440UNIT, T3
gavilyte-c sol, T2	GLUCAGEN INJ HYPOKIT, T3	HAVRIX INJ 720UNIT, T3
gavilyte-g sol, T2	GLUCAGON KIT 1MG, T4	HAVRIX INJ 720UNIT, T3
gavilyte-n sol flav pk, T2	glyb/metform tab 1.25-250, T6,QL	hc butyrate cre 0.1%, T2
gemfibrozil tab 600mg, T1,QL	glyb/metform tab 2.5-500, T6,QL	hc butyrate oin 0.1%, T3
generlac sol 10gm/15, T2	glyb/metform tab 5-500mg, T6,QL	hc butyrate sol 0.1%, T3
gengraf cap 100mg, T3,PA	glyburide tab 1.25mg, T6,QL	hc valerate cre 0.2%, T3
gengraf cap 25mg, T3,PA	glyburide tab 2.5mg, T6,QL	hc valerate oin 0.2%, T3
gengraf sol 100mg/ml, T3,PA	glyburide tab 5mg, T6,QL	hc/acet acid sol otic, T3
GENTAK OIN 0.3% OP, T2	glycopyrrol tab 1mg, T2	heparin sod inj 1000/ml, T2
GENTAM/NACL INJ 100MG, T2	glycopyrrol tab 2mg, T2	heparin sod inj 10000/ml, T3
gentam/nacl inj 60mg, T3	GLYXAMBI TAB 10-5 MG, T4,QL	heparin sod inj 20000/ml, T3
GENTAM/NACL INJ 80MG, T3	GLYXAMBI TAB 25-5 MG, T4,QL	heparin sod inj 5000/ml, T3
GENTAM/NACL INJ 80MG, T3	granisetron tab 1mg, T2,PA	HEPATAMINE SOL 8%, T3,PA
gentamicin cre 0.1%, T2	GRANIX INJ 300/0.5, T5	HETLIOZ CAP 20MG, T5,PA,QL
gentamicin inj 40mg/ml, T3	GRANIX INJ 480/0.8, T5	HEXALEN CAP 50MG, T5,PA
gentamicin oin 0.1%, T3	griseofulvin sus 125/5ml, T3	HIBERIX SOL 10MCG, T3
gentamicin sol 0.3% op, T2	griseofulvin tab ultr 125, T3	HUMALOG INJ 100/ML, T3,QL
GENVOYA TAB, T5,QL	griseofulvin tab ultr 250, T3	HUMALOG INJ 100/ML, T3,QL
GEODON INJ 20MG, T4,PA,QL	GUANIDINE TAB 125MG, T3	HUMALOG JR INJ 100/ML, T3,QL
gianvi tab 3-0.02mg, T2		HUMALOG KWIK INJ 100/ML,
GILOTRIF TAB 20MG, T5,PA,QL	H	T3,QL
GILOTRIF TAB 30MG, T5,PA,QL	H.P. ACTHAR INJ 80UNIT, T5,PA	HUMALOG KWIK INJ 200/ML,
GILOTRIF TAB 40MG, T5,PA,QL	HAEGARDA INJ 2000UNIT,	T3,QL
glatiramer inj 20mg/ml, T5,PA,QL	T5,PA,QL	HUMALOG MIX INJ 50/50, T3,QL
glatiramer inj 40mg/ml, T5,PA,QL	HAEGARDA INJ 3000UNIT,	HUMALOG MIX INJ 50/50KWP,
glatopa inj 20mg/ml, T5,PA,QL	T5,PA,QL	T3,QL
glatopa inj 40mg/ml, T5,PA,QL	halobetasol cre 0.05%, T4	HUMALOG MIX INJ 75/25KWP,
GLEOSTINE CAP 100MG, T5	halobetasol oin 0.05%, T3	T3,QL
GLEOSTINE CAP 10MG, T4	haloper dec inj 100mg/ml, T2	HUMALOG MIX SUS 75/25, T3,QL
GLEOSTINE CAP 40MG, T4	haloper dec inj 100mg/ml, T2	HUMIRA INJ 10/0.1ML, T5,PA
GLEOSTINE CAP 5MG, T4	haloper dec inj 50mg/ml, T2	HUMIRA INJ 10MG/0.2, T5,PA
glimepiride tab 1mg, T6,QL	haloper lac inj 5mg/ml, T3	HUMIRA INJ 40/0.4ML, T5,PA
glimepiride tab 2mg, T6,QL	haloperidol con 2mg/ml, T2	HUMIRA KIT 20MG/0.4, T5,PA
glimepiride tab 4mg, T6,QL	haloperidol inj 5mg/ml, T3	HUMIRA KIT 40MG/0.8, T5,PA
glip/metform tab 2.5-250m, T6,QL	haloperidol tab 0.5mg, T2	HUMIRA PEDIA INJ CROHNS, T5,PA
glip/metform tab 2.5-500m, T6,QL	haloperidol tab 10mg, T2	HUMIRA PEDIA INJ CROHNS, T5,PA
glip/metform tab 5-500mg, T6,QL	haloperidol tab 1mg, T2	HUMIRA PEDIA INJ CROHNS, T5,PA
glipizide tab 10mg, T6,QL	haloperidol tab 20mg, T2	HUMIRA PEDIA INJ CROHNS, T5,PA
glipizide tab 5mg, T6,QL	haloperidol tab 2mg, T2	HUMIRA PEN INJ 40/0.4ML, T5,PA
glipizide er tab 10mg, T6,QL	haloperidol tab 5mg, T2	HUMIRA PEN INJ 40MG/0.8, T5,PA
	HARVONI TAB 90-400MG, T5,PA	

La cobertura de medicamentos varía según la forma de dosificación. Si bien un medicamento puede aparecer en la lista de medicamentos cubiertos, la forma de dosificación particular podría no satisfacer los requisitos de cobertura. Consulte el formulario completo para obtener información detallada sobre cobertura. La mayoría de los medicamentos genéricos están escritos en letras minúsculas. La mayoría de los medicamentos de marca están escritos en letras mayúsculas. Los medicamentos del nivel 6 se encuentran disponibles con un copago de \$0 para obtener un suministro para entre 90 y 100 días en todas las farmacias de la red. Los beneficios de farmacia están sujetos a una lista de medicamentos cubiertos, la cual está sujeta a cambios.

HUMIRA PEN INJ CROHNS, T5,PA
HUMIRA PEN INJ PSORIASI, T5,PA
HUMULIN INJ 70/30, T1,QL
HUMULIN INJ 70/30KWP, T3,QL
HUMULIN N INJ U-100, T1,QL
HUMULIN N INJ U-100KWP, T3,QL
HUMULIN R INJ U-100, T1,QL
HUMULIN R INJ U-500, T3,QL
HUMULIN R INJ U-500, T3,PA
hydralazine tab 100mg, T2
hydralazine tab 10mg, T2
hydralazine tab 25mg, T2
hydralazine tab 50mg, T2
hydrochlorot cap 12.5mg, T1
hydrochlorot tab 12.5mg, T1
hydrochlorot tab 25mg, T1
hydrochlorot tab 50mg, T1
hydroco/apap sol 7.5-325, T3,QL
hydroco/apap tab 10-300mg,
T3,QL
hydroco/apap tab 10-325mg,
T2,QL
hydroco/apap tab 5-300mg, T3,QL
hydroco/apap tab 5-325mg, T2,QL
hydroco/apap tab 7.5-300, T3,QL
hydroco/apap tab 7.5-325, T2,QL
hydrocod/ibu tab 10-200mg,
T2,QL
hydrocod/ibu tab 5-200mg, T2,QL
hydrocod/ibu tab 7.5-200, T2,QL
hydrocort cre 1%, T1
hydrocort cre 2.5%, T1
hydrocort ene 100mg, T3
hydrocort lot 2.5%, T2
hydrocort oin 1%, T1
hydrocort oin 2.5%, T1
hydrocort tab 10mg, T2
hydrocort tab 20mg, T2
hydrocort tab 5mg, T2
hydromorphon inj 10mg/ml, T3,PA
hydromorphon inj 50mg/5ml,
T3,PA

hydromorphon liq 1mg/ml, T3,QL
hydromorphon tab 2mg, T3,QL
hydromorphon tab 4mg, T3,QL
hydromorphon tab 8mg, T3,QL
hydroxychlor tab 200mg, T2
hydroxyurea cap 500mg, T2
hydroxyz hcl syp 10mg/5ml, T2
hydroxyz hcl tab 10mg, T2
hydroxyz hcl tab 25mg, T2
hydroxyz hcl tab 50mg, T2
hydroxyz pam cap 25mg, T2
hydroxyz pam cap 50mg, T2

I

ibandronate tab 150mg, T2,QL
IBRANCE CAP 100MG, T5,PA,QL
IBRANCE CAP 125MG, T5,PA,QL
IBRANCE CAP 75MG, T5,PA,QL
ibu tab 600mg, T1,QL
ibu tab 800mg, T1,QL
ibuprofen sus 100/5ml, T2,QL
ibuprofen tab 400mg, T1,QL
ibuprofen tab 600mg, T1,QL
ibuprofen tab 800mg, T1,QL
ICLUSIG TAB 15MG, T5,PA,QL
ICLUSIG TAB 45MG, T5,PA,QL
IDHIFA TAB 100MG, T5,PA,QL
IDHIFA TAB 50MG, T5,PA,QL
ILEVRO DRO 0.3% OP, T3
imatinib mes tab 100mg, T5,PA,QL
imatinib mes tab 400mg, T5,PA,QL
IMBRUVICA CAP 140MG, T5,PA,QL
IMBRUVICA CAP 70MG, T5,PA,QL
IMBRUVICA TAB 140MG, T5,PA,QL
IMBRUVICA TAB 280MG, T5,PA,QL
IMBRUVICA TAB 420MG, T5,PA,QL
IMBRUVICA TAB 560MG, T5,PA,QL
imipenem/cil inj 250mg, T3
imipenem/cil inj 500mg, T3
imipram hcl tab 10mg, T2
imipram hcl tab 25mg, T2
imipram hcl tab 50mg, T2
imiquimod cre 5%, T4

IMOVAX RABIE INJ 2.5/ML, T3,PA
INCRELEX INJ 40MG/4ML, T5
INCRUSE ELPT INH 62.5MCG,
T3,QL
indapamide tab 1.25mg, T2
indapamide tab 2.5mg, T2
indomethacin cap 25mg, T2,QL
indomethacin cap 50mg, T2,QL
indomethacin cap 75mg er, T3,QL
INFANRIX INJ, T3
INLYTA TAB 1MG, T5,PA,QL
INLYTA TAB 5MG, T5,PA,QL
INSULIN SYRG MIS 0.3/31G, T2
INSULIN SYRG MIS 0.5/30G, T2
INSULIN SYRG MIS 1ML/29G, T2
INSULIN SYRG MIS 1ML/31G, T2
INTELENCE TAB 100MG, T5,QL
INTELENCE TAB 200MG, T5,QL
INTELENCE TAB 25MG, T4,QL
intralipid inj 20%, T4,PA
INTRON A INJ 10MU, T5
INTRON A INJ 18MU, T5
INTRON A INJ 18MU, T5
INTRON A INJ 25MU, T5
INTRON A INJ 50MU, T5
introvale tab, T2
INVANZ INJ 1GM, T5
INVEGA SUST INJ 117/0.75,
T5,PA,QL
INVEGA SUST INJ 156MG/ML,
T5,PA,QL
INVEGA SUST INJ 234/1.5,
T5,PA,QL
INVEGA SUST INJ 39/0.25,
T4,PA,QL
INVEGA SUST INJ 78/0.5ML,
T5,PA,QL
INVEGA TRINZ INJ 273MG,
T5,PA,QL
INVEGA TRINZ INJ 410MG,
T5,PA,QL

GUÍA DE SIGLAS:

PA: Autorización previa
QL: Límites de cantidad
ST: Tratamiento escalonado

N 1: Medicamentos genéricos preferidos
N 2: Medicamentos genéricos
N 3: Medicamentos de marca preferidos

N 4: Medicamentos de marca
no preferidos
N 5: Medicamentos especializados
N 6: Medicamentos de atención selecta

INVEGA TRINZ INJ 546MG, T5,PA,QL
 INVEGA TRINZ INJ 819MG, T5,PA,QL
 INVIRASE CAP 200MG, T5,QL
 INVIRASE TAB 500MG, T5,QL
 INVOKAMET TAB 150-1000, T3,QL
 INVOKAMET TAB 150-500, T3,QL
 INVOKAMET TAB 50-1000, T3,QL
 INVOKAMET TAB 50-500MG, T3,QL
 INVOKAMET XR TAB 150-1000, T3,QL
 INVOKAMET XR TAB 150-500, T3,QL
 INVOKAMET XR TAB 50-1000, T3,QL
 INVOKAMET XR TAB 50-500MG, T3,QL
 INVOKANA TAB 100MG, T3,QL
 INVOKANA TAB 300MG, T3,QL
 IPOL INJ INACTIVE, T3
 ipratropium sol 0.02%inh, T2,PA
 ipratropium spr 0.03%, T2,QL
 ipratropium spr 0.06%, T2,QL
 irbesar/hctz tab 150-12.5, T6,QL
 irbesar/hctz tab 300-12.5, T6,QL
 irbesartan tab 150mg, T6,QL
 irbesartan tab 300mg, T6,QL
 irbesartan tab 75mg, T6,QL
 IRESSA TAB 250MG, T5,PA,QL
 ISENTRESS CHW 100MG, T3,QL
 ISENTRESS CHW 25MG, T3,QL
 ISENTRESS POW 100MG, T4,QL
 ISENTRESS TAB 400MG, T5,QL
 ISENTRESS HD TAB 600MG, T5,QL
 isibloom tab 0.15-30, T2
 isoniazid tab 100mg, T1
 isoniazid tab 300mg, T1
 isosorb din tab 10mg, T2
 isosorb din tab 20mg, T2
 isosorb din tab 30mg, T2
 isosorb din tab 5mg, T2

isosorb mono tab 10mg, T2
 isosorb mono tab 120mg er, T1
 isosorb mono tab 20mg, T2
 isosorb mono tab 30mg er, T1
 isosorb mono tab 60mg er, T1
 isotretinoin cap 10mg, T3
 isotretinoin cap 20mg, T3
 isotretinoin cap 30mg, T3
 isotretinoin cap 40mg, T3
 isradipine cap 2.5mg, T2
 isradipine cap 5mg, T2
 ISTALOL SOL 0.5% OP, T4
 itraconazole cap 100mg, T4
 ivermectin tab 3mg, T2
 IXIARO INJ, T3

J

JADENU TAB 180MG, T5,PA
 JADENU TAB 360MG, T5,PA
 JADENU TAB 90MG, T5,PA
 JADENU SPRKL GRA 180MG, T5,PA
 JADENU SPRKL GRA 360MG, T5,PA
 JADENU SPRKL GRA 90MG, T5,PA
 JAKAFI TAB 10MG, T5,PA,QL
 JAKAFI TAB 15MG, T5,PA,QL
 JAKAFI TAB 20MG, T5,PA,QL
 JAKAFI TAB 25MG, T5,PA,QL
 JAKAFI TAB 5MG, T5,PA,QL
 jantoven tab 10mg, T1
 jantoven tab 1mg, T1
 jantoven tab 2.5mg, T1
 jantoven tab 2mg, T1
 jantoven tab 3mg, T1
 jantoven tab 4mg, T1
 jantoven tab 5mg, T1
 jantoven tab 6mg, T1
 jantoven tab 7.5mg, T1
 JANUMET TAB 50-1000, T3,QL
 JANUMET TAB 50-500MG, T3,QL
 JANUMET XR TAB 100-1000, T3,QL
 JANUMET XR TAB 50-1000, T3,QL
 JANUMET XR TAB 50-500MG, T3,QL

JANUVIA TAB 100MG, T3,QL
 JANUVIA TAB 25MG, T3,QL
 JANUVIA TAB 50MG, T3,QL
 JARDIANCE TAB 10MG, T3,QL
 JARDIANCE TAB 25MG, T3,QL
 JENTADUETO TAB 2.5-1000, T4,QL
 JENTADUETO TAB 2.5-500, T4,QL
 JENTADUETO TAB 2.5-850, T4,QL
 JENTADUETO TAB XR, T4,QL
 JENTADUETO TAB XR, T4,QL
 jolivettab tab 0.35mg, T2
 juleber tab, T2
 JULUCA TAB 50-25MG, T5,QL
 junel 1.5/30 tab, T2
 junel 1/20 tab, T2
 junel fe tab 1.5/30, T2
 junel fe tab 1/20, T2
 junel fe 24 tab 1/20, T2
 JUXTAPID CAP 10MG, T5,PA
 JUXTAPID CAP 20MG, T5,PA
 JUXTAPID CAP 30MG, T5,PA
 JUXTAPID CAP 40MG, T5,PA
 JUXTAPID CAP 5MG, T5,PA
 JUXTAPID CAP 60MG, T5,PA

K

kaitlib fe chw, T2
 KALETRA TAB 100-25MG, T5,QL
 KALETRA TAB 200-50MG, T5,QL
 KALYDECO PAK 50MG, T5,PA,QL
 KALYDECO PAK 75MG, T5,PA,QL
 KALYDECO TAB 150MG, T5,PA,QL
 kariva tab 28 day, T2
 KCL/D5W/LACT INJ 20MEQ/L, T3
 kcl/d5w/nacl inj .075/.45, T3
 kcl/d5w/nacl inj .15-.45%, T3
 kcl/d5w/nacl inj .15/.33%, T2
 kcl/d5w/nacl inj .224/.45, T2
 kcl/d5w/nacl inj 0.15/0.2, T2
 kcl/d5w/nacl inj 0.3/0.45, T3
 kelnor tab 1/35, T2
 kelnor 1/50 tab, T2
 ketoconazole cre 2%, T3

La cobertura de medicamentos varía según la forma de dosificación. Si bien un medicamento puede aparecer en la lista de medicamentos cubiertos, la forma de dosificación particular podría no satisfacer los requisitos de cobertura. Consulte el formulario completo para obtener información detallada sobre cobertura. La mayoría de los medicamentos genéricos están escritos en letras minúsculas. La mayoría de los medicamentos de marca están escritos en letras mayúsculas. Los medicamentos del nivel 6 se encuentran disponibles con un copago de \$0 para obtener un suministro para entre 90 y 100 días en todas las farmacias de la red. Los beneficios de farmacia están sujetos a una lista de medicamentos cubiertos, la cual está sujeta a cambios.

ketoconazole sha 2%, T2
ketoconazole tab 200mg, T2
KETOPROFEN CAP 50MG, T2,QL
KETOPROFEN CAP 75MG, T2,QL
ketorolac sol 0.4%, T2
ketorolac sol 0.5%, T2
kimidess tab, T2
KINERET INJ, T5,PA
KINRIX INJ, T3
KINRIX INJ, T3
kionex sus 15gm/60, T2
KISQALI TAB 200DOSE, T5,PA,QL
KISQALI TAB 400DOSE, T5,PA,QL
KISQALI TAB 600DOSE, T5,PA,QL
KISQALI 200 PAK FEMARA,
T5,PA,QL
KISQALI 400 PAK FEMARA,
T5,PA,QL
KISQALI 600 PAK FEMARA,
T5,PA,QL
klor-con 10 tab 10meq er, T2
klor-con 8 tab 8meq er, T2
klor-con m10 tab 10meq er, T2
klor-con m20 tab 20meq er, T2
klor-con spr cap 10meq, T2
klor-con spr cap 8meq, T2
KOMBIGLYZ XR TAB 2.5-1000,
T3,QL
KOMBIGLYZ XR TAB 5-1000MG,
T3,QL
KOMBIGLYZ XR TAB 5-500MG,
T3,QL
KORLYM TAB 300MG, T5,PA,QL
kurvelo tab 0.15/30, T2
KUVAN POW 100MG, T5,PA
KUVAN POW 500MG, T5,PA
KUVAN TAB 100MG, T5,PA
KYNAMRO INJ 200MG/ML, T5,PA

L

labetalol tab 100mg, T2
labetalol tab 200mg, T2
labetalol tab 300mg, T2

LACRISERT MIS 5MG OP, T4
lactulose sol 10gm/15, T2
lamivud/zido tab 150-300, T3,QL
lamivudine sol 10mg/ml, T3,QL
lamivudine tab 100mg, T3
lamivudine tab 150mg, T3,QL
lamivudine tab 300mg, T3,QL
lamotrigine chw 25mg, T1
lamotrigine chw 5mg, T1
lamotrigine tab 100mg, T1
lamotrigine tab 150mg, T1
lamotrigine tab 200mg, T1
lamotrigine tab 25mg, T1
lansoprazole cap 15mg dr, T2,QL
lansoprazole cap 30mg dr, T2,QL
lanthanum chw 1000mg, T5
lanthanum chw 500mg, T5
lanthanum chw 750mg, T5
LANTUS INJ 100/ML, T3,QL
LANTUS INJ SOLOSTAR, T3,QL
larin tab 1.5/30, T2
larin tab 1/20, T2
larin fe tab 1.5/30, T2
larin fe tab 1/20, T2
larissia tab, T2
latanoprost sol 0.005%, T1
LATUDA TAB 120MG, T5,PA,QL
LATUDA TAB 20MG, T5,PA,QL
LATUDA TAB 40MG, T5,PA,QL
LATUDA TAB 60MG, T5,PA,QL
LATUDA TAB 80MG, T5,PA,QL
layolis fe chw, T2
LAZANDA SPR 100MCG, T5,PA,QL
LAZANDA SPR 300MCG, T5,PA,QL
LAZANDA SPR 400MCG, T5,PA,QL
leena tab, T2
leflunomide tab 10mg, T2
leflunomide tab 20mg, T2
LENVIMA CAP 10 MG, T5,PA,QL
LENVIMA CAP 14 MG, T5,PA,QL
LENVIMA CAP 18 MG, T5,PA,QL
LENVIMA CAP 20 MG, T5,PA,QL

LENVIMA CAP 24 MG, T5,PA,QL
LENVIMA CAP 8 MG, T5,PA,QL
lessina tab, T2
LETAIRIS TAB 10MG, T5,PA,QL
LETAIRIS TAB 5MG, T5,PA,QL
letrozole tab 2.5mg, T1
LEUCOVOR CA TAB 10MG, T3
LEUCOVOR CA TAB 15MG, T3
leucovor ca tab 25mg, T3
leucovor ca tab 5mg, T3
LEUKERAN TAB 2MG, T5
LEUKINE INJ 250MCG, T5
leuprolide inj 1mg/0.2, T5
LEVEMIR INJ, T3,QL
LEVEMIR INJ FLEXTouc, T3,QL
levetiraceta sol 100mg/ml, T2
levetiraceta tab 1000mg, T2
levetiraceta tab 250mg, T2
levetiraceta tab 500mg, T2
levetiraceta tab 750mg, T2
levobunolol sol 0.5% op, T1
levocarnitin sol 1gm/10ml, T2
levocarnitin tab 330mg, T3
levocetirizi tab 5mg, T1
levo-eth est tab 90-20mcg, T2
levoflox/d5w inj 500/100m, T3
levoflox/d5w inj 750/150, T3
levofloxacin inj 25mg/ml, T3
LEVOFLOXACIN SOL 25MG/ML, T3
levofloxacin tab 250mg, T1
levofloxacin tab 500mg, T1
levofloxacin tab 750mg, T1
levonest tab, T2
levonor/ethi tab, T2
levonor/ethi tab 0.1-0.02, T2
levonor/ethi tab estradio, T2
levonor/ethi tab estradio, T2
levonor/ethi tab estradio, T2
levonor/ethi tab estradio, T2
levora-28 tab 0.15/30, T2
levo-t tab 100mcg, T1
levo-t tab 112mcg, T1

GUÍA DE SIGLAS:

PA: Autorización previa
QL: Límites de cantidad
ST: Tratamiento escalonado

N 1: Medicamentos genéricos preferidos
N 2: Medicamentos genéricos
N 3: Medicamentos de marca preferidos

N 4: Medicamentos de marca
no preferidos
N 5: Medicamentos especializados
N 6: Medicamentos de atención selecta

levo-t tab 125mcg, T1
 levo-t tab 137mcg, T1
 levo-t tab 150mcg, T1
 levo-t tab 175mcg, T1
 levo-t tab 200 mcg, T1
 levo-t tab 25mcg, T1
 levo-t tab 300 mcg, T1
 levo-t tab 50mcg, T1
 levo-t tab 75mcg, T1
 levo-t tab 88mcg, T1
 levothyroxin tab 100mcg, T1
 levothyroxin tab 112mcg, T1
 levothyroxin tab 125mcg, T1
 levothyroxin tab 137mcg, T1
 levothyroxin tab 150mcg, T1
 levothyroxin tab 175mcg, T1
 levothyroxin tab 200mcg, T1
 levothyroxin tab 25mcg, T1
 levothyroxin tab 300mcg, T1
 levothyroxin tab 50mcg, T1
 levothyroxin tab 75mcg, T1
 levothyroxin tab 88mcg, T1
 levoxyl tab 100mcg, T1
 levoxyl tab 112mcg, T1
 levoxyl tab 125mcg, T1
 levoxyl tab 137mcg, T1
 levoxyl tab 150mcg, T1
 levoxyl tab 175mcg, T1
 levoxyl tab 200mcg, T1
 levoxyl tab 25mcg, T1
 levoxyl tab 50mcg, T1
 levoxyl tab 75mcg, T1
 levoxyl tab 88mcg, T1
 LEXIVA SUS 50MG/ML, T4,QL
 lido/prilocn cre 2.5-2.5%, T4,PA,QL
 lidocaine gel 2% jelly, T4,PA,QL
 lidocaine oin 5%, T4,PA,QL
 lidocaine pad 5%, T4,PA,QL
 lidocaine sol 2% visc, T2
 lidocaine sol 4%, T3,PA,QL
 LINDANE SHA 1%, T3
 linezolid inj 2mg/ml, T5

linezolid sus 100/5ml, T5,PA
 linezolid tab 600mg, T5,PA
 LINZESS CAP 145MCG, T3,PA
 LINZESS CAP 290MCG, T3,PA
 LINZESS CAP 72MCG, T3,PA
 liothyronine tab 25mcg, T2
 liothyronine tab 50mcg, T2
 liothyronine tab 5mcg, T2
 lisinop/hctz tab 10-12.5, T6
 lisinop/hctz tab 20-12.5, T6
 lisinop/hctz tab 20-25mg, T6
 lisinopril tab 10mg, T6
 lisinopril tab 2.5mg, T6
 lisinopril tab 20mg, T6
 lisinopril tab 30mg, T6
 lisinopril tab 40mg, T6
 lisinopril tab 5mg, T6
 LITHIUM SOL 8MEQ/5ML, T3
 lithium carb cap 150mg, T1
 lithium carb cap 300mg, T1
 lithium carb cap 600mg, T1
 lithium carb tab 300mg, T1
 lithium carb tab 300mg er, T2
 lithium carb tab 450mg er, T2
 LONSURF TAB 15-6.14, T5,PA,QL
 LONSURF TAB 20-8.19, T5,PA,QL
 looperamide cap 2mg, T2
 lopin/riton sol 80-20/ml, T5,QL
 lorazepam tab 0.5mg, T1
 lorazepam tab 1mg, T1
 lorazepam tab 2mg, T1
 lorcet tab 5-325mg, T2,QL
 lorcet hd tab 10-325mg, T2,QL
 lorcet plus tab 7.5-325, T2,QL
 loryna tab 3-0.02mg, T2
 losartan pot tab 100mg, T6,QL
 losartan pot tab 25mg, T6,QL
 losartan pot tab 50mg, T6,QL
 losartan/hct tab 100-12.5, T6,QL
 losartan/hct tab 100-25, T6,QL
 losartan/hct tab 50-12.5, T6,QL
 lovastatin tab 10mg, T6,QL

lovastatin tab 20mg, T6,QL
 lovastatin tab 40mg, T6,QL
 low-ogestrel tab, T2
 loxapine cap 10mg, T2
 loxapine cap 25mg, T2
 loxapine cap 50mg, T2
 loxapine cap 5mg, T2
 LUMIGAN SOL 0.01%, T3
 LUPRON DEPOT INJ 11.25MG, T5
 LUPRON DEPOT INJ 22.5MG, T5
 LUPRON DEPOT INJ 3.75MG, T5
 LUPRON DEPOT INJ 30MG, T5
 LUPRON DEPOT INJ 45MG, T5
 LUPRON DEPOT INJ 7.5MG, T5
 lutera tab, T2
 LYNPARZA CAP 50MG, T5,PA,QL
 LYNPARZA TAB 100MG, T5,PA,QL
 LYNPARZA TAB 150MG, T5,PA,QL
 LYRICA CAP 100MG, T3,QL
 LYRICA CAP 150MG, T3,QL
 LYRICA CAP 200MG, T3,QL
 LYRICA CAP 225MG, T3,QL
 LYRICA CAP 25MG, T3,QL
 LYRICA CAP 300MG, T3,QL
 LYRICA CAP 50MG, T3,QL
 LYRICA CAP 75MG, T3,QL
 LYRICA SOL 20MG/ML, T3,QL
 LYSODREN TAB 500MG, T5
 lyza tab 0.35mg, T2

M

magnesium su inj 50%, T2
 magnesium su inj 50%, T2
 malathion lot 0.5%, T3
 MAPROTILINE TAB 25MG, T3,QL
 MAPROTILINE TAB 50MG, T3,QL
 MAPROTILINE TAB 75MG, T3,QL
 marlissa tab 0.15/30, T2
 MARPLAN TAB 10MG, T5
 MATULANE CAP 50MG, T5,PA
 matzim la tab 180mg/24, T3
 matzim la tab 240mg/24, T3
 matzim la tab 300mg/24, T3

La cobertura de medicamentos varía según la forma de dosificación. Si bien un medicamento puede aparecer en la lista de medicamentos cubiertos, la forma de dosificación particular podría no satisfacer los requisitos de cobertura. Consulte el formulario completo para obtener información detallada sobre cobertura. La mayoría de los medicamentos genéricos están escritos en letras minúsculas. La mayoría de los medicamentos de marca están escritos en letras mayúsculas. Los medicamentos del nivel 6 se encuentran disponibles con un copago de \$0 para obtener un suministro para entre 90 y 100 días en todas las farmacias de la red. Los beneficios de farmacia están sujetos a una lista de medicamentos cubiertos, la cual está sujeta a cambios.

matzim la tab 360mg/24, T3	methazolamid tab 25mg, T3	metronidazol gel 0.75%vag, T3
matzim la tab 420mg/24, T3	methazolamid tab 50mg, T4	metronidazol gel 1%, T4
MAVYRET TAB 100-40MG, T5,PA	methenam hip tab 1gm, T3	metronidazol lot 0.75%, T3
meclizine tab 12.5mg, T2	methimazole tab 10mg, T1	metronidazol tab 250mg, T2
meclizine tab 25mg, T2	methimazole tab 5mg, T1	metronidazol tab 500mg, T2
medroxypr ac inj 150mg/ml, T2	methocarbam tab 500mg, T2	mexiletine cap 150mg, T3
medroxypr ac inj 150mg/ml, T2	methocarbam tab 750mg, T2	mexiletine cap 200mg, T3
medroxypr ac tab 10mg, T1	METHOTREXATE INJ 25MG/ML, T3	mexiletine cap 250mg, T2
medroxypr ac tab 2.5mg, T1	methotrexate inj 50mg/2ml, T3	microgestin tab 1.5/30, T2
medroxypr ac tab 5mg, T1	methotrexate tab 2.5mg, T2	microgestin tab 1/20, T2
MEFLOQUINE TAB 250MG, T2	methoxsalen cap 10mg, T5	microgestin tab fe 1/20, T2
megestrol ac sus 40mg/ml, T2	methscopolam tab 2.5mg, T2	microgestin tab fe1.5/30, T2
megestrol ac tab 20mg, T2	methscopolam tab 5mg, T3	midodrine tab 10mg, T2
megestrol ac tab 40mg, T2	methylphenid tab 10mg, T2,QL	midodrine tab 2.5mg, T2
MEKINIST TAB 0.5MG, T5,PA,QL	methylphenid tab 20mg, T2,QL	midodrine tab 5mg, T2
MEKINIST TAB 2MG, T5,PA,QL	methylphenid tab 20mg er, T3,QL	MIGERGOT SUP 2/100, T5
meloxicam tab 15mg, T1,QL	methylphenid tab 5mg, T2,QL	MIGRANAL SPR 4MG/ML, T5,QL
meloxicam tab 7.5mg, T1,QL	methylpred tab 16mg, T2	mimvey tab 1-0.5mg, T3
memant titra pak 5-10mg, T3,PA	methylpred tab 32mg, T3	mimvey lo tab 0.5-0.1, T3
memantine tab hcl 10mg, T2,PA	methylpred tab 4mg, T2	minitrans dis 0.1mg/hr, T2
memantine tab hcl 5mg, T2,PA	methylpred tab 4mg, T2	minitrans dis 0.2mg/hr, T2
memantine hc sol 2mg/ml, T3,PA	methylpred tab 8mg, T2	minitrans dis 0.4mg/hr, T2
MENACTRA INJ, T3	METHYLTESTOS CAP 10MG, T5,PA	minitrans dis 0.6mg/hr, T2
MENEST TAB 0.3MG, T4,PA	metoclopram sol 5mg/5ml, T1	minocycline cap 100mg, T2
MENEST TAB 0.625MG, T4,PA	metoclopram tab 10mg, T1	minocycline cap 50mg, T2
MENEST TAB 1.25MG, T4,PA	metoclopram tab 5mg, T1	minocycline cap 75mg, T2
MENVEO INJ, T3	metolazone tab 10mg, T2	minocycline tab 100mg, T4
mercaptapur tab 50mg, T3	metolazone tab 2.5mg, T2	minocycline tab 50mg, T3
meropenem inj 1gm, T2	metolazone tab 5mg, T2	minocycline tab 75mg, T3
meropenem inj 500mg, T3	metoprl/hctz tab 100-25mg, T2	minoxidil tab 10mg, T2
mesalamine ene 4gm, T2	metoprl/hctz tab 50-25mg, T2	minoxidil tab 2.5mg, T2
mesalamine tab 1.2gm, T4	metoprol suc tab 100mg er, T1	mirtazapine tab 15mg, T1,QL
MESNEX TAB 400MG, T5	metoprol suc tab 200mg er, T1	mirtazapine tab 15mg odt, T2,QL
MESTINON SYP 60MG/5ML, T5	metoprol suc tab 25mg er, T1	mirtazapine tab 30mg, T1,QL
metadate tab 20mg er, T3,QL	metoprol suc tab 50mg er, T1	mirtazapine tab 30mg odt, T2,QL
metformin tab 1000mg, T6,QL	metoprol tar tab 100mg, T1	mirtazapine tab 45mg, T2,QL
metformin tab 500mg, T6,QL	metoprol tar tab 25mg, T1	mirtazapine tab 45mg odt, T2,QL
metformin tab 500mg er, T6,QL	metoprol tar tab 50mg, T1	mirtazapine tab 7.5mg, T2,QL
metformin tab 750mg er, T6,QL	metron/nacl inj 500mg, T3	misoprostol tab 100mcg, T2
metformin tab 850mg, T6,QL	metronidazol cap 375mg, T3	misoprostol tab 200mcg, T2
methadone tab 10mg, T2,QL	metronidazol cre 0.75%, T3	M-M-R II INJ, T3
methadone tab 5mg, T2,QL	metronidazol gel 0.75%, T3	modafinil tab 100mg, T3,PA,QL

GUÍA DE SIGLAS:

PA: Autorización previa
QL: Límites de cantidad
ST: Tratamiento escalonado

N 1: Medicamentos genéricos preferidos
N 2: Medicamentos genéricos
N 3: Medicamentos de marca preferidos

N 4: Medicamentos de marca no preferidos
N 5: Medicamentos especializados
N 6: Medicamentos de atención selecta

modafinil tab 200mg, T3,PA,QL
 moderiba tab 200mg, T2
 moexipr/hctz tab 15-12.5, T6
 moexipr/hctz tab 15-25mg, T6
 moexipr/hctz tab 7.5-12.5, T6
 moexipril tab 15mg, T6
 moexipril tab 7.5mg, T6
 mometasone cre 0.1%, T2
 mometasone oin 0.1%, T2
 mometasone sol 0.1%, T2
 mometasone spr 50mcg, T4,QL
 mononessa tab, T2
 montelukast chw 4mg, T1
 montelukast chw 5mg, T1
 montelukast gra 4mg, T2
 montelukast tab 10mg, T1
 morgidox cap 1x50mg, T2
 morphine sul sol 100/5ml, T3,QL
 morphine sul sol 10mg/5ml, T3,QL
 morphine sul sol 20mg/5ml, T3,QL
 morphine sul tab 100mg er, T3,QL
 MORPHINE SUL TAB 15MG, T3,QL
 morphine sul tab 15mg er, T3,QL
 morphine sul tab 200mg er, T3,QL
 MORPHINE SUL TAB 30MG, T3,QL
 morphine sul tab 30mg er, T3,QL
 morphine sul tab 60mg er, T3,QL
 MOVIPREP SOL, T4
 MOXEZA SOL 0.5%, T4
 moxifloxacin sol hcl 0.5%, T2
 moxifloxacin tab 400mg, T3
 MULTAQ TAB 400MG, T3
 mupirocin oin 2%, T2
 MYALEPT INJ 11.3MG, T5,PA
 MYCAMINE INJ 100MG, T5
 MYCAMINE INJ 50MG, T5
 mycophenolat cap 250mg, T2,PA
 mycophenolat sus 200mg/ml,
 T5,PA
 mycophenolat tab 500mg, T2,PA
 mycophenolic tab 180mg dr, T3,PA
 mycophenolic tab 360mg dr, T3,PA

myorisan cap 10mg, T3
 myorisan cap 20mg, T3
 myorisan cap 30mg, T3
 myorisan cap 40mg, T3
 MYRBETRIQ TAB 25MG, T4,QL
 MYRBETRIQ TAB 50MG, T4,QL

N

nabumetone tab 500mg, T2,QL
 nabumetone tab 750mg, T2,QL
 nadolol tab 20mg, T2
 nadolol tab 40mg, T2
 nadolol tab 80mg, T2
 nafcillin inj 10gm, T5
 nafcillin inj 1gm, T5
 naloxone inj 0.4mg/ml, T3
 NALOXONE INJ 0.4MG/ML, T3
 NALOXONE INJ 1MG/ML, T3
 naltrexone tab 50mg, T2
 naproxen sus 125/5ml, T3,QL
 naproxen tab 250mg, T1,QL
 naproxen tab 375mg, T1,QL
 naproxen tab 500mg, T1,QL
 naproxen dr tab 375mg, T2,QL
 naproxen dr tab 500mg, T2,QL
 naproxen sod tab 275mg, T3,QL
 naproxen sod tab 550mg, T3,QL
 naratriptan tab 1mg, T2,QL
 naratriptan tab 2.5mg, T3,QL
 NARCAN SPR, T4
 NATACYN SUS 5% OP, T4
 nateglinide tab 120mg, T6,QL
 nateglinide tab 60mg, T6,QL
 NATPARA INJ 100MCG, T5,PA,QL
 NATPARA INJ 25MCG, T5,PA,QL
 NATPARA INJ 50MCG, T5,PA,QL
 NATPARA INJ 75MCG, T5,PA,QL
 NEBUPENT INH 300MG, T4,PA
 necon tab 0.5/35, T2
 necon tab 7/7/7, T2
 NEFAZODONE TAB 100MG, T3
 NEFAZODONE TAB 150MG, T3
 NEFAZODONE TAB 200MG, T3

nefazodone tab 250mg, T3
 nefazodone tab 50mg, T3
 neo/bac/poly oin op, T2
 neo/poly/bac oin /hc 1%op, T2
 neo/poly/dex oin 0.1% op, T2
 neo/poly/dex sus 0.1% op, T2
 neo/poly/gra sol op, T2
 neo/poly/hc sol 1% otic, T2
 neo/poly/hc sus 1% otic, T2
 neomycin tab 500mg, T2
 NERLYNX TAB 40MG, T5,PA,QL
 NEULASTA INJ 6MG/0.6M, T5
 nevirapine tab 100mg, T3,QL
 nevirapine tab 200mg, T2,QL
 nevirapine tab 400mg er, T3,QL
 NEXAVAR TAB 200MG, T5,PA,QL
 NEXIUM GRA 10MG DR, T4,QL
 NEXIUM GRA 2.5MG DR, T4,QL
 NEXIUM GRA 20MG DR, T4,QL
 NEXIUM GRA 40MG DR, T4,QL
 NEXIUM GRA 5MG DR, T4,QL
 niacin er tab 1000mg, T2,QL
 niacin er tab 500mg, T2,QL
 niacin er tab 750mg, T2,QL
 nicardipine cap 20mg, T2
 nicardipine cap 30mg, T3
 NICOTROL INH, T4
 NICOTROL NS SPR 10MG/ML, T4
 nifedipine tab 30mg er, T2
 nifedipine tab 30mg er, T2
 nifedipine tab 60mg er, T2
 nifedipine tab 60mg er, T2
 nifedipine tab 90mg er, T2
 nifedipine tab 90mg er, T2
 nikki tab 3-0.02mg, T2
 nilutamide tab 150mg, T5
 nimodipine cap 30mg, T5
 NINLARO CAP 2.3MG, T5,PA,QL
 NINLARO CAP 3MG, T5,PA,QL
 NINLARO CAP 4MG, T5,PA,QL
 nisoldipine tab 17mg er, T3
 NISOLDIPINE TAB 25.5MG, T3

La cobertura de medicamentos varía según la forma de dosificación. Si bien un medicamento puede aparecer en la lista de medicamentos cubiertos, la forma de dosificación particular podría no satisfacer los requisitos de cobertura. Consulte el formulario completo para obtener información detallada sobre cobertura. La mayoría de los medicamentos genéricos están escritos en letras minúsculas. La mayoría de los medicamentos de marca están escritos en letras mayúsculas. Los medicamentos del nivel 6 se encuentran disponibles con un copago de \$0 para obtener un suministro para entre 90 y 100 días en todas las farmacias de la red. Los beneficios de farmacia están sujetos a una lista de medicamentos cubiertos, la cual está sujeta a cambios.

nisoldipine tab 34mg er, T3
 nisoldipine tab 8.5mg er, T3
 NITRO-BID OIN 2%, T4
 nitrofur mac cap 100mg, T3
 nitrofur mac cap 50mg, T3
 nitrofurantn cap 100mg, T3
 nitrofurantn sus 25mg/5ml, T3
 nitroglycer dis 0.1mg/hr, T2
 nitroglycer dis 0.2mg/hr, T2
 nitroglycer dis 0.4mg/hr, T2
 nitroglycer dis 0.6mg/hr, T2
 nitroglyceri sub 0.6mg, T2
 nitroglycern sub 0.3mg, T2
 nitroglycern sub 0.4mg, T2
 nitroglycrn spr 0.4mg, T3
 nizatidine cap 150mg, T2
 nizatidine cap 300mg, T2
 nora-be tab 0.35mg, T2
 nore/eth/fer chw 0.4mg-35, T2
 noreth/ethin chw fe, T2
 noreth/ethin tab 1/20, T2
 noreth/ethin tab fe 1/20, T2
 norethin ace tab 5mg, T2
 norethindron tab 0.35mg, T2
 norgest/ethi tab 0.25/35, T2
 norgest/ethi tab estradio, T2
 norgest/ethi tab estradio, T2
 norlyroc tab 0.35mg, T2
 NORMOSOL -M INJ /D5W, T4
 NORTHERA CAP 100MG, T5,PA
 NORTHERA CAP 200MG, T5,PA
 NORTHERA CAP 300MG, T5,PA
 nortrel tab 0.5/35, T2
 nortrel tab 1/35, T2
 nortrel tab 1/35, T2
 nortrel tab 7/7/7, T2
 nortriptylin cap 10mg, T2
 nortriptylin cap 25mg, T2
 nortriptylin cap 50mg, T2
 nortriptylin cap 75mg, T2
 nortriptylin sol 10mg/5ml, T2,PA
 NORVIR CAP 100MG, T4,QL

NORVIR SOL 80MG/ML, T4,QL
 NOXAFIL SUS 40MG/ML, T5,PA
 NOXAFIL TAB 100MG, T5,PA
 NUCYNTA ER TAB 100MG,
 T3,PA,QL
 NUCYNTA ER TAB 150MG,
 T3,PA,QL
 NUCYNTA ER TAB 200MG,
 T3,PA,QL
 NUCYNTA ER TAB 250MG,
 T3,PA,QL
 NUCYNTA ER TAB 50MG, T3,PA,QL
 NUEDEXTA CAP 20-10MG,
 T3,PA,QL
 NUPLAZID TAB 17MG, T5,PA,QL
 nutrilipid emu 20%, T4,PA
 nyamyc pow 100000, T3
 nystat/triam cre, T4
 nystat/triam oin, T4
 nystatin cre 100000, T2
 nystatin oin 100000, T2
 nystatin pow 100000, T3
 nystatin sus 100000, T2
 nystatin tab 500000, T2
 nystop pow 100000, T3

O

OCALIVA TAB 10MG, T5,PA,QL
 OCALIVA TAB 5MG, T5,PA,QL
 ocella tab 3-0.03mg, T2
 octreotide inj 1000mcg, T5,PA
 octreotide inj 100mcg, T3,PA
 octreotide inj 200mcg, T3,PA
 octreotide inj 500mcg, T5,PA
 octreotide inj 50mcg/ml, T3,PA
 ODEFSEY TAB, T5,QL
 ODOMZO CAP 200MG, T5,PA,QL
 OFEV CAP 100MG, T5,PA,QL
 OFEV CAP 150MG, T5,PA,QL
 ofloxacin dro 0.3% op, T2
 ofloxacin dro 0.3%otic, T4
 ofloxacin tab 400mg, T2
 olanzapine inj 10mg, T3,PA,QL

olanzapine tab 10mg, T2
 olanzapine tab 10mg odt, T3,QL
 olanzapine tab 15mg, T2
 olanzapine tab 15mg odt, T3,QL
 olanzapine tab 2.5mg, T2
 olanzapine tab 20mg, T2
 olanzapine tab 20mg odt, T3,QL
 olanzapine tab 5mg, T2
 olanzapine tab 5mg odt, T3,QL
 olanzapine tab 7.5mg, T2
 olm med/hctz tab 20-12.5, T6
 olm med/hctz tab 40-12.5, T6
 olm med/hctz tab 40-25mg, T6
 olmesa medox tab 20mg, T6
 olmesa medox tab 40mg, T6
 olmesa medox tab 5mg, T6
 olopatadine dro 0.1%, T2
 olopatadine sol 0.2%, T3
 olopatadine spr 0.6%, T3,QL
 omega-3-acid cap 1gm, T3
 omeprazole cap 10mg, T1,QL
 omeprazole cap 20mg, T1,QL
 omeprazole cap 40mg, T1,QL
 OMNITROPE INJ 10/1.5ML, T5,PA
 OMNITROPE INJ 5.8MG, T5,PA
 OMNITROPE INJ 5/1.5ML, T5,PA
 ondansetron sol 4mg/5ml, T3,PA
 ondansetron tab 24mg, T2,PA
 ondansetron tab 4mg, T2,PA
 ondansetron tab 4mg odt, T2,PA
 ondansetron tab 8mg, T2,PA
 ondansetron tab 8mg odt, T2,PA
 ONFI SUS 2.5MG/ML, T5,PA,QL
 ONFI TAB 10MG, T5,PA,QL
 ONFI TAB 20MG, T5,PA,QL
 ONGLYZA TAB 2.5MG, T3,QL
 ONGLYZA TAB 5MG, T3,QL
 OPSUMIT TAB 10MG, T5,PA,QL
 ORACEA CAP 40MG, T4
 ORALAIR SUB 300 IR, T4,PA,QL
 ORENCIA INJ 125MG/ML, T5,PA
 ORENCIA INJ 50/0.4, T5,PA

GUÍA DE SIGLAS:

PA: Autorización previa
 QL: Límites de cantidad
 ST: Tratamiento escalonado

N 1: Medicamentos genéricos preferidos
 N 2: Medicamentos genéricos
 N 3: Medicamentos de marca preferidos

N 4: Medicamentos de marca
 no preferidos
 N 5: Medicamentos especializados
 N 6: Medicamentos de atención selecta

ORENCIA INJ 87.5/0.7, T5,PA
 ORENCIA CLCK INJ 125MG/ML,
 T5,PA
 ORFADIN CAP 10MG, T5
 ORFADIN CAP 20MG, T5
 ORFADIN CAP 2MG, T5
 ORFADIN CAP 5MG, T5
 ORFADIN SUS 4MG/ML, T5
 ORKAMBI TAB 100-125, T5,PA,QL
 ORKAMBI TAB 200-125, T5,PA,QL
 orsythia tab, T2
 oseltamivir cap 30mg, T3
 oseltamivir cap 45mg, T3
 oseltamivir cap 75mg, T3
 oseltamivir sus 6mg/ml, T3
 OTEZLA TAB 10/20/30, T5,PA
 OTEZLA TAB 30MG, T5,PA
 oxandrolone tab 10mg, T5,PA
 oxandrolone tab 2.5mg, T3,PA
 oxaprozin tab 600mg, T3,QL
 oxcarbazepin sus 300mg/5m, T3
 oxcarbazepin tab 150mg, T2
 oxcarbazepin tab 300mg, T2
 oxcarbazepin tab 600mg, T2
 oxybutynin syp 5mg/5ml, T2,QL
 oxybutynin tab 10mg er, T2,QL
 oxybutynin tab 15mg er, T2,QL
 oxybutynin tab 5mg, T2,QL
 oxybutynin tab 5mg er, T2,QL
 oxycod/apap tab 10-325mg, T3,QL
 oxycod/apap tab 2.5-325, T3,QL
 oxycod/apap tab 5-325mg, T2,QL
 oxycod/apap tab 7.5-325, T2,QL
 oxycod/asa tab, T3,QL
 oxycodone tab 10mg, T2,QL
 oxycodone tab 15mg, T2,QL
 oxycodone tab 20mg, T2,QL
 oxycodone tab 30mg, T2,QL
 oxycodone tab 5mg, T2,QL
 OXYCONTIN TAB 10MG CR,
 T3,PA,QL

OXYCONTIN TAB 15MG CR,
 T3,PA,QL
 OXYCONTIN TAB 20MG CR,
 T3,PA,QL
 OXYCONTIN TAB 30MG CR,
 T3,PA,QL
 OXYCONTIN TAB 40MG CR,
 T3,PA,QL
 OXYCONTIN TAB 60MG CR,
 T3,PA,QL
 OXYCONTIN TAB 80MG CR,
 T3,PA,QL
 OZEMPIC INJ 2/1.5ML, T3,QL,ST
 OZEMPIC INJ 2/1.5ML, T3,QL,ST

P

pacerone tab 200mg, T1
 pacerone tab 400mg, T3
 paliperidone tab er 1.5mg,
 T5,PA,QL
 paliperidone tab er 3mg, T5,PA,QL
 paliperidone tab er 6mg, T5,PA,QL
 paliperidone tab er 9mg, T5,PA,QL
 PANRETIN GEL 0.1%, T5
 pantoprazole tab 20mg, T1,QL
 pantoprazole tab 40mg, T1,QL
 paricalcitol cap 1 mcg, T3
 paricalcitol cap 2 mcg, T3
 paricalcitol cap 4 mcg, T3
 paromomycin cap 250mg, T3
 paroxetine tab 10mg, T1,QL
 paroxetine tab 20mg, T1,QL
 paroxetine tab 30mg, T1,QL
 paroxetine tab 40mg, T1,QL
 PASER GRA 4GM, T4
 PAXIL SUS 10MG/5ML, T4,PA,QL
 PAZEO DRO 0.7%, T3
 PEDIARIX INJ 0.5ML, T3
 PEDVAX HIB INJ, T3
 peg 3350 sol electrol, T2
 peg-3350 sol electrol, T2
 peg-3350/kcl sol /sodium, T2
 PEGANONE TAB 250MG, T4

PEGASYS INJ, T5,PA
 PEGASYS INJ 180MCG/M, T5,PA
 PEGASYS INJ PROCLICK, T5,PA
 PEN G SOD INJ 5000000, T3
 PENICILL GK/ INJ DEX 2MU, T3
 PENICILL GK/ INJ DEX 3MU, T3
 penicillin gk inj 20mu, T3
 PENICILLN VK SOL 125/5ML, T2
 PENICILLN VK SOL 250/5ML, T2
 penicillin vk tab 250mg, T1
 penicillin vk tab 500mg, T1
 PENTAM 300 INJ 300MG, T4,PA
 PENTASA CAP 250MG CR, T4
 PENTASA CAP 500MG CR, T4
 pentoxifylli tab 400mg er, T2
 perindopril tab 2mg, T6
 perindopril tab 4mg, T6
 perindopril tab 8mg, T6
 periogard sol 0.12%, T1
 permethrin cre 5%, T3
 perphenazine tab 16mg, T3
 perphenazine tab 2mg, T3
 perphenazine tab 4mg, T3
 perphenazine tab 8mg, T3
 phenadoz sup 12.5mg, T3
 phenelzine tab 15mg, T2
 phenergan sup 12.5mg, T3
 phenergan sup 25mg, T3
 phenobarb elx 20mg/5ml, T2
 PHENOBARB TAB 100MG, T2
 PHENOBARB TAB 15MG, T2
 phenobarb tab 16.2mg, T2
 PHENOBARB TAB 30MG, T2
 phenobarb tab 32.4mg, T2
 PHENOBARB TAB 60MG, T2
 phenobarb tab 64.8mg, T2
 phenobarb tab 97.2mg, T2
 phenoxybenza cap 10mg, T5
 phenylbutyra pow sodium, T5,PA
 phenytoin chw 50mg, T2
 phenytoin sus 125/5ml, T2
 phenytoin ex cap 100mg, T2

La cobertura de medicamentos varía según la forma de dosificación. Si bien un medicamento puede aparecer en la lista de medicamentos cubiertos, la forma de dosificación particular podría no satisfacer los requisitos de cobertura. Consulte el formulario completo para obtener información detallada sobre cobertura. La mayoría de los medicamentos genéricos están escritos en letras minúsculas. La mayoría de los medicamentos de marca están escritos en letras mayúsculas. Los medicamentos del nivel 6 se encuentran disponibles con un copago de \$0 para obtener un suministro para entre 90 y 100 días en todas las farmacias de la red. Los beneficios de farmacia están sujetos a una lista de medicamentos cubiertos, la cual está sujeta a cambios.

phenytoin ex cap 200mg, T2	POMALYST CAP 4MG, T5,PA,QL	PREDNISONE PAK 10MG, T1
phenytoin ex cap 300mg, T2	portia-28 tab, T2	PREDNISONE PAK 10MG, T1
PHOSLYRA SOL, T3	pot chl/d5w inj 20meq/l, T2	PREDNISONE PAK 5MG, T1
PHOSPHOLINE SOL 0.125%OP, T4	POT CHL/D5W INJ 40MEQ/L, T3	PREDNISONE PAK 5MG, T1
phrenilin cap forte, T3,QL	pot chl/nacl inj 20meq/l, T3	PREDNISONE SOL 5MG/5ML, T2
PICATO GEL 0.015%, T3,QL	pot chloride cap 10meq er, T2	prednisone tab 10mg, T1
PICATO GEL 0.05%, T3,QL	pot chloride cap 8meq er, T2	prednisone tab 1mg, T1
pilocarpine sol 1% op, T2	pot chloride inj 2meq/ml, T2	prednisone tab 2.5mg, T1
pilocarpine sol 2% op, T2	pot chloride inj 2meq/ml, T2	prednisone tab 20mg, T1
pilocarpine sol 4% op, T2	pot chloride sol 10%, T4	PREDNISONE TAB 50MG, T1
pilocarpine tab 5mg, T3	pot chloride tab 10meq er, T2	prednisone tab 5mg, T1
pilocarpine tab 7.5mg, T3	POT CHLORIDE TAB 20MEQ ER, T3	PREMARIN TAB 0.3MG, T4,PA
pimozide tab 1mg, T2	pot chloride tab 8meq er, T2	PREMARIN TAB 0.45MG, T4,PA
pimozide tab 2mg, T2	pot citrate tab 1080mg, T3	PREMARIN TAB 0.625MG, T4,PA
pimtreea tab, T2	pot citrate tab 1620mg, T3	PREMARIN TAB 0.9MG, T4,PA
pindolol tab 10mg, T2	pot citrate tab 540mg er, T3	PREMARIN TAB 1.25MG, T4,PA
pindolol tab 5mg, T2	pot cl micro tab 10meq cr, T2	PREMARIN VAG CRE 0.625MG, T3
pioglit/glim tab 30-2mg, T6,QL	pot cl micro tab 20meq er, T2	premasol sol 6%, T2,PA
pioglit/glim tab 30-4mg, T6,QL	PRADAXA CAP 110MG, T4,QL	PREMPHASE TAB, T4,PA
pioglita/met tab 15-500mg, T6,QL	PRADAXA CAP 150MG, T4,QL	PREMPRO TAB .625-2.5, T4,PA
pioglita/met tab 15-850mg, T6,QL	PRADAXA CAP 75MG, T4,QL	PREMPRO TAB 0.3-1.5, T4,PA
pioglitazone tab 15mg, T6,QL	pramipexole tab 0.125mg, T1	PREMPRO TAB 0.45-1.5, T4,PA
pioglitazone tab 30mg, T6,QL	pramipexole tab 0.25mg, T1	PREMPRO TAB 0.625-5, T4,PA
pioglitazone tab 45mg, T6,QL	pramipexole tab 0.5mg, T1	prevalite pow 4gm pk, T2
piper/tazoba inj 2-0.25gm, T2	pramipexole tab 0.75mg, T1	previfem tab, T2
piper/tazoba inj 3-0.375g, T3	pramipexole tab 1.5mg, T1	PREVYMIS TAB 240MG, T5
piper/tazoba inj 4-0.5gm, T3	pramipexole tab 1mg, T1	PREVYMIS TAB 480MG, T5
pirmella tab 1/35, T2	prasugrel tab 10mg, T3	PREZCOBIX TAB 800-150, T5,QL
piroxicam cap 10mg, T3,QL	prasugrel tab 5mg, T3	PREZISTA SUS 100MG/ML, T5,QL
piroxicam cap 20mg, T3,QL	pravastatin tab 10mg, T6,QL	PREZISTA TAB 150MG, T4,QL
PLEGRIDY INJ, T5,PA,QL	pravastatin tab 20mg, T6,QL	PREZISTA TAB 600MG, T5,QL
PLEGRIDY INJ PEN, T5,PA,QL	pravastatin tab 40mg, T6,QL	PREZISTA TAB 75MG, T4,QL
PLEGRIDY INJ STARTER, T5,PA,QL	pravastatin tab 80mg, T6,QL	PREZISTA TAB 800MG, T5,QL
PLEGRIDY PEN INJ STARTER, T5,PA,QL	prazosin hcl cap 1mg, T2	PRIFTIN TAB 150MG, T4
plenamine inj 15%, T4,PA	prazosin hcl cap 2mg, T2	PRIMAQUINE TAB 26.3MG, T3
podofilox sol 0.5%, T3	prazosin hcl cap 5mg, T2	primidone tab 250mg, T2
polyeth glyc pow 3350 nf, T2	pred sod pho sol 5mg/5ml, T3	primidone tab 50mg, T2
polymyxin b/ sol trimethp, T1	PREDNICARBAT CRE 0.1%, T3	PROAIR HFA AER, T3,QL
POMALYST CAP 1MG, T5,PA,QL	PREDNICARBAT OIN 0.1%, T2	PROAIR RESPI AER, T3,QL
POMALYST CAP 2MG, T5,PA,QL	PREDNISOLONE SOL 15MG/5ML, T2	proben/colch tab 500-0.5, T2
POMALYST CAP 3MG, T5,PA,QL	prednisolone sus 1% op, T3	probenecid tab 500mg, T2
		prochlorper sup 25mg, T3

GUÍA DE SIGLAS:

PA: Autorización previa
QL: Límites de cantidad
ST: Tratamiento escalonado

N 1: Medicamentos genéricos preferidos
N 2: Medicamentos genéricos
N 3: Medicamentos de marca preferidos

N 4: Medicamentos de marca no preferidos
N 5: Medicamentos especializados
N 6: Medicamentos de atención selecta

prochlorper tab 10mg, T2
 prochlorper tab 5mg, T2
 PROCIT INJ 10000/ML, T4,PA
 PROCIT INJ 2000/ML, T4,PA
 PROCIT INJ 20000/ML, T5,PA
 PROCIT INJ 3000/ML, T4,PA
 PROCIT INJ 4000/ML, T4,PA
 PROCIT INJ 40000/ML, T5,PA
 procto-med cre hc 2.5%, T1
 procto-pak cre 1%, T1
 proctosol hc cre 2.5%, T1
 proctozone cre -hc 2.5%, T1
 PROGLYCEM SUS 50MG/ML, T4
 PROLASTIN-C INJ 1000MG, T5,PA
 PROLENSA SOL 0.07%, T4
 PROLIA SOL 60MG/ML, T4,PA
 PROMACTA TAB 12.5MG, T5,PA
 PROMACTA TAB 25MG, T5,PA
 PROMACTA TAB 50MG, T5,PA
 PROMACTA TAB 75MG, T5,PA
 promethazine sup 12.5mg, T3
 promethazine sup 25mg, T3
 promethazine syp 6.25/5ml, T2
 promethazine tab 12.5mg, T2
 promethazine tab 25mg, T2
 promethazine tab 50mg, T2
 promethegan sup 25mg, T3
 propafenone cap 225mg er, T4
 propafenone cap 325mg er, T3
 propafenone cap 425mg sr, T3
 propafenone tab 150mg, T2
 propafenone tab 225mg, T2
 propafenone tab 300mg, T2
 propranolol cap 120mg er, T2
 propranolol cap 160mg er, T2
 propranolol cap 60mg er, T2
 propranolol cap 80mg er, T2
 propranolol tab 10mg, T2
 propranolol tab 20mg, T2
 propranolol tab 40mg, T2
 propranolol tab 60mg, T2
 propranolol tab 80mg, T2

propylthiour tab 50mg, T2
 PROQUAD INJ, T3
 protriptylin tab 10mg, T3,PA
 protriptylin tab 5mg, T3,PA
 PULMOZYME SOL 1MG/ML, T5,PA
 PURIXAN SUS 20MG/ML, T5
 PYLERA CAP, T5
 pyrazinamide tab 500mg, T3
 pyridostigm tab 60mg, T2
 pyridostigmi tab er 180mg, T5

Q

qnapril/hctz tab 10-12.5, T6
 qnapril/hctz tab 20-12.5, T6
 qnapril/hctz tab 20-25mg, T6
 QUADRACEL INJ, T3
 quasense tab, T2
 quetiapine tab 100mg, T2
 quetiapine tab 150mg er, T2,PA,QL
 quetiapine tab 200mg, T2
 quetiapine tab 200mg er, T2,PA,QL
 quetiapine tab 25mg, T2
 quetiapine tab 300mg, T2
 quetiapine tab 300mg er, T2,PA,QL
 quetiapine tab 400mg, T2
 quetiapine tab 400mg er, T2,PA,QL
 quetiapine tab 50mg, T2
 quetiapine tab 50mg er, T2,PA,QL
 quinapril tab 10mg, T6
 quinapril tab 20mg, T6
 quinapril tab 40mg, T6
 quinapril tab 5mg, T6
 quinidine gl tab 324mg cr, T5
 QUINIDINE SU TAB 200MG, T2
 QUINIDINE SU TAB 300MG, T2
 QVAR AER 40MCG, T3,QL
 QVAR AER 80MCG, T3,QL
 QVAR REDIHA AER 80MCG, T3,QL
 QVAR REDIHAL AER 40MCG, T3,QL

R

RABAVERT INJ, T3,PA
 rabeprazole tab 20mg, T2,QL
 raloxifene tab 60mg, T2

ramipril cap 1.25mg, T6
 ramipril cap 10mg, T6
 ramipril cap 2.5mg, T6
 ramipril cap 5mg, T6
 RANEXA TAB 1000MG, T3,QL
 RANEXA TAB 500MG, T3,QL
 ranitidine cap 150mg, T2
 ranitidine cap 300mg, T2
 ranitidine syp 75mg/5ml, T2
 ranitidine tab 150mg, T1
 ranitidine tab 300mg, T1
 RAPAFLO CAP 4MG, T3,QL
 RAPAFLO CAP 8MG, T3,QL
 RAPAMUNE SOL 1MG/ML, T5,PA
 rasagiline tab 0.5mg, T3
 rasagiline tab 1mg, T4
 REBETOL SOL 40MG/ML, T4
 reclusen tab, T2
 RECOMBIVA HB INJ 10MCG/ML, T3,PA
 RECOMBIVA HB INJ 10MCG/ML, T3,PA
 RECOMBIVA HB INJ 5MCG/0.5, T3,PA
 RECOMBIVA-HB INJ 40MCG/ML, T3,PA
 REGRANEX GEL 0.01%, T5,PA,QL
 RELENZA MIS DISKHALE, T4
 RELISTOR INJ 12/0.6ML, T5,PA
 RELISTOR INJ 12/0.6ML, T5,PA
 RELISTOR INJ 8/0.4ML, T5,PA
 RELISTOR TAB 150MG, T5,PA
 repaglinide tab 0.5mg, T6,QL
 repaglinide tab 1mg, T6,QL
 repaglinide tab 2mg, T6,QL
 REPATHA INJ 140MG/ML, T3,PA,QL
 REPATHA PUSH INJ 420/3.5, T3,PA,QL
 REPATHA SURE INJ 140MG/ML, T3,PA,QL
 RESCRIPTOR TAB 100 MG, T4,QL
 RESCRIPTOR TAB 200MG, T4,QL

La cobertura de medicamentos varía según la forma de dosificación. Si bien un medicamento puede aparecer en la lista de medicamentos cubiertos, la forma de dosificación particular podría no satisfacer los requisitos de cobertura. Consulte el formulario completo para obtener información detallada sobre cobertura. La mayoría de los medicamentos genéricos están escritos en letras minúsculas. La mayoría de los medicamentos de marca están escritos en letras mayúsculas. Los medicamentos del nivel 6 se encuentran disponibles con un copago de \$0 para obtener un suministro para entre 90 y 100 días en todas las farmacias de la red. Los beneficios de farmacia están sujetos a una lista de medicamentos cubiertos, la cual está sujeta a cambios.

RESTASIS EMU 0.05%, T3,PA,QL
 REVLIMID CAP 10MG, T5,PA,QL
 REVLIMID CAP 15MG, T5,PA,QL
 REVLIMID CAP 2.5MG, T5,PA,QL
 REVLIMID CAP 20MG, T5,PA,QL
 REVLIMID CAP 25MG, T5,PA,QL
 REVLIMID CAP 5MG, T5,PA,QL
 REXULTI TAB 0.25MG, T5,PA,QL
 REXULTI TAB 0.5MG, T5,PA,QL
 REXULTI TAB 1MG, T5,PA,QL
 REXULTI TAB 2MG, T5,PA,QL
 REXULTI TAB 3MG, T5,PA,QL
 REXULTI TAB 4MG, T5,PA,QL
 REYATAZ POW 50MG, T5,QL
 RIBAPAK PAK 1200/DAY, T5
 RIBAPAK PAK 800/DAY, T5
 ribasphere cap 200mg, T2
 ribasphere tab 200mg, T2
 RIBASPHERE TAB 400MG, T5
 RIBASPHERE TAB 600MG, T5
 ribavirin cap 200mg, T2
 ribavirin tab 200mg, T2
 RIDAURA CAP 3MG, T5
 rifabutin cap 150mg, T5
 rifampin cap 150mg, T2
 rifampin cap 300mg, T2
 rifampin inj 600 mg, T5
 riluzole tab 50mg, T3
 risedron sod tab 35mg dr, T3,QL
 risedronate tab 150mg, T3,QL
 risedronate tab 30mg, T3,QL
 risedronate tab 35mg, T3,QL
 risedronate tab 35mg, T3,QL
 risedronate tab 35mg, T3,QL
 risedronate tab 5mg, T3,QL
 RISPERDAL INJ 12.5MG, T4,PA,QL
 RISPERDAL INJ 25MG, T5,PA,QL
 RISPERDAL INJ 37.5MG, T5,PA,QL
 RISPERDAL INJ 50MG, T5,PA,QL
 risperidone sol 1mg/ml, T3,QL
 RISPERIDONE TAB 0.25 ODT, T3,QL
 risperidone tab 0.25mg, T1

risperidone tab 0.5mg, T1
 risperidone tab 0.5mg od, T3,QL
 risperidone tab 1mg, T1
 risperidone tab 1mg odt, T3,QL
 risperidone tab 2mg, T1
 risperidone tab 2mg odt, T3,QL
 risperidone tab 3mg, T1
 risperidone tab 3mg odt, T3,QL
 risperidone tab 4mg, T1
 risperidone tab 4mg odt, T3,QL
 ritonavir tab 100mg, T5,QL
 rivastigmine cap 1.5mg, T3
 rivastigmine cap 3mg, T3
 rivastigmine cap 4.5mg, T3
 rivastigmine cap 6mg, T3
 rivastigmine dis 13.3/24, T4
 rivastigmine dis 4.6mg/24, T4
 rivastigmine dis 9.5mg/24, T4
 rizatriptan tab 10mg, T2,QL
 rizatriptan tab 10mg odt, T2,QL
 rizatriptan tab 5mg, T2,QL
 rizatriptan tab 5mg odt, T2,QL
 ropinirole tab 0.25mg, T2
 ropinirole tab 0.5mg, T2
 ropinirole tab 1mg, T2
 ropinirole tab 2mg, T2
 ropinirole tab 3mg, T2
 ropinirole tab 4mg, T2
 ropinirole tab 5mg, T2
 rosuvastatin tab 10mg, T6,QL
 rosuvastatin tab 20mg, T6,QL
 rosuvastatin tab 40mg, T6,QL
 rosuvastatin tab 5mg, T6,QL
 ROTARIX SUS, T3
 ROTATEQ SOL, T3
 roweepra tab 1000mg, T2
 roweepra tab 500mg, T2
 roweepra tab 750mg, T2
 RUBRACA TAB 200MG, T5,PA,QL
 RUBRACA TAB 250MG, T5,PA,QL
 RUBRACA TAB 300MG, T5,PA,QL
 RYDAPT CAP 25MG, T5,PA,QL

S

SABRIL TAB 500MG, T5
 SAMSCA TAB 15MG, T5,PA
 SAMSCA TAB 30MG, T5,PA
 SANDIMMUNE SOL 100MG/ML, T4,PA
 SANTYL OIN 250/GM, T3
 SAPHRIS SUB 10MG, T4,PA,QL
 SAPHRIS SUB 2.5MG, T4,PA,QL
 SAPHRIS SUB 5MG, T4,PA,QL
 scopolamine dis 1mg/3day, T4
 selegiline cap 5mg, T3
 selegiline tab 5mg, T3
 selenium sul lot 2.5%, T2
 SELZENTRY SOL 20MG/ML, T5,QL
 SELZENTRY TAB 150MG, T5,QL
 SELZENTRY TAB 25MG, T4,QL
 SELZENTRY TAB 300MG, T5,QL
 SELZENTRY TAB 75MG, T5,QL
 SENSIPAR TAB 30MG, T5,PA
 SENSIPAR TAB 60MG, T5,PA
 SENSIPAR TAB 90MG, T5,PA
 SEREVENT DIS AER 50MCG, T3,QL
 sertraline con 20mg/ml, T2,QL
 sertraline tab 100mg, T1,QL
 sertraline tab 25mg, T1,QL
 sertraline tab 50mg, T1,QL
 setlakin tab, T2
 sevelamer pow 0.8gm, T5
 sevelamer pow 2.4gm, T5
 sevelamer tab 800mg, T3
 sharobel tab 0.35mg, T2
 SHINGRIX INJ 50MCG, T3,QL
 SIGNIFOR INJ 0.3MG/ML, T5,PA
 SIGNIFOR INJ 0.6MG/ML, T5,PA
 SIGNIFOR INJ 0.9MG/ML, T5,PA
 sildenafil tab 20mg, T4,PA,QL
 SILENOR TAB 3MG, T3,QL
 SILENOR TAB 6MG, T3,QL
 silver sulfa cre 1%, T2
 SIMBRINZA SUS 1-0.2%, T3
 simvastatin tab 10mg, T6,QL

GUÍA DE SIGLAS:

PA: Autorización previa
 QL: Límites de cantidad
 ST: Tratamiento escalonado

N 1: Medicamentos genéricos preferidos
 N 2: Medicamentos genéricos
 N 3: Medicamentos de marca preferidos

N 4: Medicamentos de marca no preferidos
 N 5: Medicamentos especializados
 N 6: Medicamentos de atención selecta

simvastatin tab 20mg, T6,QL	spironolact tab 100mg, T1	sumatriptan inj 4mg/0.5, T5
simvastatin tab 40mg, T6,QL	spironolact tab 25mg, T1	sumatriptan inj 6mg/0.5, T3
simvastatin tab 5mg, T6,QL	spironolact tab 50mg, T1	sumatriptan inj 6mg/0.5, T3
simvastatin tab 80mg, T6,QL	sprintec 28 tab 28 day, T2	sumatriptan inj 6mg/0.5, T3
sirolimus tab 0.5mg, T3,PA	SPRITAM TAB 1000MG, T4	sumatriptan spr 20mg/act, T3,QL
sirolimus tab 1mg, T3,PA	SPRITAM TAB 250MG, T4	sumatriptan spr 5mg/act, T3,QL
sirolimus tab 2mg, T5,PA	SPRITAM TAB 500MG, T4	sumatriptan tab 100mg, T2,QL
SIRTURO TAB 100MG, T5	SPRITAM TAB 750MG, T5	sumatriptan tab 25mg, T2,QL
SIVEXTRO INJ 200MG, T5	SPRYCEL TAB 100MG, T5,PA,QL	sumatriptan tab 50mg, T2,QL
SIVEXTRO TAB 200MG, T5,PA	SPRYCEL TAB 140MG, T5,PA,QL	SUPRAX CAP 400MG, T4
smz/tmp ds tab 800-160, T1	SPRYCEL TAB 20MG, T5,PA,QL	SUPRAX CHW 100MG, T4
smz-tmp sus 200-40/5, T3	SPRYCEL TAB 50MG, T5,PA,QL	SUPRAX CHW 200MG, T4
smz-tmp tab 400-80mg, T1	SPRYCEL TAB 70MG, T5,PA,QL	SUPREP BOWEL SOL PREP KIT, T4
sod chloride inj 0.45%, T3	SPRYCEL TAB 80MG, T5,PA,QL	SUTENT CAP 12.5MG, T5,PA,QL
sod chloride inj 0.9%, T2	sps sus 15gm/60, T2	SUTENT CAP 25MG, T5,PA,QL
sod poly sul pow, T2	sronyx tab, T2	SUTENT CAP 37.5MG, T5,PA,QL
sod sulfacet sol 10% op, T2	ssd cre 1%, T2	SUTENT CAP 50MG, T5,PA,QL
sodium chlor sol 0.9% irr, T3	stavudine cap 15mg, T2,QL	syeda tab 3-0.03mg, T2
sodium pheny tab 500mg, T5,PA	stavudine cap 20mg, T2,QL	SYLATRON KIT 200MCG, T5,PA
SOLTAMOX SOL 10MG/5ML, T5	stavudine cap 30mg, T2,QL	SYLATRON KIT 300MCG, T5,PA
SOMATULINE INJ 120/.5ML, T5,PA	stavudine cap 40mg, T2,QL	SYLATRON KIT 600MCG, T5,PA
SOMATULINE INJ 60/0.2ML, T5,PA	STELARA INJ 45MG/0.5, T5,PA	SYMBICORT AER 160-4.5, T3,QL
SOMATULINE INJ 90/0.3ML, T5,PA	STELARA INJ 45MG/0.5, T5,PA	SYMBICORT AER 80-4.5, T3,QL
SOMAVERT INJ 10MG, T5,PA	STELARA INJ 90MG/ML, T5,PA	SYMDEKO TAB 100-150, T5,PA,QL
SOMAVERT INJ 15MG, T5,PA	STIMATE SOL 1.5MG/ML, T5	SYMFI LO TAB, T5,QL
SOMAVERT INJ 20MG, T5,PA	STIOLTO AER 2.5-2.5, T3,QL	SYMLINPEN 60 INJ 1000MCG, T5
SOMAVERT INJ 25MG, T5,PA	STIVARGA TAB 40MG, T5,PA,QL	SYMLNPEN 120 INJ 1000MCG, T5
SOMAVERT INJ 30MG, T5,PA	STREPTOMYCIN INJ 1GM, T3	SYNAREL SOL 2MG/ML, T5
SOOLANTRA CRE 1%, T3	STRIBILD TAB, T5,QL	SYNJARDY TAB, T3,QL
sorine tab 120mg, T2	SUBOXONE MIS 12-3MG, T3,QL	SYNJARDY TAB 12.5-500, T3,QL
sorine tab 160mg, T2	SUBOXONE MIS 2-0.5MG, T3,QL	SYNJARDY TAB 5-1000MG, T3,QL
sorine tab 240mg, T2	SUBOXONE MIS 4-1MG, T3,QL	SYNJARDY TAB 5-500MG, T3,QL
sorine tab 80mg, T2	SUBOXONE MIS 8-2MG, T3,QL	SYNRIBO INJ 3.5MG, T5,PA
sotalol af tab 120mg, T2	sucralfate tab 1gm, T2	SYNTHROID TAB 100MCG, T4
sotalol hcl tab 160mg, T2	sulf/pred na sol op, T2	SYNTHROID TAB 112MCG, T4
sotalol hcl tab 240mg, T2	sulfacetamid lot 10%, T3	SYNTHROID TAB 125MCG, T4
sotalol hcl tab 80mg, T2	SULFADIAZINE TAB 500MG, T3	SYNTHROID TAB 137MCG, T4
SOVALDI TAB 400MG, T5,PA	sulfasalazin tab 500mg, T2	SYNTHROID TAB 150MCG, T4
SPIRIVA AER 1.25MCG, T3,QL	sulfasalazin tab 500mg dr, T2	SYNTHROID TAB 175MCG, T4
SPIRIVA CAP HANDIHLR, T3,QL	sulindac tab 150mg, T2,QL	SYNTHROID TAB 200MCG, T4
SPIRIVA SPR 2.5MCG, T3,QL	sulindac tab 200mg, T2,QL	SYNTHROID TAB 25MCG, T4
spirono/hctz tab 25/25, T2	sumatriptan inj 4mg/0.5, T3	SYNTHROID TAB 300MCG, T4

La cobertura de medicamentos varía según la forma de dosificación. Si bien un medicamento puede aparecer en la lista de medicamentos cubiertos, la forma de dosificación particular podría no satisfacer los requisitos de cobertura. Consulte el formulario completo para obtener información detallada sobre cobertura. La mayoría de los medicamentos genéricos están escritos en letras minúsculas. La mayoría de los medicamentos de marca están escritos en letras mayúsculas. Los medicamentos del nivel 6 se encuentran disponibles con un copago de \$0 para obtener un suministro para entre 90 y 100 días en todas las farmacias de la red. Los beneficios de farmacia están sujetos a una lista de medicamentos cubiertos, la cual está sujeta a cambios.

SYNTHROID TAB 50MCG, T4
SYNTHROID TAB 75MCG, T4
SYNTHROID TAB 88MCG, T4

T

TABLOID TAB 40MG, T4
tacrolimus cap 0.5mg, T3,PA
tacrolimus cap 1mg, T3,PA
tacrolimus cap 5mg, T3,PA
tacrolimus oin 0.03%, T3,PA
tacrolimus oin 0.1%, T3,PA
TAFINLAR CAP 50MG, T5,PA,QL
TAFINLAR CAP 75MG, T5,PA,QL
TAGRISSO TAB 40MG, T5,PA,QL
TAGRISSO TAB 80MG, T5,PA,QL
tamoxifen tab 10mg, T2
tamoxifen tab 20mg, T2
tamsulosin cap 0.4mg, T1,QL
TARCEVA TAB 100MG, T5,PA,QL
TARCEVA TAB 150MG, T5,PA,QL
TARCEVA TAB 25MG, T5,PA,QL
TARGRETIN GEL 1%, T5
tarina fe tab 1/20, T2
TASIGNA CAP 150MG, T5,PA,QL
TASIGNA CAP 200MG, T5,PA,QL
TASIGNA CAP 50MG, T5,PA,QL
tazarotene cre 0.1%, T3
tazicef inj 1gm, T3
tazicef inj 2gm, T3
tazicef inj 6gm, T3
TAZORAC CRE 0.05%, T4
TAZORAC GEL 0.05%, T4
TAZORAC GEL 0.1%, T4
taztia xt cap 120mg/24, T2
taztia xt cap 180mg/24, T2
taztia xt cap 240mg/24, T2
taztia xt cap 300mg/24, T2
taztia xt cap 360mg/24, T2
TECFIDERA CAP 120MG, T5,PA,QL
TECFIDERA CAP 240MG, T5,PA,QL
TECFIDERA MIS STARTER, T5,PA,QL
TECHNIVIE TAB, T5,PA
TEFLARO INJ 400MG, T5

TEFLARO INJ 600MG, T5
TEKURNA TAB 150MG, T3,QL
TEKURNA TAB 300MG, T3,QL
TEKURNA HCT TAB 150-12.5,
T3,QL
TEKURNA HCT TAB 150-25MG,
T3,QL
TEKURNA HCT TAB 300-12.5,
T3,QL
TEKURNA HCT TAB 300-25MG,
T3,QL
telmisa/hctz tab 40-12.5, T6,QL
telmisa/hctz tab 80-12.5, T6,QL
telmisa/hctz tab 80-25mg, T6,QL
telmisartan tab 20mg, T6,QL
telmisartan tab 40mg, T6,QL
telmisartan tab 80mg, T6,QL
temazepam cap 15mg, T1,QL
temazepam cap 30mg, T1,QL
TENCON TAB 50-325MG, T3,PA,QL
TENIVAC INJ 5-2LF, T3
tenofovir tab 300mg, T5,QL
terazosin cap 10mg, T1,QL
terazosin cap 1mg, T1,QL
terazosin cap 2mg, T1,QL
terazosin cap 5mg, T1,QL
terbinafine tab 250mg, T1
terbutaline tab 2.5mg, T3
terbutaline tab 5mg, T3
terconazole cre 0.4%, T3
TERCONAZOLE CRE 0.8%, T3
terconazole sup 80mg, T3
testost cyp inj 100mg/ml, T2
testost cyp inj 200mg/ml, T2
testost enan inj 200mg/ml, T3,PA
testosterone gel 1%(25mg),
T4,PA,QL
testosterone gel 1%(50mg),
T4,PA,QL
testosterone gel pump 1%,
T4,PA,QL

testosterone sol 30mg/act,
T3,PA,QL
TET/DIP TOX INJ 2-2 LF, T3
tetrabenazin tab 12.5mg, T5,PA,QL
tetrabenazin tab 25mg, T5,PA,QL
tetracycline cap 250mg, T3
tetracycline cap 500mg, T3
THALOMID CAP 100MG, T5,PA,QL
THALOMID CAP 150MG, T5,PA,QL
THALOMID CAP 200MG, T5,PA,QL
THALOMID CAP 50MG, T5,PA,QL
theophylline tab 100mg cr, T2
theophylline tab 200mg cr, T2
theophylline tab 300mg er, T2
theophylline tab 400mg er, T2
theophylline tab 600mg er, T2
thioridazine tab 100mg, T2
thioridazine tab 10mg, T2
thioridazine tab 25mg, T2
thioridazine tab 50mg, T2
thiothixene cap 10mg, T3
thiothixene cap 1mg, T3
thiothixene cap 2mg, T3
thiothixene cap 5mg, T3
tiagabine tab 12mg, T4
tiagabine tab 16mg, T4
tiagabine tab 2mg, T3
tiagabine tab 4mg, T3
TIGECYCLINE INJ 50MG, T5
TIMOLOL GEL SOL 0.25% OP, T3
TIMOLOL GEL SOL 0.5% OP, T3
timolol mal sol 0.25% op, T1
timolol mal sol 0.5% op, T1
TIMOLOL MAL TAB 10MG, T2
TIMOLOL MAL TAB 20MG, T2
TIMOLOL MAL TAB 5MG, T2
timolol male sol 0.5%, T3
TIVICAY TAB 10MG, T4,QL
TIVICAY TAB 25MG, T5,QL
TIVICAY TAB 50MG, T5,QL
tizanidine cap 2mg, T3
tizanidine cap 4mg, T3

GUÍA DE SIGLAS:

PA: Autorización previa
QL: Límites de cantidad
ST: Tratamiento escalonado

N 1: Medicamentos genéricos preferidos
N 2: Medicamentos genéricos
N 3: Medicamentos de marca preferidos

N 4: Medicamentos de marca
no preferidos
N 5: Medicamentos especializados
N 6: Medicamentos de atención selecta

tizanidine cap 6mg, T3	tranex acid tab 650mg, T3	tri-lo tab estaryl, T2
tizanidine tab 2mg, T2	tranylcyprom tab 10mg, T3	tri-lo- tab sprintec, T2
tizanidine tab 4mg, T2	TRAVATAN Z DRO 0.004%, T3	trilyte sol, T2
tobra/dexame sus 0.3-0.1%, T3	trazodone tab 100mg, T1	trimethoprim tab 100mg, T2
TOBRADEX OIN 0.3-0.1%, T4	trazodone tab 150mg, T1	trimipramine cap 100mg, T3,PA
TOBRAMYCIN INJ 10MG/ML, T3	trazodone tab 300mg, T3	trimipramine cap 25mg, T3,PA
tobramycin inj 40mg/ml, T3	trazodone tab 50mg, T1	trimipramine cap 50mg, T3,PA
tobramycin neb 300/5ml, T5,PA	TRECTOR TAB 250MG, T4	trinessa tab, T2
tobramycin sol 0.3% op, T2	TRELEGY AER ELLIPTA, T3,QL	TRINTELLIX TAB 10MG, T4,QL
tolcapone tab 100mg, T5	TRELSTAR MIX INJ 11.25MG, T5,PA	TRINTELLIX TAB 20MG, T4,QL
TOLMETIN SOD CAP 400MG, T3,QL	TRELSTAR MIX INJ 22.5MG, T5,PA	TRINTELLIX TAB 5MG, T4,QL
tolterodine cap 2mg er, T3,QL	TRELSTAR MIX INJ 3.75MG, T5,PA	tri-previfem tab, T2
tolterodine cap 4mg er, T3,QL	TRESIBA FLEX INJ 100UNIT, T3,QL	tri-sprintec tab, T2
tolterodine tab 1mg, T3,QL	TRESIBA FLEX INJ 200UNIT, T3,QL	TRIUMEQ TAB, T5,QL
tolterodine tab 2mg, T3,QL	tretinoin cap 10mg, T5,PA	trivora-28 tab, T2
topiramate cap 15mg, T3	tretinoin cre 0.025%, T3	tri-vylibra tab, T2
topiramate cap 25mg, T2	tretinoin cre 0.05%, T3	trospium chl cap 60mg er, T2,QL
topiramate tab 100mg, T1	tretinoin cre 0.1%, T3	trospium cl tab 20mg, T2,QL
topiramate tab 200mg, T1	tretinoin gel 0.01%, T3	TRULICITY INJ 0.75/0.5, T4,QL,ST
topiramate tab 25mg, T1	tretinoin gel 0.025%, T3	TRULICITY INJ 1.5/0.5, T4,QL,ST
topiramate tab 50mg, T1	triamcinolon aer 55mcg/ac, T3,QL	TRUMENBA INJ, T3
torsemide tab 100mg, T1	triamcinolon cre 0.025%, T2	TRUVADA TAB 100-150, T5,QL
torsemide tab 10mg, T1	triamcinolon cre 0.1%, T2	TRUVADA TAB 133-200, T5,QL
torsemide tab 20mg, T1	triamcinolon cre 0.5%, T2	TRUVADA TAB 167-250, T5,QL
torsemide tab 5mg, T1	triamcinolon lot 0.025%, T2	TRUVADA TAB 200-300, T5,QL
TOUJEO SOLO INJ 300IU/ML, T3,QL	triamcinolon lot 0.1%, T2	TWINRIX INJ, T3
TOUJEO SOLO INJ 300IU/ML, T3,QL	triamcinolon oin 0.025%, T2	TYBOST TAB 150MG, T3,QL
TOVIAZ TAB 4MG, T3,QL	triamcinolon oin 0.1%, T2	tydemy tab, T3
TOVIAZ TAB 8MG, T3,QL	triamcinolon oin 0.5%, T2	TYKERB TAB 250MG, T5,PA,QL
TRACLEER TAB 125MG, T5,PA,QL	triamcinolon pst den 0.1%, T3	TYPHIM VI INJ, T3
TRACLEER TAB 32MG, T5,PA,QL	triamt/hctz cap 37.5-25, T1	TYPHIM VI INJ, T3
TRACLEER TAB 62.5MG, T5,PA,QL	triamt/hctz tab 37.5-25, T1	
TRADJENTA TAB 5MG, T4,QL	triamt/hctz tab 75-50mg, T1	
tramadol/apap tab 37.5-325, T3,QL	triazolam tab 0.25mg, T3	
tramadol hcl tab 100mg er, T3,QL	triderm cre 0.1%, T2	
tramadol hcl tab 200mg er, T3,QL	trientine cap 250mg, T5,PA,QL	
tramadol hcl tab 300mg er, T2,PA,QL	trifluoperaz tab 10mg, T3	
tramadol hcl tab 50mg, T1,QL	trifluoperaz tab 1mg, T3	
trandolapril tab 1mg, T6	trifluoperaz tab 2mg, T3	
trandolapril tab 2mg, T6	trifluoperaz tab 5mg, T3	
trandolapril tab 4mg, T6	trifluridine sol 1% op, T3	
	tri-legest tab fe, T2	

U

ULORIC TAB 40MG, T3,ST
ULORIC TAB 80MG, T3,ST
unithroid tab 100mcg, T1
unithroid tab 112mcg, T1
unithroid tab 125mcg, T1
unithroid tab 150mcg, T1
unithroid tab 175mcg, T1
unithroid tab 200mcg, T1
unithroid tab 25mcg, T1
unithroid tab 300mcg, T1

La cobertura de medicamentos varía según la forma de dosificación. Si bien un medicamento puede aparecer en la lista de medicamentos cubiertos, la forma de dosificación particular podría no satisfacer los requisitos de cobertura. Consulte el formulario completo para obtener información detallada sobre cobertura. La mayoría de los medicamentos genéricos están escritos en letras minúsculas. La mayoría de los medicamentos de marca están escritos en letras mayúsculas. Los medicamentos del nivel 6 se encuentran disponibles con un copago de \$0 para obtener un suministro para entre 90 y 100 días en todas las farmacias de la red. Los beneficios de farmacia están sujetos a una lista de medicamentos cubiertos, la cual está sujeta a cambios.

unithroid tab 50mcg, T1
 unithroid tab 75mcg, T1
 unithroid tab 88mcg, T1
 UPTRAVI TAB 1000MCG, T5,PA,QL
 UPTRAVI TAB 1200MCG, T5,PA,QL
 UPTRAVI TAB 1400MCG, T5,PA,QL
 UPTRAVI TAB 1600MCG, T5,PA,QL
 UPTRAVI TAB 200/800, T5,PA,QL
 UPTRAVI TAB 200MCG, T5,PA,QL
 UPTRAVI TAB 400MCG, T5,PA,QL
 UPTRAVI TAB 600MCG, T5,PA,QL
 UPTRAVI TAB 800MCG, T5,PA,QL
 ursodiol cap 300mg, T4
 ursodiol tab 250mg, T2
 ursodiol tab 500mg, T2

V

valacyclovir tab 1gm, T2
 valacyclovir tab 500mg, T2
 VALCHLOR GEL 0.016%, T5
 valganciclov sol 50mg/ml, T5
 valganciclov tab 450mg, T5
 valproic acid cap 250mg, T2
 valproic acid sol 250/5ml, T2
 valsart/hctz tab 160-12.5, T6,QL
 valsart/hctz tab 160-25mg, T6,QL
 valsart/hctz tab 320-12.5, T6,QL
 valsart/hctz tab 320-25mg, T6,QL
 valsart/hctz tab 80-12.5, T6,QL
 valsartan tab 160mg, T6,QL
 valsartan tab 320mg, T6,QL
 valsartan tab 40mg, T6,QL
 valsartan tab 80mg, T6,QL
 vancomycin cap 125mg, T3
 vancomycin cap 250mg, T5
 vancomycin inj 1000mg, T4
 vancomycin inj 10gm, T3
 vancomycin inj 500mg, T3
 vandazole gel 0.75%, T3
 VAQTA INJ 25/0.5ML, T3
 VAQTA INJ 25/0.5ML, T3
 VAQTA INJ 50UNT/ML, T3
 VAQTA INJ 50UNT/ML, T3

VARIVAX INJ, T3
 VASCEPA CAP 0.5GM, T3
 VASCEPA CAP 1GM, T3
 velivet pak, T2
 VENCLEXTA TAB 100MG, T5,PA,QL
 VENCLEXTA TAB 10MG, T3,PA,QL
 VENCLEXTA TAB 50MG, T4,PA,QL
 VENCLEXTA TAB START PK,
 T5,PA,QL
 venlafaxine cap 150mg er, T2,QL
 venlafaxine cap 37.5 er, T2,QL
 venlafaxine cap 75mg er, T2,QL
 venlafaxine tab 100mg, T2,QL
 venlafaxine tab 150mg er, T4,QL
 venlafaxine tab 25mg, T2,QL
 venlafaxine tab 37.5 er, T3,QL
 venlafaxine tab 37.5mg, T2,QL
 venlafaxine tab 50mg, T2,QL
 venlafaxine tab 75mg, T2,QL
 venlafaxine tab 75mg er, T4,QL
 VENTAVIS SOL 10MCG/ML,
 T5,PA,QL
 VENTAVIS SOL 20MCG/ML,
 T5,PA,QL
 VENTOLIN HFA AER, T3,QL
 verapamil cap 100mg er, T2
 verapamil cap 120mg er, T2
 verapamil cap 180mg er, T2
 verapamil cap 200mg er, T2
 verapamil cap 240mg er, T2
 verapamil cap 300mg er, T2
 VERAPAMIL CAP 360MG SR, T2
 verapamil tab 120mg, T1
 verapamil tab 120mg er, T1
 verapamil tab 180mg er, T1
 verapamil tab 240mg er, T1
 verapamil tab 40mg, T1
 verapamil tab 80mg, T1
 VERSACLOZ SUS 50MG/ML,
 T5,PA,QL
 VERZENIO TAB 100MG, T5,PA,QL
 VERZENIO TAB 150MG, T5,PA,QL

VERZENIO TAB 200MG, T5,PA,QL
 VERZENIO TAB 50MG, T5,PA,QL
 vestura tab 3-0.02mg, T2
 vicodin tab 5-300mg, T3,QL
 vicodin es tab 7.5-300, T3,QL
 vicodin hp tab 10-300mg, T3,QL
 VICTOZA INJ 18MG/3ML, T3,QL,ST
 VIDEX SOL 4GM, T4,QL
 VIDEX EC CAP 125MG, T4,QL
 VIDEX EC CAP 200MG, T4,QL
 VIDEX EC CAP 250MG, T4,QL
 VIDEX EC CAP 400MG, T4,QL
 VIEKIRA PAK TAB, T5,PA
 VIEKIRA XR TAB, T5,PA
 vienva tab 0.1-20, T2
 vigabatrin pak 500mg, T5
 VIIBRYD KIT STARTER, T4,QL
 VIIBRYD TAB 10MG, T4,QL
 VIIBRYD TAB 20MG, T4,QL
 VIIBRYD TAB 40MG, T4,QL
 VIMPAT SOL 10MG/ML, T3
 VIMPAT TAB 100MG, T3
 VIMPAT TAB 150MG, T3
 VIMPAT TAB 200MG, T3
 VIMPAT TAB 50MG, T3
 VIRACEPT TAB 250MG, T5,QL
 VIRACEPT TAB 625MG, T5,QL
 VIRAMUNE SUS 50MG/5ML, T4,QL
 VIREAD POW 40MG/GM, T5,QL
 VIREAD TAB 150MG, T5,QL
 VIREAD TAB 200MG, T5,QL
 VIREAD TAB 250MG, T5,QL
 VIVITROL INJ 380MG, T5
 voriconazole inj 200mg, T3,PA
 voriconazole sus 40mg/ml, T5,PA
 voriconazole tab 200mg, T5,PA
 voriconazole tab 50mg, T5,PA
 VOSEVI TAB, T5,PA
 VOTRIENT TAB 200MG, T5,PA,QL
 VRAYLAR CAP 1.5MG, T5,PA,QL
 VRAYLAR CAP 3MG, T5,PA,QL
 VRAYLAR CAP 4.5MG, T5,PA,QL

GUÍA DE SIGLAS:

PA: Autorización previa
 QL: Límites de cantidad
 ST: Tratamiento escalonado

N 1: Medicamentos genéricos preferidos
 N 2: Medicamentos genéricos
 N 3: Medicamentos de marca preferidos

N 4: Medicamentos de marca
 no preferidos
 N 5: Medicamentos especializados
 N 6: Medicamentos de atención selecta

VRAYLAR CAP 6MG, T5,PA,QL
vyfemla tab 0.4-35, T2
vylibra tab 0.25-35, T2

W

warfarin tab 10mg, T1
warfarin tab 1mg, T1
warfarin tab 2.5mg, T1
warfarin tab 2mg, T1
warfarin tab 3mg, T1
warfarin tab 4mg, T1
warfarin tab 5mg, T1
warfarin tab 6mg, T1
warfarin tab 7.5mg, T1
wymzya fe chw 0.4mg-35, T2

X

XALKORI CAP 200MG, T5,PA,QL
XALKORI CAP 250MG, T5,PA,QL
XARELTO TAB 10MG, T3,QL
XARELTO TAB 15MG, T3,QL
XARELTO TAB 20MG, T3,QL
XARELTO STAR TAB 15/20MG,
T3,QL
XATMEP SOL 2.5MG/ML, T5,PA
XGEVA INJ, T5,PA
XIFAXAN TAB 550MG, T5
XOLAIR SOL 150MG, T5,PA
XOPENEX HFA AER, T4,QL
XTANDI CAP 40MG, T5,PA,QL
XYREM SOL 500MG/ML, T5,PA,QL

Y

YF-VAX INJ, T3

yuvaferm tab 10mcg, T2

Z

zafirlukast tab 10mg, T3
zafirlukast tab 20mg, T3
zaleplon cap 10mg, T2
zaleplon cap 5mg, T2
zarah tab 3-0.03mg, T2
zebutal cap, T3,QL
ZEJULA CAP 100MG, T5,PA,QL
ZELBORAF TAB 240MG, T5,PA,QL
zenatane cap 10mg, T3
zenatane cap 20mg, T3
zenatane cap 30mg, T3
zenatane cap 40mg, T3
zenchent tab, T2
ZENPEP CAP 10000UNT, T3
ZENPEP CAP 10000UNT, T3
ZENPEP CAP 15000UNT, T3
ZENPEP CAP 20000UNT, T3
ZENPEP CAP 25000, T3
ZENPEP CAP 25000UNT, T3
ZENPEP CAP 3000UNIT, T3
ZENPEP CAP 40000, T3
ZENPEP CAP 5000UNIT, T3
ZENPEP CAP 5000UNIT, T3
zenzedi tab 10mg, T3,QL
zenzedi tab 5mg, T3,QL
ZEPATIER TAB 50-100MG, T5,PA
ZERIT SOL 1MG/ML, T4,QL
zidovudine cap 100mg, T2,QL
zidovudine syp 50mg/5ml, T3,QL
zidovudine tab 300mg, T2,QL

ziprasidone cap 20mg, T2
ziprasidone cap 40mg, T2
ziprasidone cap 60mg, T2
ziprasidone cap 80mg, T2
ZOHYDRO ER CAP 10MG, T4,PA,QL
ZOHYDRO ER CAP 15MG, T4,PA,QL
ZOHYDRO ER CAP 20MG, T4,PA,QL
ZOHYDRO ER CAP 30MG, T4,PA,QL
ZOHYDRO ER CAP 40MG, T4,PA,QL
ZOHYDRO ER CAP 50MG, T4,PA,QL
ZOLINZA CAP 100MG, T5,PA,QL
zolpidem tab 10mg, T1
zolpidem tab 5mg, T1
zolpidem er tab 12.5mg, T3
zolpidem er tab 6.25mg, T3
zonisamide cap 100mg, T2
zonisamide cap 25mg, T2
zonisamide cap 50mg, T2
ZONTIVITY TAB 2.08MG, T4
ZORTRESS TAB 0.25MG, T5,PA
ZORTRESS TAB 0.5MG, T5,PA
ZORTRESS TAB 0.75MG, T5,PA
ZOSTAVAX INJ, T3,QL
zovia 1/35e tab, T2,
zovia 1/50e tab, T2,
ZYDELIG TAB 100MG, T5,PA,QL
ZYDELIG TAB 150MG, T5,PA,QL
ZYKADIA CAP 150MG, T5,PA,QL
ZYPREXA RELP INJ 210MG,
T5,PA,QL
ZYTIGA TAB 250MG, T5,PA,QL
ZYTIGA TAB 500MG, T5,PA,QL



Si tiene preguntas sobre la inscripción, llame al

1-888-979-2247 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)

De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) y de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre (excepto días feriados) o visite alignmenthealthplan.com.

Alignment Health Plan es un plan HMO y HMO SNP que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Alignment Health Plan depende de la renovación del contrato. Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Comuníquese con el plan para obtener más información. Se pueden aplicar limitaciones, copagos y restricciones. El formulario y/o la red de farmacias pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario.

H3815_19032SP_M ACCEPTED



BENEFICIOS ODONTOLÓGICOS DE 2019



Puntos destacados de los beneficios odontológicos de Liberty



La información sobre beneficios que se brinda es un resumen breve, no una descripción completa de los beneficios. Consulte el Directorio odontológico para obtener una lista completa de los beneficios cubiertos/excluidos, los proveedores odontológicos y el acceso a la atención.

Alignment Health Plan ofrece con orgullo los servicios odontológicos a través de LIBERTY Dental Plan. Este plan odontológico integral no tiene prima mensual, no tiene deducibles y posee copagos de bajo costo para más de 250 procedimientos que incluyen controles, limpiezas, cuidado de las encías y trabajos de restauración. Encontrará adjunta una lista de los beneficios odontológicos disponibles para usted.

► Cómo recibir la atención

Los beneficios odontológicos solo están cubiertos si son brindados por un proveedor contratado de LIBERTY Dental Plan. La única vez que usted puede recibir atención fuera de la red de LIBERTY Dental Plan es para obtener los servicios odontológicos de emergencia que se describen luego en esta sección. Recuerde que siempre debe consultar con el consultorio odontológico antes de recibir los servicios para asegurarse de que sea un proveedor de LIBERTY Dental Plan.

► Atención odontológica de emergencia

Todos los consultorios odontológicos de atención primaria afiliados a LIBERTY Dental Plan brindan servicios odontológicos de emergencia durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

En caso de que requiera atención odontológica de emergencia, comuníquese con su odontólogo de atención primaria para programar una cita inmediata. Para recibir atención por afecciones odontológicas urgentes o inesperadas que se producen después del horario de atención o durante los fines de semana, comuníquese con su odontólogo de atención primaria para obtener instrucciones sobre cómo proceder.

Si su odontólogo de atención primaria no está disponible, simplemente comuníquese con cualquier odontólogo certificado para recibir atención. LIBERTY Dental Plan le

reembolsará los gastos odontológicos hasta un máximo de \$75, menos los copagos aplicables.

Alignment Health Plan brinda cobertura para servicios odontológicos de emergencia solo si los servicios son necesarios para aliviar un dolor intenso o una hemorragia, o si cree, en forma razonable, que el hecho de no recibir un diagnóstico o tratamiento para la afección puede causarle una discapacidad, disfunción o lesión permanente para su salud.

► Cómo obtener atención odontológica de emergencia

Los servicios y la atención odontológica de emergencia que cubre LIBERTY Dental Plan incluyen, como define el Código de Salud y Seguridad, una prueba de detección dental, un examen, una evaluación realizada por un odontólogo o un especialista en odontología para determinar si existe una afección odontológica de emergencia, para brindar atención que esté en conformidad con los estándares de atención reconocidos a nivel profesional y para aliviar cualquier síntoma de emergencia en un consultorio odontológico. Las emergencias médicas y/o psiquiátricas no están cubiertas por LIBERTY Dental Plan si los servicios se brindan en un entorno hospitalario donde están cubiertos por Alignment Health Plan, o si LIBERTY Dental Plan determina que los servicios no fueron de naturaleza odontológica.

Al momento de la cita, su odontólogo puede recomendar otros procedimientos odontológicos que no se encuentren dentro de los beneficios cubiertos. Los servicios que no están cubiertos pueden incluir implantes, metales especiales utilizados para empastes y coronas u otros servicios. Si su odontólogo recomienda servicios odontológicos que no están cubiertos por este plan, puede hablar con él para ver si hay otras opciones de tratamiento que estén cubiertas. Si elige aceptar los servicios odontológicos que no están cubiertos por este plan, deberá pagar por esos servicios.

Para obtener más información sobre sus beneficios odontológicos, llame gratuitamente al Departamento de Servicios para los miembros de LIBERTY Dental Plan al **1-888-273-3183**, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Los miembros con problemas auditivos o del habla pueden llamar al TTY/TDD **1-800-735-2929**.

Alignment Health Plan es un plan HMO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Alignment Health Plan depende de la renovación del contrato. Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Comuníquese con el plan para obtener más información. Se pueden aplicar limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, el formulario, las primas o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de cada año. Usted debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare. El formulario, la red de farmacias y la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario. Alignment Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Alignment Health Plan no excluye a personas ni las trata diferente por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Atención: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-634-2247 (TTY 711): ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Llame al 1-877-399-2247 (TTY 711). 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-866-634-2247 (TTY 711)。

Beneficios cubiertos

LIBERTY Dental Plan of California, Inc. Plan odontológico preferido de Alignment



CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	COPAGO DEL MIEMBRO
SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO		
D0120	Evaluación oral periódica	\$0.00
D0140	Evaluación oral limitada	\$0.00
D0150	Evaluación oral integral	\$0.00
D0160	Evaluación oral centrada en problema	\$0.00
D0170	Revaluación limitada, centrada en problema	\$0.00
D0171	Revaluación, consulta posoperatoria en el consultorio	\$0.00
D0180	Evaluación periodontal integral	\$0.00
D0210	Intraoral, serie completa de radiografías	\$0.00
D0220	Intraoral, radiografía periapical, primera radiografía	\$2.00
D0230	Intraoral, radiografía periapical, cada radiografía adicional	\$2.00
D0240	Intraoral, radiografía oclusal	\$5.00
D0250	Extraoral, radiografía de proyección en 2D, fuente fija de radiación	\$15.00
D0251	Extraoral, radiografía dental posterior	\$8.00
D0270	Radiografía con aleta de mordida, una radiografía	\$2.00
D0272	Radiografías con aleta de mordida, dos radiografías	\$2.00
D0273	Radiografías con aleta de mordida, tres radiografías	\$5.00
D0274	Radiografías con aleta de mordida, cuatro radiografías	\$2.00
D0277	Radiografías con aleta de mordida vertical, 7 a 8 radiografías	\$30.00
D0330	Radiografía panorámica	\$10.00
D0460	Pruebas de vitalidad pulpar	\$10.00
D0470	Moldes de diagnóstico	\$20.00
SERVICIOS PREVENTIVOS		
D1110	Profilaxis, adultos	\$0.00
D1206	Aplicación tópica de barniz de flúor	\$20.00
D1208	Aplicación tópica de flúor (excepto el barniz)	\$0.00
D1310	Asesoramiento nutricional para control de enfermedades odontológicas	\$0.00
D1320	Asesoramiento sobre consumo de tabaco, control/prevencción de enfermedades orales	\$0.00
D1330	Instrucciones para la higiene oral	\$0.00
D1351	Sellador, por diente	\$10.00
D1352	Restauración preventiva de resina, diente permanente	\$10.00
D1353	Reparación de sellador, por diente	\$0.00
D1510	Espaciador dental, fijo, unilateral	\$60.00
D1515	Espaciador dental, fijo, bilateral	\$90.00
D1520	Espaciador dental, extraíble, unilateral	\$70.00
D1525	Espaciador dental, extraíble, bilateral	\$90.00

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	COPAGO DEL MIEMBRO
D1550	Recementado o refijación de espaciador dental	\$20.00
D1555	Extracción del espaciador dental fijo	\$25.00
RESTAURACIÓN		
D2140	Amalgama, una superficie, primaria o permanente	\$29.00
D2150	Amalgama, dos superficies, primaria o permanente	\$34.00
D2160	Amalgama, tres superficies, primaria o permanente	\$39.00
D2161	Amalgama, cuatro o más superficies, primaria o permanente	\$44.00
D2330	Compuesto a base de resina, una superficie, anterior	\$25.00
D2331	Compuesto a base de resina, dos superficies, anterior	\$39.00
D2332	Compuesto a base de resina, tres superficies, anterior	\$44.00
D2335	Compuesto a base de resina, cuatro o más superficies, ángulo incisal	\$49.00
D2390	Corona de compuesto a base de resina, anterior	\$49.00
D2391	Compuesto a base de resina, una superficie, posterior	\$85.00
D2392	Compuesto a base de resina, dos superficies, posterior	\$120.00
D2393	Compuesto a base de resina, tres superficies, posterior	\$140.00
D2394	Compuesto a base de resina, cuatro o más superficies, posterior	\$165.00
D2510	Incrustación inlay, metálica, una superficie	\$230.00
D2520	Incrustación inlay, metálica, dos superficies	\$250.00
D2530	Incrustación inlay, metálica, tres o más superficies	\$275.00
D2542	Incrustación onlay, metálica, dos superficies	\$300.00
D2543	Incrustación onlay, metálica, tres superficies	\$325.00
D2544	Incrustación onlay, metálica, cuatro o más superficies	\$325.00
D2710	Corona, compuesto a base de resina (indirecto)	\$150.00*
D2720	Corona, resina con metal muy noble	\$250.00*
D2721	Corona, resina con metal predominantemente base	\$225.00*
D2722	Corona, resina con metal noble	\$250.00*
D2740	Corona, sustrato de porcelana/cerámica	\$250.00*
D2750	Corona, porcelana fundida sobre metal muy noble	\$350.00*
D2751	Corona, porcelana fundida sobre metal predominantemente base	\$325.00*
D2752	Corona, porcelana fundida sobre metal noble	\$350.00*
D2780	Corona, $\frac{3}{4}$ metal muy noble fundido	\$350.00*
D2781	Corona, $\frac{3}{4}$ metal predominantemente base fundido	\$325.00
D2782	Corona, $\frac{3}{4}$ metal noble fundido	\$350.00*
D2790	Corona, metal muy noble completamente fundido	\$350.00*
D2791	Corona, metal predominantemente base completamente fundido	\$325.00
D2792	Corona, metal noble completamente fundido	\$350.00*
D2794	Corona, titanio	\$350.00*
D2910	Recementado o refijación de incrustaciones inlay, incrustaciones onlay, laminados o cobertura parcial	\$20.00
D2915	Recementado o refijación de perno y muñón fabricados indirectamente/prefabricados	\$32.00
D2920	Recementado o refijación de corona	\$20.00

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	COPAGO DEL MIEMBRO
D2930	Corona de acero inoxidable prefabricada, diente principal	\$38.00
D2931	Corona de acero inoxidable prefabricada, diente permanente	\$50.00
D2932	Corona de resina prefabricada	\$60.00
D2933	Corona de acero inoxidable prefabricada con carilla de resina	\$50.00
D2940	Restauración de protección	\$20.00
D2950	Reconstrucción de muñón, incluidas todas las espigas cuando sea necesario	\$42.00
D2951	Retención de espiga, por diente, además de la restauración	\$27.00
D2952	Perno y muñón, además de la corona, fabricados indirectamente	\$65.00
D2953	Cada perno adicional fabricado indirectamente, mismo diente	\$50.00
D2954	Perno y muñón prefabricados, además de la corona	\$50.00
D2955	Extracción del perno	\$30.00
D2957	Cada perno adicional prefabricado, mismo diente	\$50.00
D2980	Reparación de corona necesaria por fallas en el material de restauración	\$25.00
ENDODONCIA		
D3110	Revestimiento del esmalte dental, directo (excluida restauración final)	\$15.00
D3120	Revestimiento del esmalte dental, indirecto (excluida restauración final)	\$15.00
D3220	Pulpotomía terapéutica (excluida restauración final)	\$26.00
D3230	Terapia pulpar, diente anterior principal (excluida restauración final)	\$30.00
D3240	Terapia pulpar, diente posterior principal (excluida restauración final)	\$30.00
D3310	Terapia de endodoncia, diente anterior (excluida restauración final)	\$195.00
D3320	Terapia de endodoncia, premolar (excluida restauración final)	\$255.00
D3330	Terapia de endodoncia, molar (excluida restauración final)	\$295.00
D3346	Nuevo tratamiento de previo tratamiento de conducto, anterior	\$165.00
D3347	Nuevo tratamiento de previo tratamiento de conducto, premolar	\$255.00
D3348	Nuevo tratamiento de tratamiento de conducto previo, molar	\$295.00
D3351	Apexificación/recalcificación, consulta inicial	\$42.00
D3352	Apexificación/recalcificación, reemplazo de medicamento intermedio	\$22.00
D3353	Apexificación/recalcificación, consulta final	\$22.00
D3410	Apicectomía, anterior	\$180.00
D3421	Apicectomía, premolar (primera raíz)	\$195.00
D3425	Apicectomía, molar (primera raíz)	\$225.00
D2950	Reconstrucción de muñón, incluidas todas las espigas cuando sea necesario	\$42.00
D2951	Retención de espiga, por diente, además de la restauración	\$27.00
D2952	Perno y muñón, además de la corona, fabricados indirectamente	\$65.00
D2953	Cada perno adicional fabricado indirectamente, mismo diente	\$50.00
D2954	Perno y muñón prefabricados, además de la corona	\$50.00
D2955	Extracción del perno	\$30.00
D2957	Cada perno adicional prefabricado, mismo diente	\$50.00
D2980	Reparación de corona necesaria por fallas en el material de restauración	\$25.00

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	COPAGO DEL MIEMBRO
ENDODONCIA		
D3110	Revestimiento del esmalte dental, directo (excluida restauración final)	\$15.00
D3120	Revestimiento del esmalte dental, indirecto (excluida restauración final)	\$15.00
D3220	Pulpotomía terapéutica (excluida restauración final)	\$26.00
D3230	Terapia pulpar, diente anterior principal (excluida restauración final)	\$30.00
D3240	Terapia pulpar, diente posterior principal (excluida restauración final)	\$30.00
D3310	Terapia de endodoncia, diente anterior (excluida restauración final)	\$195.00
D3320	Terapia de endodoncia, premolar (excluida restauración final)	\$255.00
D3330	Terapia de endodoncia, molar (excluida restauración final)	\$295.00
D3346	Nuevo tratamiento de previo tratamiento de conducto, anterior	\$165.00
D3347	Nuevo tratamiento de previo tratamiento de conducto, premolar	\$255.00
D3348	Nuevo tratamiento de tratamiento de conducto previo, molar	\$295.00
D3351	Apexificación/recalcificación, consulta inicial	\$42.00
D3352	Apexificación/recalcificación, reemplazo de medicamento intermedio	\$22.00
D3353	Apexificación/recalcificación, consulta final	\$22.00
D3410	Apicectomía, anterior	\$180.00
D3421	Apicectomía, premolar (primera raíz)	\$195.00
D3425	Apicectomía, molar (primera raíz)	\$225.00
D3426	Apicectomía (cada raíz adicional)	\$75.00
D3430	Obturación retrógrada, por raíz	\$60.00
D3450	Amputación radicular, por raíz	\$95.00
D3920	Hemisección, no incluye tratamiento de conducto	\$95.00
PERIODONCIA		
D4210	Gingivectomía o gingivoplastia, cuatro o más dientes por cuadrante	\$195.00
D4211	Gingivectomía o gingivoplastia, de uno a tres dientes por cuadrante	\$60.00
D4212	Gingivectomía o gingivoplastia, procedimiento de restauración, por diente	\$0.00
D4240	Procedimiento de colgajo gingival, cuatro o más dientes por cuadrante	\$300.00
D4241	Procedimiento de colgajo gingival, de uno a tres dientes por cuadrante	\$300.00
D4260	Cirugía ósea, cuatro o más dientes por cuadrante	\$375.00
D4261	Cirugía ósea, de uno a tres dientes por cuadrante	\$375.00
D4274	Procedimiento de cuña distal o proximal	\$195.00
D4341	Raspado periodontal y alisado radicular, cuatro o más dientes por cuadrante	\$45.00
	Raspado periodontal y alisado radicular, de uno a tres dientes por cuadrante	
D4342	DIRECTRIZ para los códigos D4341 / D4342: no más de dos (2) cuadrantes de escala periodontal y cepillado de raíz por cita / por día son permitidos.	\$45.00
D4355	Desbridamiento de toda la boca	\$50.00
D4381	Administración localizada de agentes antimicrobianos/por diente	\$35.00
D4910	Mantenimiento periodontal	\$40.00
D4920	Cambio de vendaje no programado (otro que no sea el odontólogo que lo atiende o su personal)	\$20.00

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	COPAGO DEL MIEMBRO
PROSTODONCIA - EXTRAÍBLE		
D5110	Dentadura postiza completa, maxilar	\$385.00
D5120	Dentadura postiza completa, mandibular	\$385.00
D5130	Dentadura postiza inmediata, maxilar	\$385.00
D5140	Dentadura postiza inmediata, mandibular	\$385.00
D5211	Dentadura postiza parcial maxilar, base de resina	\$360.00
D5212	Dentadura postiza parcial mandibular, base de resina	\$360.00
D5213	Dentadura postiza parcial maxilar, metal fundido, base de resina	\$420.00
D5214	Dentadura postiza parcial mandibular, metal fundido, base de resina	\$420.00
D5221	Dentadura postiza parcial inmediata maxilar, base de resina	\$360.00
D5222	Dentadura postiza parcial inmediata mandibular, base de resina	\$360.00
D5223	Dentadura postiza parcial inmediata maxilar, estructura de metal fundido, base de dentadura de resina	\$420.00
D5224	Dentadura postiza parcial inmediata mandibular, estructura de metal fundido, base de dentadura de resina	\$420.00
D5410	Ajuste de dentadura postiza completa, maxilar	\$20.00
D5411	Ajuste de dentadura postiza completa, mandibular	\$20.00
D5421	Ajuste de dentadura postiza parcial, maxilar	\$20.00
D5422	Ajuste de dentadura postiza parcial, mandibular	\$20.00
D5511	Reparación de base de dentadura postiza completa con rotura, mandibular	\$55.00
D5512	Reparación de base de dentadura postiza completa con rotura, maxilar	\$55.00
D5520	Reemplazo de diente roto o perdido, dentadura postiza completa	\$25.00
D5611	Reparación de base de dentadura postiza con rotura parcial de resina, mandibular	\$35.00
D5612	Reparación de base de dentadura postiza con rotura parcial de resina, maxilar	\$35.00
D5621	Reparación de estructura fundida, mandibular	\$35.00
D5622	Reparación de estructura fundida, maxilar	\$35.00
D5630	Reparación o reemplazo de cierre roto, por diente	\$25.00
D5640	Reemplazo de diente roto, por diente	\$25.00
D5650	Agregado de diente a dentadura postiza parcial existente	\$30.00
D5660	Agregado de cierre a dentadura postiza parcial existente, por diente	\$30.00
D5710	Reparación de base de dentadura postiza maxilar completa	\$165.00
D5711	Reparación de base de dentadura postiza mandibular completa	\$165.00
D5720	Reparación de base de dentadura postiza parcial maxilar	\$145.00
D5721	Reparación de base de dentadura postiza parcial mandibular	\$145.00
D5730	Reforrado de dentadura postiza maxilar completa, en el consultorio	\$135.00
D5731	Reforrado de dentadura postiza mandibular completa, en el consultorio	\$135.00
D5740	Reforrado de dentadura postiza parcial maxilar, en el consultorio	\$85.00
D5741	Reforrado de dentadura postiza parcial mandibular, en el consultorio	\$85.00
D5750	Reforrado de dentadura postiza maxilar completa, en el laboratorio	\$140.00
D5751	Reforrado de dentadura postiza mandibular completa, en el laboratorio	\$140.00

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	COPAGO DEL MIEMBRO
D5760	Reforrado de dentadura postiza parcial maxilar, en el laboratorio	\$130.00
D5761	Reforrado de dentadura postiza parcial mandibular, en el laboratorio	\$130.00
D5810	Dentadura postiza completa intermedia, maxilar	\$425.00
D5811	Dentadura postiza completa intermedia, mandibular	\$425.00
D5820	Dentadura postiza parcial intermedia, maxilar	\$165.00
D5821	Dentadura postiza parcial intermedia, mandibular	\$165.00
D5850	Acondicionamiento del tejido, maxilar	\$40.00
D5851	Acondicionamiento del tejido, mandibular	\$40.00
D5863	Sobredentadura, maxilar completo	\$425.00
D5865	Sobredentadura, mandíbula completa	\$425.00
SERVICIOS DE IMPLANTES		
D6092	Recementado o refijación de corona con implante/pilar	\$45.00
D6093	Recementado o refijación de dentadura postiza parcial fija (FPD) con implante/pilar	\$65.00
PROSTODONCIA - DENTADURAS FIJAS		
D6210	Póntico, metal muy noble fundido	\$220.00*
D6211	Póntico, metal predominantemente base fundido	\$220.00
D6212	Póntico, metal noble fundido	\$220.00*
D6214	Póntico, titanio	\$220.00*
D6240	Póntico, porcelana fundida sobre metal muy noble	\$220.00*
D6241	Póntico, porcelana fundida sobre metal predominantemente base	\$280.00*
D6242	Póntico, porcelana fundida sobre metal noble	\$280.00*
D6250	Póntico, resina con metal muy noble	\$250.00*
D6251	Póntico, resina con metal predominantemente base	\$225.00*
D6252	Póntico, resina con metal noble	\$195.00*
D6545	Retenedor, metal fundido para prótesis fija adherida con resina	\$140.00*
D6549	Retenedor de resina, para prótesis fija adherida con resina	\$140.00
D6720	Corona del retenedor, resina con metal muy noble	\$250.00*
D6721	Corona del retenedor, resina con metal predominantemente base	\$225.00*
D6722	Corona del retenedor, resina con metal noble	\$250.00*
D6750	Corona del retenedor, porcelana fundida sobre metal muy noble	\$325.00*
D6751	Corona del retenedor, porcelana fundida sobre metal predominantemente base	\$295.00*
D6752	Corona del retenedor, porcelana fundida sobre metal noble	\$310.00*
D6780	Corona del retenedor, ¾ metal muy noble fundido	\$295.00*
D6781	Corona del retenedor, ¾ metal predominantemente base fundido	\$310.00
D6782	Corona del retenedor, ¾ metal noble fundido	\$310.00*
D6790	Corona del retenedor, metal muy noble completamente fundido	\$325.00*
D6791	Corona del retenedor, metal predominantemente base completamente fundido	\$250.00
D6792	Corona del retenedor, metal noble completamente fundido	\$295.00*
D6794	Corona del retenedor, titanio	\$325.00*

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	COPAGO DEL MIEMBRO
D6920	Barra conectora	\$130.00
D6930	Recementado o refijación de dentadura postiza parcial fija	\$40.00
D6980	Reparación de dentadura postiza parcial fija, fallas en el material de restauración	\$40.00
CIRUGÍA BUCAL Y MAXILOFACIAL		
D7111	Extracción, restos de corona, primera dentición	\$25.00
D7140	Extracción, diente brotado o raíz expuesta	\$35.00
D7210	Extracción quirúrgica de diente brotado	\$48.00
D7220	Extracción de diente impactado, tejido blando	\$68.00
D7230	Extracción de diente impactado, parcialmente en hueso	\$100.00
D7240	Extracción de diente impactado, completamente en hueso	\$130.00
D7241	Extracción de diente impactado, completamente en hueso, complicación	\$140.00
D7250	Extracción quirúrgica de restos radiculares del diente, procedimiento de corte	\$70.00
D7260	Cierre de fístula buco-antral	\$250.00
D7270	Reimplantación/estabilización de diente, accidente	\$185.00
D7280	Acceso quirúrgico de diente sin brotar	\$130.00
D7285	Biopsia incisiva de tejido bucal, duro (hueso, diente)	\$95.00
D7286	Biopsia incisiva de tejido bucal, blando	\$130.00
D7290	Cirugía de reposicionamiento del diente	\$115.00
D7310	Alveoloplastia con extracciones, cuatro o más dientes por cuadrante	\$75.00
D7311	Alveoloplastia con extracciones, de uno a tres dientes por cuadrante	\$75.00
D7320	Alveoloplastia sin extracciones, cuatro o más dientes por cuadrante	\$105.00
D7321	Alveoloplastia sin extracciones, de uno a tres dientes por cuadrante	\$105.00
D7410	Extirpación de lesión benigna de hasta 1.25 cm	\$140.00
D7411	Extirpación de lesión benigna superior a 1.25 cm	\$140.00
D7471	Extracción de exostosis lateral, maxilar y mandíbula	\$165.00
D7510	Incisión y drenaje de absceso, tejido blando intraoral	\$60.00
D7520	Incisión y drenaje de absceso, tejido blando extraoral	\$165.00
D7960	Frenilectomía (frenectomía o frenotomía), procedimiento separado	\$85.00
D7970	Extirpación de tejido hiperplásico, por arco	\$165.00
D7971	Extirpación de encía pericoronar	\$85.00
SERVICIOS GENERALES COMPLEMENTARIOS		
D9110	Tratamiento paliativo (emergencia), procedimiento menor	\$20.00
D9210	Anestesia local que no se brinda en conjunto, procedimientos operativos o quirúrgicos	\$0.00
D9211	Anestesia por bloqueo regional	\$0.00
D9212	Anestesia por bloqueo de división trigeminal	\$0.00
D9215	Anestesia local en conjunto con procedimientos operativos o quirúrgicos	\$0.00
D9310	Consulta, que no sea el odontólogo solicitante	\$20.00
D9311	Consulta con un profesional de atención médica	\$0.00

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	COPAGO DEL MIEMBRO
D9430	Consulta en el consultorio, observación, horario regular, ningún otro servicio	\$0.00
D9440	Consulta en el consultorio, después de horas programadas con regularidad	\$20.00
D9450	Presentación de caso, tratamiento detallado y extenso	\$0.00
D9910	Aplicación de medicamento desensibilizante	\$15.00
D9940	Protección contra oclusión, según informe	\$150.00
D9941	Fabricación de protector bucal	\$175.00
D9942	Reparación o reforrado de protección contra oclusión	\$65.00
D9951	Ajuste oclusivo, limitado	\$35.00
D9952	Ajuste oclusivo, completo	\$60.00
D9986	Cita perdida	\$0.00
D9987	Cita cancelada	\$0.00

*El metal base es el beneficio. Si se utiliza un metal noble, un metal muy noble, una aleación de titanio o titanio, se cobrará al miembro un cargo adicional por los costos de laboratorio del metal noble, del metal muy noble, de la aleación de titanio o del titanio.

Las coronas y puentes de resina, porcelana y cualquier resina sobre metal o porcelana sobre metal son un beneficio solo para los dientes anteriores (números de dientes 6-11, 22-27), los primeros premolares (números de dientes 5, 12, 21 y 28) y los segundos premolares (números de dientes 4, 13, 20 y 29). El miembro pagará el costo de laboratorio adicional para agregar resina o porcelana a todas las coronas o puentes de los molares (números de dientes 1-3, 14-19, 30-32).

Excepción: Los implantes y todos los servicios asociados con implantes figuran con el monto real de copago del miembro. No se permite aplicar ningún cargo adicional por el uso de resina o porcelana para procedimientos asociados con implantes.

El monto máximo que debe pagar el miembro para obtener una de resina o porcelana en un molar (número de diente 1-3, 14-19, 30-32) y/o mejorar a metal noble, metal muy noble, aleación de titanio o titanio es \$250.00.

Si el tratamiento necesario está fuera del alcance de la odontología general, LIBERTY Dental Plan se encargará de que reciba los servicios de un especialista dental contratado. Su odontólogo general iniciará el proceso de remisión con LIBERTY Dental Plan. El proceso de remisión debe utilizarse para servicios especializados que se cubrirán con el plan. Las radiografías con fines de diagnóstico son beneficios solo en el consultorio del odontólogo general. El miembro paga el 80 % de los honorarios habituales y usuales del odontólogo para todos los tratamientos especiales.

LIBERTY Dental Plan of California, Inc.
P.O. Box 26110
Santa Ana, CA 92799-6110
www.libertydentalplan.com

Procedimientos odontológicos excluidos



CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO	

Radiografías/Diagnóstico por imágenes

D0290	Imágenes anteroposteriores o laterales craneales y faciales
D0310	Sialografía
D0320	Artrografía de la articulación temporo-mandibular (TMJ), incluida la inyección
D0321	Otras láminas de TMJ, según informe
D0322	Imágenes por tomografía
D0350	Imágenes fotográficas orales/faciales
D0360	TC de haz cónico, obtención de datos craneofaciales
D0362	Haz cónico, reconstrucción de imagen bidimensional
D0363	Haz cónico, reconstrucción de imagen tridimensional

Pruebas y exámenes

D0415	Toma de microorganismos para cultivo
D0416	Cultivo viral
D0421	Prueba genética de susceptibilidad a enfermedades orales
D0425	Pruebas de susceptibilidad a las caries
D0431	Pruebas de prediagnóstico complementarias, anomalías en la mucosa

Laboratorio de patologías orales

D0472	Toma de tejido, examen macroscópico, preparación e informe por escrito
D0473	Toma de tejido, examen macro/microscópico, preparación e informe
D0474	Toma de tejido, examen macro/microscópico, brindar informe
D0480	Toma de frotis citológico exfoliativo
D0486	Toma de muestra de biopsia con cepillo
D0475	Procedimiento de descalcificación
D0476	Tintes especiales para microorganismos
D0477	Tintes especiales, no para microorganismos
D0478	Tintes inmunohistoquímicos
D0479	Hibridización in situ del tejido
D0481	Microscopia electrónica, diagnóstico
D0482	Inmunofluorescencia directa

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
RESTAURACIÓN	

D0483	Inmunofluorescencia indirecta
D0484	Consultas sobre láminas preparadas en otro lado
D0485	Consultas, incluida la preparación de láminas de la biopsia
D0502	Otros procedimientos para patologías orales (según el informe)

RESTAURACIÓN

Restauraciones con lámina de oro

D2410	Lámina de oro, 1 superficie
D2420	Lámina de oro, 2 superficies
D2430	Lámina de oro, 3 superficies

Incrustaciones inlay/onlay

D2610	Incrustación inlay, porcelana/cerámica, 1 superficie
D2620	Incrustación inlay, porcelana/cerámica, 2 superficies
D2630	Incrustación inlay, porcelana/cerámica, 3 o más superficies
D2642	Incrustación onlay, porcelana/cerámica, 2 superficies
D2643	Incrustación onlay, porcelana/cerámica, 3 superficies
D2644	Incrustación onlay, porcelana/cerámica, 4 o más superficies
D2650	Incrustación inlay, compuesto a base de resina, 1 superficie
D2651	Incrustación inlay, compuesto a base de resina, 2 superficies
D2652	Incrustación inlay, compuesto a base de resina, 3 o más superficies
D2662	Incrustación onlay, compuesto a base de resina, 2 superficies
D2663	Incrustación onlay, compuesto a base de resina, 3 superficies
D2664	Incrustación onlay, compuesto a base de resina, 4 o más superficies

Coronas: solo restauraciones simples

D2712	Corona, compuesto a base de $\frac{3}{4}$ de resina (indirecto)
D2783	Corona, $\frac{3}{4}$ de porcelana/cerámica
D2799	Corona provisoria

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
--------	-------------

Otros servicios de restauración

D2934	Corona de acero inoxidable con capa estética prefabricada, diente principal
D2960	Laminado labial (laminado de resina), en el consultorio
D2961	Laminado labial (laminado de resina), en el laboratorio
D2962	Laminado labial (laminado de porcelana), en el laboratorio
D2970	Corona temporal
D2971	Procedimientos adicionales para construir una nueva corona/parcial existente
D2975	Copias

ENDODONCIA

Pulpotomía

D3221	Desbridamiento pulpar, diente principal y permanente
-------	--

Terapia de endodoncia

D3331	Tratamiento de obstrucción de conducto, acceso no quirúrgico
D3332	Terapia de endodoncia incompleta, inoperable, no posible de restaurar
D3333	Reparación de raíz interna de defectos de perforación

Servicios de apicectomía/perirradicular

D3460	Implante endoóseo de endodoncia
D3470	Reimplantación intencional (incluida la férula necesaria)

Otros procedimientos endodónticos

D3910	Procedimiento quirúrgico para aislamiento con dique de goma
D3950	Preparación de canal y colocación de espiga o perno preformado

PERIODONCIA

Servicios de cirugía (incluida la atención habitual posoperatoria)

D4230	Exposición de corona anatómica (4 o más dientes por cuadrante)
D4231	Exposición de corona anatómica (1 o 3 dientes por cuadrante)
D4245	Colgajo posicionado apicalmente
D4249	Alargamiento clínico de corona, tejido duro
D4263	Injerto óseo de reemplazo, primer lugar en el cuadrante
D4264	Injerto óseo de reemplazo, cada lugar adicional en el cuadrante

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
--------	-------------

D4265	Materiales biológicos para ayudar a la regeneración de tejido
D4266	Regeneración guiada del tejido, barrera reabsorbible, por lugar
D4267	Regeneración guiada del tejido, barrera no reabsorbible
D4268	Procedimiento de revisión quirúrgica, por diente
D4270	Procedimiento de injerto de tejido blando del pedículo
D4271	Procedimiento de injerto de tejido blando libre (incluido el sitio donante)
D4273	Procedimiento de injerto de tejido conectivo subepitelial, por diente
D4275	Aloinjerto de tejido blando
D4276	Injerto combinado de pedículo doble y tejido conectivo

Servicios periodontales no quirúrgicos

D4320	Férula temporal, intracoronal
D4321	Férula temporal, extracoronal

PROSTODONCIA – EXTRAÍBLE

Dentaduras postizas parciales (incluye atención de rutina después de la entrega)

D5225	Dentadura postiza parcial maxilar, base flexible
D5226	Dentadura postiza parcial mandibular, base flexible

Reparaciones de dentaduras postizas parciales

D5670	Reemplazo de dientes y estructura de acrílico/metal fundido, maxilar
D5671	Reemplazo de dientes y estructura de acrílico/metal fundido, mandibular

Otros servicios de prostodoncia en dentaduras extraíbles

D5861	Sobredentadura, parcial según informe
D5862	Accesorios de precisión, según informe
D5867	Cambio de partes sustituibles de los accesorios de precisión

SERVICIOS DE IMPLANTES

Servicios de cirugía

D6010	Colocación quirúrgica de implante, implante endóstico
-------	---

Implante soportado por dispositivos protésicos: estructuras de soporte

D6056	Pilar prefabricado, incluye colocación
-------	--

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
--------	-------------

Implante con dispositivos protésicos: coronas simples, con pilar

D6058	Corona de porcelana/cerámica con pilar
D6059	Corona de porcelana/metal muy noble con pilar
D6060	Corona de porcelana/metal base con pilar
D6061	Corona de porcelana/metal noble con pilar
D6062	Corona de metal fundido con pilar, metal muy noble
D6063	Corona de metal fundido con pilar, metal base
D6064	Corona de metal fundido con pilar, metal noble
D6094	Corona con pilar, titanio

Implante con dispositivos protésicos: coronas simples, con implante

D6065	Corona de porcelana/cerámica con implante
D6066	Corona de porcelana/metal con implante
D6067	Corona de metal con implante

Implante con dispositivos protésicos: dentadura parcial fija, con pilar

D6068	Retenedor con pilar para FPD de porcelana/cerámica
D6069	Retenedor con pilar para FPD de porcelana/metal, metal muy noble
D6070	Retenedor con pilar para FPD de porcelana/metal, metal base
D6071	Retenedor con pilar para FPD de porcelana/metal, metal noble
D6072	Retenedor con pilar para FPD de metal fundido, metal muy noble
D6073	Retenedor con pilar para FPD de metal fundido, metal base
D6074	Retenedor con pilar para FPD de metal fundido, metal noble
D6194	Corona del retenedor con pilar para FPD, titanio

Implante con dispositivos protésicos: dentadura parcial fija, con implante

D6075	Retenedor con implante para FPD de cerámica
D6076	Retenedor con implante para FPD de porcelana/FPD de metal

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
--------	-------------

D6077 Retenedor con implante para FPD de metal fundido

PROSTODONCIA - DENTADURAS FIJAS

Pónticos en dentadura postiza parcial fija

D6205	Póntico, compuesto a base de resina indirecto
D6245	Póntico, porcelana/cerámica
D6253	Póntico provisorio

Retenedores en dentaduras postizas parciales fijas: incrustaciones inlay/onlay

D6548	Retenedor, porcelana/cerámica para prótesis fija adherida con resina
D6600	Incrustación inlay, porcelana/cerámica, 2 superficies
D6601	Incrustación inlay, porcelana/cerámica, 3 o más superficies
D6602	Incrustación inlay, metal muy noble fundido, 2 superficies
D6603	Incrustación inlay, metal muy noble fundido, 3 o más superficies
D6604	Incrustación inlay, metal predominantemente base fundido, 2 superficies
D6605	Incrustación inlay, metal predominantemente base fundido, 3 o más superficies
D6606	Incrustación inlay, metal noble fundido, 2 superficies
D6607	Incrustación inlay, metal noble fundido, 3 o más superficies
D6624	Incrustación inlay, titanio
D6608	Incrustación onlay, porcelana/cerámica, 2 superficies
D6609	Incrustación onlay, porcelana/cerámica, 3 o más superficies
D6610	Incrustación onlay, metal muy noble fundido, 2 superficies
D6611	Incrustación onlay, metal muy noble fundido, 3 o más superficies
D6612	Incrustación onlay, metal predominantemente base fundido, 2 superficies
D6613	Incrustación onlay, metal predominantemente base fundido, 3 o más superficies
D6614	Incrustación onlay, metal noble fundido, 2 superficies

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
D6615	Incrustación onlay, metal noble fundido, 3 o más superficies
D6634	Incrustación onlay, titanio

Retenedores en dentaduras postizas parciales fijas: coronas

D6710	Corona, compuesto a base de resina indirecto
D6740	Corona, de porcelana/cerámica
D6783	Corona, ¾ de porcelana/cerámica
D6793	Corona del retenedor provisoria

Otros servicios para dentaduras postizas parciales fijas

D6940	Dispositivo dental flexible
D6950	Accesorios de precisión
D6975	Copias

CIRUGÍA BUCAL Y MAXILOFACIAL

Otros procedimientos de quirúrgicos

D7261	Cierre primario de perforación de senos nasales
D7272	Trasplante de dientes
D7282	Movilización de diente brotado o mal ubicado para facilitar la erupción
D7283	Colocación de dispositivo para facilitar la erupción del diente impactado
D7287	Toma de muestra citológica exfoliativa
D7288	Biopsia con cepillo, toma de muestra transepitelial
D7291	Fibrotomía transeptal/Fibrotomía supracrestal
D7292	Colocación quirúrgica, dispositivo de anclaje temporal, tornillo/placa
D7393	Colocación quirúrgica, dispositivo de anclaje temporal/colgajo
D7294	Colocación quirúrgica, dispositivo de anclaje temporal/sin colgajo

Alveoloplastia: Preparación quirúrgica de rebordes para dentaduras

D7340	Vestibuloplastia, extensión de rebordes, 2.º epitelización
D7350	Vestibuloplastia, extensión de rebordes

Extirpación quirúrgica de lesiones en tejido blando

D7412	Extirpación de lesión benigna, complicado
D7413	Extirpación de lesión maligna de hasta 1.25 cm

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
D7414	Extirpación de lesión maligna mayor a 1.25 cm
D7415	Extirpación de lesión maligna, complicado
D7465	Destrucción de la(s) lesión(es) por método físico/químico

Extirpación quirúrgica de lesiones intraóseas

D7440	Extirpación de tumor maligno de hasta 1.25 cm
D7441	Extirpación de tumor maligno mayor a 1.25 cm
D7450	Extracción de quiste/tumor odontogénico benigno de hasta 1.25 cm
D7451	Extracción de quiste/tumor odontogénico benigno mayor a 1.25 cm
D7460	Extracción de quiste/tumor odontogénico benigno menor a 1.25 cm
D7461	Extracción de quiste/tumor odontogénico benigno mayor a 1.25 cm

Extirpación de tejido óseo

D7472	Extracción de torus palatino
D7473	Extracción de torus mandibular
D7485	Reducción quirúrgica de tuberosidad ósea
D7490	Resección radical de maxilar o mandíbula

Incisión quirúrgica

D7511	Incisión/drenaje de absceso, tejido blando intraoral, complicado
D7521	Incisión/drenaje de absceso, tejido blando extraoral, complicado
D7530	Extracción de cuerpo extraño
D7540	Extracción o reacción que produce cuerpos extraños
D7550	Ostectomía/Secuestrectomía parcial, hueso no vital
D7560	Sinusotomía maxilar, extracción de diente/cuerpo extraño

Otros procedimientos de reparación

D7963	Frenuloplastia
D7980	Sialolitotomía
D7981	Extirpación de glándula salival (según el informe)
D7982	Sialodocoplastia
D7983	Cierre de una fístula salival

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
SERVICIOS GENERALES COMPLEMENTARIOS	

Tratamientos sin clasificación

D9120	División de dentadura postiza parcial fija
-------	--

Anestesia

D9220	Sedación profunda/anestesia general, primeros 30 minutos
D9221	Sedación profunda/anestesia general, cada período de 15 minutos adicionales
D9230	Analgesia, ansiólisis, óxido nitroso
D9241	Sedación/analgesia consciente intravenosa, primeros 30 minutos
D9242	Sedación/analgesia consciente intravenosa, 15 minutos adicionales
D9248	Sedación consciente no intravenosa

Consultas con un profesional

D9410	Visita a domicilio/centro de atención prolongada
D9420	Visita al hospital

Medicamentos

D9610	Medicamento parenteral terapéutico, administración única
D9612	Medicamento parenteral terapéutico, 2 o más administraciones
D9630	Otros medicamentos, según informe

Servicios varios

D9911	Aplicación de resina desensibilizante, por diente
D9920	Administración conductual, según informe
D9930	Tratamiento de complicaciones, posquirúrgicas, inusuales
D9950	Análisis de oclusión, montaje en articulador
D9970	Microabrasión del esmalte
D9971	Odontoplastia, 1 o 2 dientes
D9971	Blanqueamiento dental externo, por arco
D9973	Blanqueamiento dental externo, por diente
D9974	Blanqueamiento dental interno, por diente

Beneficios Cubiertos

ALIGNMENT HEALTH PLAN smartHMO



La siguiente es una lista completa de los procedimientos odontológicos para los cuales los beneficios se pagan bajo este plan. Los procedimientos que no están enumerados no están cubiertos. Este plan no permite beneficios alternativos. Los miembros deben consultar a un proveedor contratado para utilizar los beneficios cubiertos.

Si resulta elegido, el miembro es responsable de todos los procedimientos sin cobertura.

CÓDIGO CDT	DESCRIPCIÓN	COPAGO	LIMITACIONES
SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO			
D0120	Evaluación oral periódica	\$0.00	1 por 6 meses
D0140	Evaluación oral limitada	\$0.00	1 por 6 meses
D0150	Evaluación oral integral	\$0.00	1 por 6 meses
D0210	Intraoral, serie completa de radiografías	\$0.00	1 por 36 meses
D0220	Intraoral, radiografía periapical, primera radiografía	\$0.00	
D0230	Intraoral, radiografía periapical, cada radiografía adicional	\$0.00	
D0270	Radiografía con aleta de mordida, una radiografía	\$0.00	1 cada 12 meses
D0272	Radiografías con aleta de mordida, dos radiografías	\$0.00	1 cada 12 meses
D0273	Radiografías con aleta de mordida, tres radiografías	\$0.00	1 cada 12 meses
D0274	Radiografías con aleta de mordida, cuatro radiografías	\$0.00	1 cada 12 meses
D0277	Radiografías con aleta de mordida vertical, 7 a 8 radiografías	\$18.00	1 cada 12 meses
D0330	Radiografía panorámica	\$30.00	1 por 36 meses
SERVICIOS PREVENTIVOS			
D1110	Profilaxis, adultos	\$0.00	1 cada 6 meses
D1206	Aplicación tópica de barniz de flúor	\$20.00	1 cada 6 meses
D1208	Aplicación tópica de flúor (excepto el barniz)	\$0.00	1 cada 6 meses

PASOS PARA UNA FÁCIL INSCRIPCIÓN

Pasos para inscribirse
Lo que necesitará:



1 Su tarjeta de identificación de Medicare



2 Una lista de los medicamentos que toma



3 El nombre y número de teléfono de su médico de atención primaria

4

Cómo inscribirse En línea



Los beneficiarios de Medicare pueden inscribirse en Alignment Health Plan mediante nuestro sitio web. Visite alignmenthealthplan.com para completar nuestro formulario de inscripción en línea.

5

Inscríbase por teléfono



Llame a Alignment Health Plan al **1-888-979-2247** (los usuarios de TTY deben llamar al 711) de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) y de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre (excepto días feriados).

6

Inscríbase en persona



Inscríbase en persona con un representante de AHP local

INSCRIPCIÓN

QUÉ PUEDE ESPERAR DESPUÉS DE LA INSCRIPCIÓN

Formularios de inscripción recibidos por Alignment Health Plan

Una vez que Alignment Health Plan recibe su inscripción por teléfono, correo postal, fax, un agente o a través de Internet, comenzaremos el proceso inmediato de su inscripción en nuestro plan Medicare Advantage.

Confirmación

En el plazo de 10 días a partir de la inscripción, recibirá una carta de confirmación de inscripción por correo. Mediante esta carta, también se confirma que Medicare ha aprobado su formulario de inscripción.

Aviso de verificación de inscripción

En el plazo de 15 días a partir de la inscripción, recibirá una notificación por correo o por teléfono en la que se le explicarán las pautas y los procedimientos de inscripción en un plan Medicare Advantage; esta se denomina "Requisitos de verificación e inscripción salientes".

Tarjeta de identificación de miembro

En el plazo de 10 días a partir de que se confirma su inscripción, recibirá una tarjeta de identificación de miembro. Lleve su nueva tarjeta de identificación de miembro a todas sus consultas al médico, al hospital y a la farmacia.

Bienvenido a su nuevo plan de salud

Recibirá un sobre grande que contiene documentos importantes del plan. El sobre incluirá una Guía de recursos para miembros, un Formulario de medicamentos y un Programa y directorio odontológico. También incluirá información sobre cómo acceder o solicitar su Evidencia de cobertura, el Directorio de proveedores o el Directorio de farmacias en línea o por correo.

Ayuda adicional

Si reúne los requisitos para recibir la "Ayuda adicional" del estado, recibirá una carta de "LIS" (subsidio por bajos ingresos) en el plazo de 10 días a partir de que se verifica la inscripción.

Alignment Health Plan es un plan HMO con un contrato de Medicare. La inscripción en Alignment Health Plan depende de la renovación del contrato.

H3815_19064SP_M ACCEPTED

2019 FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL DE MEDICARE ADVANTAGE



Usted no puede seleccionar la fecha de entrada en vigencia de su cobertura.
Alignment Health Plan le notificará formalmente cuándo puede comenzar a
utilizar los servicios del plan.

Fecha de entrada en vigencia: _____

Verifique en qué opción de Alignment Health Plan desea inscribirse.

☐ 001 - My Choice Plan (HMO)\$0/mes Condados de Los Angeles, Orange, Riverside y San Bernardino	☐ 011 - AllCare Preferred Plan (HMO) \$0/mes Condado de Stanislaus
☐ 006 - My Choice Plan (HMO)\$0/mes Condados de San Joaquin y Stanislaus	☐ 013 - smartHMO (HMO) \$0/mes Condado de Los Angeles
☐ 007 - My Choice Plan (HMO)\$0/mes Condado de Santa Clara	☐ 015 - Platinum Plan (HMO) \$0/mes Condados de San Bernardino y Riverside
☐ 008 - Platinum Plan (HMO)\$0/mes Condados de Los Angeles y Orange	☐ 016 - Platinum Plan (HMO) \$0/mes Condado de San Diego
☐ 009 - CalPlus Plan (HMO) \$0/mes Parte C \$30.50/mes Parte D* Condados de Los Angeles, Orange, Riverside, San	

** Para CalPlus (HMO) según su nivel de elegibilidad de Medicaid, es posible que no tenga ninguna responsabilidad de costo compartido para su prima de la Parte D.*

Cuéntenos sobre usted (en letra de imprenta)

Nombre tal como figura en su tarjeta de Medicare (Apellido)		(Nombre)	(Inicial del 2.º nombre)
Dirección de residencia permanente		Ciudad	Código postal
Dirección postal (si es diferente de la anterior)		Ciudad	Código postal
Número de teléfono del hogar	Sexo	Cumpleaños (MM/DD/AA)	* Su dirección de correo electrónico (opcional)

Si doy mi dirección de correo electrónico, significa que acepto recibir correos electrónicos sobre mis beneficios, programas de salud y otros servicios del plan. Comprendo que puedo cambiar mis preferencias de correo electrónico en cualquier momento llamando al 1-888-979-2247 (TTY 711) de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad), y de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre (excepto días feriados).

¿Cuál es su idioma principal? (Marque una opción)
☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro _____

¿Cómo preferiría recibir su información de miembro? ☐ Papel ☐ Correo electrónico ☐ CD ☐ Sitio web

Comuníquese con Alignment Health Plan al 1-866-634-2247 (TTY 711) si necesita información en otro formato o idioma que no figure en la lista anterior. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad), y de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre (excepto días feriados).

Ingrese la información de su seguro de Medicare Tome su tarjeta de Medicare para completar esta sección. • Complete estos espacios en blanco de manera que coincidan con su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare - 0 - • Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o de su carta del Seguro Social o la Junta de jubilación para ferroviarios. Debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare para inscribirse en un plan Medicare Advantage.	Nombre (tal como figura en su tarjeta de Medicare): _____ N.º de Miembro/Identificador de beneficiario de Medicare (MBI): _____ Tiene derecho a _____ Fecha de entrada en vigencia _____ HOSPITALARIA (PARTE A) _____ MÉDICA (PARTE B) _____ Debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare para inscribirse en un plan Medicare Advantage.
--	---

Grupo médico	Nombre del médico de atención primaria personal	N.º de ident. del médico de atención primaria/IPA
--------------	---	---

Marque **Sí** o **No** en cada pregunta:

1. ¿Padece enfermedad renal terminal (ESRD)? ☐ Sí ☐ No Si se sometió con éxito a un trasplante de riñón o ya no necesita diálisis de manera regular, <i>adjunte una nota o los registros</i> de su médico para demostrar que se sometió con éxito a un trasplante de riñón o que no necesita diálisis; de lo contrario, es posible que nos comuniquemos con usted para obtener información adicional. 2. ¿Es usted residente de un centro de atención a largo plazo, como un hogar de convalecencia? ☐ Sí ☐ No Si su respuesta es sí, indique: Nombre de la institución _____ Número de teléfono de la institución _____ Dirección de la institución (número y calle) _____ 3. Algunas personas pueden tener otra cobertura para medicamentos, incluidos otros seguros privados, TRICARE, cobertura de beneficios de salud para empleados del gobierno federal, beneficios para veteranos o programas estatales de asistencia farmacéutica. ¿Tendrá otra cobertura para medicamentos con receta además de Alignment Health Plan? ☐ Sí ☐ No Si su respuesta es sí, indique su cobertura e incluya su(s) número(s) de identificación de esta cobertura: Nombre de la otra cobertura _____ N.º de grupo de esta cobertura _____ N.º de ident. de esta cobertura _____ 4. ¿Es usted elegible para el programa estatal de Medicaid (Medi-Cal)? ☐ Sí ☐ No 5. ¿Está usted inscrito en el programa estatal de Medicaid (Medi-Cal)? ☐ Sí ☐ No Si su respuesta es sí, indique su número de Medi-Cal _____ 6. ¿Usted o su cónyuge trabaja? ☐ Sí ☐ No 7. Comprendo que, cuando selecciono mi médico de atención primaria personal, también selecciono el grupo médico, los hospitales y los especialistas asociados con mi médico de atención primaria personal. ☐ Sí ☐ No 8. ¿Recibió un Resumen de beneficios de Alignment Health Plan e instrucciones sobre cómo obtener un Directorio de proveedores? ☐ Sí ☐ No
--

Pago de la prima del plan: Puede pagar su prima mensual del plan (incluida cualquier multa por inscripción tardía que pueda adeudar). También puede pagar su prima mediante deducción automática del cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de jubilación para ferroviarios (RRB) todos los meses. Si se lo evalúa para el monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso de la Parte D, la Administración del Seguro Social se lo notificará. Usted asumirá la responsabilidad de pagar este monto adicional, además de la prima del plan. Este monto se retendrá de su cheque de beneficios del Seguro Social, o bien Medicare o la RRB lo facturará directamente. NO pague el IRMAA de la Parte D de Alignment Health Plan.

Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar el 75% de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no quedarán sujetas a un período sin cobertura ni a una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para recibir estos beneficios de ahorros y no lo saben. Para obtener más información sobre esta ayuda adicional, comuníquese con su oficina local del Seguro Social, o bien llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-325-0778. También puede solicitar ayuda adicional en línea en www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp.

Si reúne los requisitos para obtener ayuda adicional con los costos de cobertura para medicamentos con receta de Medicare, Medicare pagará parte o la totalidad de la prima del plan. Si Medicare paga solo una parte de esta prima, le facturaremos el monto que Medicare no cubre. Si no selecciona una opción de pago, obtendrá una factura cada mes.

Seleccione la opción de pago de prima del plan y/o de pago por inscripción tardía:

- ☐ Recepción de una factura
- ☐ Deducción automática del cheque de beneficios mensual del Seguro Social o de la Junta de jubilación para ferroviarios (RRB). (La deducción del Seguro Social/RRB puede hacerse efectiva después de dos meses o más de que el Seguro Social o la RRB apruebe dicha deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB acepta su solicitud de deducción automática, la primera deducción del cheque de beneficios del Seguro Social o la RRB incluirá todas las primas adeudadas a partir de la fecha de entrada en vigencia de su inscripción hasta el momento en que comienza la retención. Si el Seguro Social o la RRB no aprueba su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura impresa de las primas mensuales).

Lea esta información importante

Si actualmente tiene cobertura de salud de un empleador o sindicato, su inscripción en Alignment Health Plan podría afectar los beneficios de salud que recibe de dicho empleador o sindicato. Podría perder la cobertura de salud de su empleador o sindicato si se inscribe en Alignment Health Plan. Lea los comunicados que le envía su empleador o sindicato. Si tiene preguntas, visite su sitio web o comuníquese con la oficina que figura en los comunicados. Si no hay ninguna información de contacto, el administrador de los beneficios o la oficina que responde preguntas sobre su cobertura pueden ayudarle.

Lea y firme a continuación

Tras completar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente:

Alignment Health Plan es un plan Medicare Advantage y tiene un contrato con el gobierno federal. Tendré que conservar las Partes A y B de Medicare. Puedo inscribirme solo en un plan Medicare Advantage por vez; asimismo, comprendo que mi inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan de salud o plan de medicamentos con receta de Medicare. Es mi responsabilidad informarle acerca de cualquier cobertura para medicamentos con receta que tenga o pueda tener en el futuro. Comprendo que, si no tengo cobertura para medicamentos con receta de Medicare, o una cobertura para medicamentos con receta acreditable (tan buena como la de Medicare), es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía si me inscribo en la cobertura para medicamentos con receta de Medicare en el futuro. La inscripción en el plan es, generalmente, para todo el año. Una vez que me inscriba, puedo abandonar este plan o realizar cambios solo en determinados momentos del año cuando haya un período de inscripción disponible (ejemplo: desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año), o bien en ciertas circunstancias especiales.

Alignment Health Plan brinda servicios en un área de servicio específica. Si me voy del área en la que Alignment Health Plan brinda sus servicios, debo notificárselo al plan de modo que pueda cancelar mi inscripción y encontrar otro plan en mi nueva área. Una vez que me convierto en miembro de Alignment Health Plan, tengo derecho de apelar las decisiones del plan acerca del pago o los servicios si no estoy de acuerdo con algún aspecto. Cuando reciba la Evidencia de cobertura de Alignment Health Plan, leeré dicho documento para conocer las reglas que debo seguir a fin de obtener cobertura con este plan Medicare Advantage. Comprendo que las personas que tienen Medicare generalmente no están cubiertas conforme a Medicare mientras se encuentran fuera del país, excepto por la cobertura limitada que reciben cerca de la frontera de los EE. UU.

Comprendo que, a partir de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura de Alignment Health Plan, debo obtener mi atención médica de Alignment Health Plan, excepto en casos de emergencia o si necesito servicios de atención de urgencia o servicios de

diálisis fuera del área. Se cubrirán los servicios que autorice Alignment Health Plan, como también otros servicios incluidos en mi Evidencia de cobertura de Alignment Health Plan (también conocida como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor). Sin autorización, NI MEDICARE NI ALIGNMENT HEALTH PLAN PAGARÁN POR ESTOS SERVICIOS.

Comprendo que, si obtengo asistencia de un agente de ventas, intermediario u otra persona empleada o contratada por Alignment Health Plan, esta persona puede recibir un pago en función de mi inscripción en Alignment Health Plan.

Divulgación de información: Si me inscribo en este plan de salud de Medicare, acepto que Alignment Health Plan divulgará mi información ante Medicare y otros planes según sea necesario para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. Asimismo, acepto que Alignment Health Plan divulgará mi información, incluida información sobre eventos con mis medicamentos con receta, a Medicare, quien puede compartirla para fines de investigación y de otro tipo que cumplirán con los estatutos y reglamentos federales aplicables. La información de este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Comprendo que, si proporciono información falsa en este formulario de manera intencional, se cancelará mi inscripción en el plan.

Comprendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada a actuar en mi nombre conforme a las leyes del estado en donde vivo) en esta solicitud significa que he leído y comprendido su contenido. Si una persona autorizada (según se describe anteriormente) firma este documento, esto certifica lo siguiente: 1) que esta persona está autorizada en virtud de las leyes estatales para completar esta inscripción y 2) que la documentación de esta autoridad se encuentra disponible de Medicare a pedido.

Firma _____ Fecha de hoy _____

Si usted es el representante autorizado, debe firmar arriba y brindar la siguiente información:

Nombre _____ Dirección _____

Número de teléfono _____ Relación con la persona inscrita _____

Nombre del contacto de emergencia _____ N.º de teléfono del contacto de emergencia _____

Correo electrónico del contacto de emergencia _____ Relación con la persona inscrita _____

Nombre del representante de ventas (si recibe asistencia con la inscripción):

Firma del representante de ventas que realiza la inscripción _____ N.º de ident. de ventas _____

Nombre en letra de imprenta _____ Fecha _____

Número de teléfono _____

Solo para uso oficial:

ICEP/IEP: _____ AEP: _____ SEP (tipo): _____ No elegible: _____

2019 FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL DE MEDICARE ADVANTAGE



Usted no puede seleccionar la fecha de entrada en vigencia de su cobertura. Alignment Health Plan le notificará formalmente cuándo puede comenzar a utilizar los servicios del plan.

Fecha de entrada en vigencia: _____

☐ **010 - Heart & Diabetes (HMO SNP)** \$0/mes
Condado de Los Ángeles y Orange

Cuéntenos sobre usted (en letra de imprenta)

Nombre tal como figura en su tarjeta de Medicare (Apellido)		(Nombre)	(Inicial del 2.º nombre)
Dirección de residencia permanente		Ciudad	Código postal
Dirección postal (si es diferente de la anterior)		Ciudad	Código postal
Número de teléfono del hogar	Sexo	Cumpleaños (MM/DD/AA)	*Su dirección de correo electrónico (Opcional)

Si doy mi dirección de correo electrónico, significa que acepto recibir correos electrónicos sobre mis beneficios, programas de salud y otros servicios del plan. Comprendo que puedo cambiar mis preferencias de correo electrónico en cualquier momento llamando al 1-888-979-2247 (TTY 711) de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana desde 1 de octubre hasta el 31 de marzo (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad), y de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre (excepto días feriados).

¿Cuál es su idioma principal? (Marque una opción)
☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro _____

¿Cómo preferiría recibir su información de miembro? ☐ Papel ☐ Correo electrónico ☐ CD ☐ Sitio web

Comuníquese con Alignment Health Plan al 1-866-634-2247 (TTY 711) si necesita información en otro formato o idioma que no figure en la lista anterior. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad), y de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre (excepto días feriados).

Ingrese la información de su seguro de Medicare Tome su tarjeta de Medicare para completar esta sección. - Complete estos espacios en blanco de manera que coincidan con su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare. 0 - Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o de su carta del Seguro Social o la Junta de jubilación para ferroviarios. Debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare para inscribirse en un plan Medicare Advantage.	Nombre (tal como figura en su tarjeta de Medicare): _____ N.º de Miembro/Identificador de beneficiario de Medicare (MBI): _____-_____ Tiene derecho a _____ Fecha de entrada en vigencia _____ HOSPITALARIA (PARTE A) _____ MÉDICA (PARTE B) _____ Debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare para inscribirse en un plan Medicare Advantage.
---	--

Grupo médico	Nombre del médico de atención primaria personal	N.º de ident. del médico de atención primaria/IPA
--------------	---	---

Marque **Sí** o **No** en cada pregunta:

1. ¿Padece enfermedad renal terminal (ESRD)? ☐ Sí ☐ No
Si se sometió con éxito a un trasplante de riñón o ya no necesita diálisis de manera regular, adjunte una nota o los registros de su médico para demostrar que se sometió con éxito a un trasplante de riñón o que no necesita diálisis; de lo contrario, es posible que nos comuniquemos con usted para obtener información adicional.
2. ¿Es usted residente de un centro de atención a largo plazo, como un hogar de convalecencia? ☐ Sí ☐ No
Si su respuesta es sí, indique el nombre de la institución _____ Número de teléfono de la institución _____ Dirección de la institución (número y calle) _____
3. Algunas personas pueden tener otra cobertura para medicamentos, incluidos otros seguros privados, TRICARE, cobertura de beneficios de salud para empleados del gobierno federal, beneficios para veteranos o programas estatales de asistencia farmacéutica. ¿Tendrá otra cobertura para medicamentos con receta además de Alignment Health Plan? ☐ Sí ☐ No
Si su respuesta es sí, indique su cobertura e incluya su(s) número(s) de identificación de esta cobertura:
Nombre de la cobertura _____
N.º de grupo de esta cobertura _____ N.º de ident. de esta cobertura _____
4. ¿Es usted elegible para el programa estatal de Medicaid (Medi-Cal)? ☐ Sí ☐ No
5. ¿Está usted inscrito en el programa estatal de Medicaid (Medi-Cal)? ☐ Sí ☐ No
Si su respuesta es sí, indique su número de Medi-Cal _____
6. ¿Usted o su cónyuge trabaja? ☐ Sí ☐ No
7. Comprendo que, cuando selecciono mi médico de atención primaria personal, también selecciono el grupo médico, los hospitales y los especialistas asociados con mi médico de atención primaria personal ☐ Sí ☐ No
8. ¿Recibió un Resumen de beneficios de Alignment Health Plan e instrucciones sobre cómo obtener un Directorio de proveedores? ☐ Sí ☐ No

Para solicitantes de Heart & Diabetes (HMO SNP)

9. ¿Tiene diabetes? ☐ Sí ☐ No
10. ¿Tiene trastornos cardiovasculares o insuficiencia cardíaca crónica? ☐ Sí ☐ No

Pago de la prima del plan: Puede pagar su prima mensual del plan (incluida cualquier multa por inscripción tardía que pueda adeudar). También puede pagar su prima mediante deducción automática del cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de jubilación para ferroviarios (RRB) todos los meses. Si se lo evalúa para el monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso de la Parte D, la Administración del Seguro Social se lo notificará. Usted asumirá la responsabilidad de pagar este monto adicional, además de la prima del plan. Este monto se retendrá de su cheque de beneficios del Seguro Social, o bien Medicare o la RRB lo facturará directamente. NO pague el IRMAA de la Parte D de Alignment Health Plan.

Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir "Ayuda adicional" para pagar los costos de los medicamentos con receta. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar el 75% de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no quedarán sujetas a la Etapa del período sin cobertura ni a una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para recibir estos beneficios de ahorros y no lo saben. Para obtener más información sobre esta ayuda adicional, comuníquese con su oficina local del Seguro Social, o bien llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-325-0778. También puede solicitar ayuda adicional en línea en www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp.

Si reúne los requisitos para obtener ayuda adicional con los costos de cobertura para medicamentos con receta de Medicare, Medicare pagará parte o la totalidad de la prima del plan. Si Medicare paga solo una parte de esta prima, le facturaremos el monto que Medicare no cubre. Si no selecciona una opción de pago, obtendrá una factura cada mes.

Seleccione la opción de pago de prima del plan y/o de pago por inscripción tardía:

- ☐ Recepción de una factura
- ☐ Deducción automática del cheque de beneficios mensual del Seguro Social o de la Junta de jubilación para ferroviarios (RRB). (La deducción del Seguro Social/RRB puede hacerse efectiva después de dos meses o más de que el Seguro Social o la RRB apruebe dicha deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB acepta su solicitud de deducción automática, la primera deducción del cheque de beneficios del Seguro Social o la RRB incluirá todas las primas adeudadas a partir de la fecha de entrada en vigencia de su inscripción hasta el momento en que comienza la retención. Si el Seguro Social o la RRB no aprueba su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura impresa de las primas mensuales).

Lea esta información importante

Si actualmente tiene cobertura de salud de un empleador o sindicato, su inscripción en Alignment Health Plan podría afectar los beneficios de salud que recibe de dicho empleador o sindicato. Podría perder la cobertura de salud de su empleador o sindicato si se inscribe en Alignment Health Plan. Lea los comunicados que le envía su empleador o sindicato. Si tiene preguntas, visite su sitio web o comuníquese con la oficina que figura en los comunicados. Si no hay ninguna información de contacto, el administrador de los beneficios o la oficina que responde preguntas sobre su cobertura pueden ayudarle.

Lea y firme a continuación

Tras completar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente:

Alignment Health Plan es un plan Medicare Advantage y tiene un contrato con el gobierno federal. Tendré que conservar las Partes A y B de Medicare. Puedo inscribirme solo en un plan Medicare Advantage por vez; asimismo, comprendo que mi inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan de salud o plan de medicamentos con receta de Medicare. Es mi responsabilidad informarle acerca de cualquier cobertura para medicamentos con receta que tenga o pueda tener en el futuro. Comprendo que, si no tengo cobertura para medicamentos con receta de Medicare, o una cobertura para medicamentos con receta acreditable (tan buena como la de Medicare), es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía si me inscribo en la cobertura para medicamentos con receta de Medicare en el futuro. La inscripción en el plan es, generalmente, para todo el año. Una vez que me inscriba, puedo abandonar este plan o realizar cambios solo en determinados momentos del año cuando haya un período de inscripción disponible (ejemplo: desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año), o bien en ciertas circunstancias especiales.

Alignment Health Plan brinda servicios en un área de servicio específica. Si me voy del área en la que Alignment Health Plan brinda sus servicios, debo notificárselo al plan de modo que pueda cancelar mi inscripción y encontrar otro plan en mi nueva área. Una vez que me convierto en miembro de Alignment Health Plan, tengo derecho de apelar las decisiones del plan acerca del pago o los servicios si no estoy de acuerdo con algún aspecto. Cuando reciba la Evidencia de cobertura de Alignment Health Plan, leeré dicho documento para conocer las reglas que debo seguir a fin de obtener cobertura con este plan Medicare Advantage. Comprendo que las personas que tienen Medicare generalmente no están cubiertas conforme a Medicare mientras se encuentran fuera del país, excepto por la cobertura limitada que reciben cerca de la frontera de los EE. UU.

Comprendo que, a partir de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura de Alignment Health Plan, debo obtener mi atención médica de Alignment Health Plan, excepto en casos de emergencia o si necesito servicios de atención de urgencia o servicios de diálisis fuera del área. Se cubrirán los servicios que autorice Alignment Health Plan, como también otros servicios incluidos en mi Evidencia de cobertura de Alignment Health Plan (también conocida como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor). Sin autorización, NI MEDICARE NI ALIGNMENT HEALTH PLAN PAGARÁN POR ESTOS SERVICIOS.

Comprendo que, si obtengo asistencia de un agente de ventas, intermediario u otra persona empleada o contratada por Alignment Health Plan, esta persona puede recibir un pago en función de mi inscripción en Alignment Health Plan.

Divulgación de información: Si me inscribo en este plan de salud de Medicare, acepto que Alignment Health Plan divulgará mi información ante Medicare y otros planes según sea necesario para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. Asimismo, acepto que Alignment Health Plan divulgará mi información, incluida información sobre eventos con mis medicamentos con receta, a Medicare, quien puede compartirla para fines de investigación y de otro tipo que cumplirán con los estatutos y reglamentos federales aplicables. La información de este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Comprendo que, si proporciono información falsa en este formulario de manera intencional, se cancelará mi inscripción en el plan.

Comprendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada a actuar en mi nombre conforme a las leyes del estado en donde vivo) en esta solicitud significa que he leído y comprendido su contenido. Si una persona autorizada (según se describe anteriormente) firma este documento, esto certifica lo siguiente: 1) que esta persona está autorizada en virtud de las leyes estatales para completar esta inscripción y 2) que la documentación de esta autoridad se encuentra disponible de Medicare a pedido.

Firma _____ Fecha de hoy _____

Si usted es el representante autorizado, debe firmar arriba y brindar la siguiente información:

Nombre _____ Dirección _____

Número de teléfono _____ Relación con la persona inscrita _____

Nombre del contacto de emergencia _____ N.º de teléfono del contacto de emergencia _____

Correo electrónico del contacto de emergencia _____ Relación con la persona inscrita _____

Nombre del representante de ventas (si recibe asistencia con la inscripción):

Firma del representante de ventas que realiza la inscripción _____ N.º de ident. de ventas _____

Nombre en letra de imprenta _____ Fecha _____

Número de teléfono _____

Solo para uso oficial:

ICEP/IEP: _____ AEP: _____ SEP (tipo): _____ No elegible: _____

CERTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA UN PERÍODO DE INSCRIPCIÓN



Por lo general, puede inscribirse en un plan Medicare Advantage únicamente durante el período de inscripción anual, desde el 15 octubre hasta el 7 de diciembre de cada año. Sin embargo, existen excepciones que posiblemente le permitan inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de dicho período.

Lea los siguientes enunciados cuidadosamente y marque la casilla si el enunciado se aplica a su caso. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, certifica que, a su leal saber y entender, es elegible para un Período de inscripción. Si posteriormente determinamos que esta información es incorrecta, es posible que se cancele su inscripción.

- ☐ Soy nuevo en Medicare.
- ☐ *Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y deseo hacer un cambio durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA OEP).*
- ☐ Recientemente me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual o recientemente me mudé y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el (indique la fecha)_____.
- ☐ Recientemente me liberaron de la cárcel. Me liberaron el (indique la fecha)_____.
- ☐ Recientemente regresé a los Estados Unidos después de vivir de forma permanente fuera del país. Regresé a los Estados Unidos el (indique la fecha)_____.
- ☐ Recientemente obtuve el estado de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve este estado el (indique la fecha)_____.
- ☐ *Recientemente hubo un cambio con respecto a mi cobertura de Medicaid (obtuve recientemente Medicaid, tuve un cambio de nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (indique la fecha)_____.*
- ☐ *Recientemente hubo un cambio en la Ayuda adicional que recibo para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare (obtuve recientemente Ayuda adicional, hubo un cambio en el nivel de Ayuda adicional o perdí la Ayuda adicional) el (indique la fecha)_____.*
- ☐ Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar las primas de Medicare) *o recibo Ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare, pero no ha habido un cambio.*
- ☐ Me voy a vivir o vivo en un Centro de atención a largo plazo (por ejemplo, un residencia de ancianos o centro de atención a largo plazo), o recientemente me fui de un centro este tipo. Vivo en/me iré a vivir a/me iré del centro el (indique la fecha)_____.
- ☐ Recientemente dejé un Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (PACE) el (indique la fecha)_____.
- ☐ Recientemente perdí mi cobertura de medicamentos con receta acreditable de forma involuntaria (una cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (indique la fecha)_____.
- ☐ Dejaré la cobertura de mi empleador o sindicato el (indique la fecha)_____.
- ☐ Participo en un programa de asistencia farmacéutica que ofrece mi estado.
- ☐ El contrato de mi plan con Medicare está finalizando, o Medicare está finalizando su contrato con mi plan.
- ☐ *Estuve inscrito en un plan proporcionado por Medicare (o por mi estado) y deseo elegir otro plan. Mi inscripción en dicho plan comenzó el (indique la fecha)_____.*
- ☐ Estuve inscrito en un Plan de necesidades especiales (SNP), pero ya no reúno los requisitos de necesidades especiales que se exigen para estar en ese plan. Mi inscripción en el SNP se canceló el (indique la fecha)_____.
- ☐ *Me vi afectado por una emergencia climática o un desastre grave (declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias, FE.M.A.). Uno de los otros enunciados se aplicaba a mi caso, pero no pude inscribirme debido al desastre natural.*

Si ninguno de estos enunciados se aplica a su caso, o no lo sabe con certeza, comuníquese con Alignment Health Plan al 866-634-2247 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para determinar si es elegible para inscribirse. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (excepto días feriados) desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.

FORMULARIO DE REQUISITOS PREVIOS DEL PLAN DE NECESIDADES ESPECIALES (SNP)



Cuéntenos sobre usted (en letra de imprenta)

Nombre del miembro _____	Fecha _____
Fecha de nacimiento del miembro _____	N.º de ident. de Medicare _____
Dirección del miembro _____	
Ciudad _____	Estado _____
Código postal _____	Condado _____
N.º de teléfono del miembro _____	
Contacto de emergencia del miembro _____	
N.º de teléfono del contacto de emergencia del miembro _____	
¿Considera que no puede salir de su casa? ☐ Sí ☐ No	

Médico que actualmente trata al solicitante por la enfermedad que califica

Médico de atención primaria que actualmente trata la(s) afección(es)
Nombre del médico _____
N.º de teléfono del médico _____
Otros especialistas que lo tratan _____
Nombre del médico _____
N.º de teléfono del médico _____
☐ Autorizo a AHP a solicitar registros médicos de mi(s) médico(s)

Preguntas de requisitos clínicos

(Solo para miembros de los Planes de necesidades especiales crónicas Heart & Diabetes (HMO SNP))

Si responde "Sí" a por lo menos una de las preguntas, el candidato reúne los requisitos previos para la afección.

Diabetes	
• ¿Alguna vez un médico le dijo que usted tiene diabetes (demasiada cantidad de azúcar en la sangre o la orina)?	☐ Sí ☐ No ☐ No está seguro
• ¿Alguna vez le recetaron o está utilizando insulina o algún medicamento por vía oral que se supone que disminuye el nivel de azúcar en la sangre?	☐ Sí ☐ No ☐ No está seguro
Trastornos cardiovasculares	
• ¿Alguna vez un médico le dijo que usted tiene enfermedad de la arteria coronaria, mala circulación debido al endurecimiento de las arterias o venas malas?	☐ Sí ☐ No ☐ No está seguro
• ¿Alguna vez tuvo un ataque al corazón o fue ingresado en el hospital por angina de pecho (dolor en el pecho)?	☐ Sí ☐ No ☐ No está seguro
Insuficiencia cardíaca crónica	
• ¿Alguna vez un médico le dijo que usted tiene insuficiencia cardíaca (corazón débil)?	☐ Sí ☐ No ☐ No está seguro
• ¿Alguna vez tuvo líquido en los pulmones e inflamación en las piernas, acompañados de falta de aire, debido a un problema cardíaco?	☐ Sí ☐ No ☐ No está seguro

DÉ VUELTA LA HOJA PARA COMPLETAR EL FORMULARIO ➔

Médico que actualmente trata al solicitante por la enfermedad que califica

Médico de atención primaria que actualmente trata la(s) afección(es)

Nombre del médico _____

N.º de teléfono del médico _____

Otros especialistas que lo tratan _____

Nombre del médico _____

N.º de teléfono del médico _____

☐ Autorizo a AHP a solicitar registros médicos de mi(s) médico(s)

Enumere todos los medicamentos que toma actualmente: _____

Reconozco que, si me uno a Heart & Diabetes (HMO SNP), me estoy inscribiendo en un plan que ofrece programas especiales diseñados específicamente para mantener o mejorar mi afección médica. Comprendo que se me solicita concertar una cita en el Centro de Alignment Healthcare para que mi plan de atención especial entre en vigencia. En ese momento, un proveedor de atención médica también verificará todas las afecciones que reúnan los requisitos previos.

Firma de la persona inscrita _____ Fecha _____

Nombre del agente/intermediario _____ Fecha _____

Firma del agente/intermediario _____

¿Tiene una cita programada en el momento de la inscripción? ☐ Sí ☐ No

Fecha _____ Hora _____ Ubicación _____

Alignment Health Plan es un plan HMO, HMO POS y HMO SNP que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Alignment Health Plan depende de la renovación del contrato. Heart & Diabetes (HMO SNP) se encuentra disponible para aquellas personas que tienen diabetes mellitus crónica y para aquellas personas a las que se les ha diagnosticado una enfermedad cardiovascular o insuficiencia cardíaca crónica.

Alignment Health Plan cumple con todas las leyes de derechos civiles vigentes y no discrimina en función de la raza, el color, la nacionalidad, la edad, la discapacidad o el sexo. Alignment Health Plan no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Alignment Health Plan:

- Proporciona ayudas y servicios gratuitos a las personas con discapacidad para que se comuniquen eficazmente con nosotros, tales como:
 - o Intérpretes calificados del lenguaje de señas
 - o Información escrita en otros formatos (impresión en fuentes grandes, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios gratuitos de idiomas a personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como:
 - o Intérpretes calificados
 - o Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame al 1-866-634-2247

Si usted cree que Alignment Health Plan no le ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado de otra manera en función de su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante:

Compliance and Regulatory Affairs
1100 W. Town and Country Rd, Suite 1600
Orange, CA 92868
Teléfono: 1-844-215-2444, (TTY: 711) Fax: 562-207-4621
Correo electrónico: Compliance@ahcusa.com

Puede presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el departamento de Cumplimiento y Asuntos Regulatorios está disponible para ayudarle.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles por vía electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono en:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW.
Room 509F, HHH Building,
Washington, DC 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

Español (Spanish): ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-399-2247 (TTY: 711).

繁體中文 (Chinese): 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-866-634-2247 (TTY: 711)。

Հայերեն (Armenian): ՈՒՇԱՂՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կապող են տրամադրվել լեզվական օգնությունների ծառայություններ: Չանգահարեք 1-866-634-2247 (TTY (հեռատիպ)՝ 711):

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi): ਧਿਆਨ ਦੇਂ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-866-634-2247 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ខ្មែរ (Cambodian, Mon-Khmer): ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ជូរ ទូរស័ព្ទ 1-866-634-2247 (TTY: 711)។

Hmoob (Hmong): LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-866-634-2247 (TTY: 711).

हिंदी (Hindi): ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-866-634-2247 (TTY: 711) पर कॉल करें।

ภาษาไทย (Thai): เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-866-634-2247 (TTY: 711)

Tagalog (Tagalog – Filipino): PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-866-634-2247 (TTY: 711).

Tiếng Việt (Vietnamese): CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-866-634-2247 (TTY: 711).

한국어 (Korean): 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-866-634-2247 (TTY: 711). 번으로 전화해 주십시오.

Русский (Russian): ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-866-634-2247 (TTY: 711).

Arabic :

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل - 1-866-634-2247 هاتف الصم والبكم - (TTY: 711) برقم 1

日本語 (Japanese): 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-866-634-2247 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

Farsi : امش یارب ناگیار ترو صب ینابز تالی هست ،دینک یم وگت فگ یراف نابز هب 1-866-634-2247 (TTY: 711). دیری گب سامت اب .دشاب یم مهارف.



Declaración de testigo/traductor

Marque una opción:

- ☐ No habla inglés
- ☐ Problemas auditivos
- ☐ Ceguera
- ☐ Otro

Yo, _____, he sido testigo del proceso de verificación de
(Nombre de testigo/traductor)
_____. En calidad de participante neutral en este proceso, verifico
(nombre de la persona inscrita)

que la persona inscrita de la que se hace mención anteriormente ha respondido las preguntas obligatorias para la inscripción.

En mi opinión, el miembro potencial ha brindado respuestas afirmativas que indican que posee un conocimiento integral de los requisitos, las responsabilidades y los beneficios del programa.

Traductor/testigo (nombre en letra de imprenta)

Traductor/testigo (firma)

Relación con el miembro

Fecha

Dirección

Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono

Idioma (si no habla inglés)

Persona inscrita (nombre en letra de imprenta)

Firma de la persona inscrita

Fecha



ALIGNMENT

HEALTH PLAN

DIRECCIÓN DE LA OFICINA CORPORATIVA

1100 W. Town and Country Rd.
Suite 1600
Orange, CA 92868

Si tiene preguntas sobre la inscripción llame al:

1-888-979-2247,
(LOS USUARIOS DE TTY DEBEN
LLAMAR AL 711)

de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (excepto días feriados) desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.

alignmenthealthplan.com

Alignment Health Plan es un plan HMO y HMO SNP que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Alignment Health Plan depende de la renovación del contrato. Este plan se encuentra disponible para aquellas personas que tienen diabetes mellitus crónica y para aquellas personas a las que se les ha diagnosticado una enfermedad cardiovascular o insuficiencia cardíaca crónica. Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Comuníquese con el plan para obtener más información. Se pueden aplicar limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias, las primas, los copagos o el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de cada año. Usted debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare. El formulario, la red de farmacias y la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario. Alignment Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.