



Anexo de Receta G – 7/30/50/0

El siguiente anexo es un apéndice del “Certificado de Cobertura del Suscriptor Grupal” que estipula la disposición de todos los servicios de salud básicos.

Beneficios

La sección “Beneficios” del Certificado de Cobertura del Suscriptor Grupal contiene las siguientes correcciones:

Recetas de Fármacos o Medicamentos para Pacientes Ambulatorios

- La Administración de Alimentos y Fármacos (FDA) aprobó que los fármacos o medicamentos de venta bajo receta para pacientes ambulatorios estén cubiertos cuando sean médicamente necesarios y prescritos por un profesional sanitario autorizado. Cada receta se limita a una provisión máxima de 34 días, con hasta cuatro renovaciones cuando estén autorizadas por un profesional sanitario autorizado.
- Si compra un fármaco cubierto en una farmacia no participante, debe pagar el precio al público del fármaco y luego enviar una solicitud de reembolso al Plan. El reembolso para los fármacos comprados en farmacias no participantes se limitará al precio razonable para el fármaco menos el copago.

La cobertura de fármacos de venta bajo receta incluye:

- Fórmulas enterales médicamente necesarias para el uso en el hogar cuando sean prescritas por un profesional sanitario autorizado. La fórmula tiene que haberse probado eficaz como pauta terapéutica de un tratamiento para una enfermedad específica para aquellas personas que están o estarán desnutridas o sufren trastornos que, de no ser tratados, causen discapacidad crónica, retraso mental o muerte.
- Los productos sólidos modificados con bajo contenido proteico, cuando sean médicamente necesarios para ciertas enfermedades heredadas del metabolismo orgánico y de aminoácidos.
- Agujas y jeringas hipodérmicas utilizadas para administrar medicamentos que estén cubiertos por Atlantis, cuando sean prescritos por un médico autorizado y comprados en una Farmacia del Plan.
- Determinados fármacos recetados no aprobados por la FDA reconocidos para el tratamiento de tipos de cáncer específicos por una de las siguientes publicaciones:
 - A. Las Evaluaciones de Fármacos de la Asociación Médica Estadounidense;
 - B. La Información sobre Fármacos del Servicio de Medicamentos Disponibles de Hospitales Estadounidenses; o
 - C. La Información sobre Fármacos de la Farmacopea de los Estados Unidos; o recomendados por un artículo de revisión o comentario editorial en una importante publicación profesional revisada por pares.
- Sueros para alergias.
- Fármacos de venta bajo receta y aparatos para la densidad de masa ósea incluyendo aquellos cubiertos por el programa Medicare y aquellos según el criterio de los Institutos Nacionales de Salud y si es coherente con dicho criterio, la absorciometría de rayos X de energía dual. Se brindarán los Servicios Cubiertos a un Miembro que califique según el criterio del programa Medicare federal y el criterio de los Institutos Nacionales de Salud. Esto incluye a un Miembro que cumpla con el siguiente criterio:
 - i. Previamente, se le ha diagnosticado osteoporosis o tiene antecedentes familiares de osteoporosis; o
 - ii. Tiene síntomas o enfermedades que indican la presencia, o el riesgo significativo, de osteoporosis; o
 - iii. Está en una farmacoterapia prescrita que plantea un riesgo significativo de osteoporosis, o
 - iv. La edad, el sexo, otras características fisiológicas y/o factores del estilo de vida del Miembro plantean un riesgo significativo de osteoporosis.
- Para Miembros entre los veintiún (21) y los cuarenta y cuatro (44) años, fármacos de venta bajo receta

aprobados por la FDA federal para uso en el diagnóstico y tratamiento de la infertilidad. No hay cobertura para fármacos de venta bajo receta utilizados en relación con cualquier servicio por infertilidad que esté específicamente excluido de la cobertura.

Programas de pedido por correo de genéricos y pedidos por correo de medicamentos de marca de mantenimiento

Lo invitamos a utilizar nuestros programas de pedido por correo de genéricos y pedidos por correo de medicamentos de marca de mantenimiento.

- a) **Programa de pedidos por correo de medicamentos de marca de mantenimiento:** Los medicamentos de marca de mantenimiento que se encuentran en la lista aprobada del Plan están cubiertos para un suministro de 90 días con una receta escrita por un proveedor. Esta opción de pedidos por correo le permite obtener un suministro de 90 días de medicamentos de marca de mantenimiento en las categorías siguientes: antidiabéticos, antihipertensivos, antihiperlipidémicos, bloqueadores beta, bloqueadores de calcio, diuréticos, anticonvulsivos, anticonceptivos y medicamentos para la tiroides. Las recetas deben surtirse en la Farmacia de pedidos por correo de medicamentos de marca de mantenimiento aprobada por Atlantis.
- b) **Programa de pedidos de genéricos por correo:** Los medicamentos genéricos están cubiertos con una receta escrita por un proveedor. Las recetas deben surtirse en la Farmacia de pedidos de medicamentos genéricos por correo aprobada por Atlantis.

Copagos

- Usted es responsable de un deducible anual de \$0 por cada miembro cubierto.
- Usted es responsable de un copago de \$7 por cada receta genérica surtida en una farmacia.
- Usted es responsable de un copago de \$30 por cada receta de marca de formulario surtida en una farmacia.
- Usted es responsable de un copago de \$50 por cada receta de marca no de formulario surtida en una farmacia.
- Usted es responsable de un copago de \$0 por cada receta genérica surtida mediante pedido por correo.
- Usted es responsable de un copago de una vez y media (1.5x) el copago habitual por medicamentos de marca de mantenimiento para 90 días mediante pedido por correo.

Limitaciones y Exclusiones

Excepto hasta el punto en que dichos beneficios sean médicamente necesarios o la ley correspondiente exija su suministro, los beneficios para fármacos de venta bajo receta *no* incluyen:

1. Todo fármaco que no requiera una receta, tales como los medicamentos que no requieren receta o de venta libre, incluso si hay una receta escrita.
2. Jabones/detergentes antibacterianos, champús, dentífricos/geles y colutorios/enjuagues bucales.
3. Los fármacos de venta bajo receta entregados a un Miembro mientras es paciente de un hospital, clínica u otra institución.
4. Los fármacos de venta bajo receta utilizados en relación con la adicción a drogas, a menos que sean médicamente necesarios y con autorización previa de Atlantis.
5. Anfetaminas, supresores del apetito y estimulantes de crecimiento del cabello a menos que sean médicamente necesarios y con autorización previa de Atlantis.
6. Medicamentos para uso cosmético únicamente.
7. Fármacos de venta bajo receta despachados por la oficina de un profesional sanitario.
8. Fármacos de Experimentación e Investigación que estén definidos como medicamentos que no han sido aprobados por la FDA y/o los Institutos Nacionales de Salud (NIH) o que no se ha demostrado que sean seguros y eficaces a través de estudios clínicos o que no son generalmente aceptados como seguros y eficaces por una mayoría de profesionales clínicos con experiencia significativa en el uso de los

medicamentos, a menos que sean recomendados por un agente de apelación externo.

9. Reemplazos de fármacos por pérdida, robo o rotura.
10. La cobertura máxima para cualquier producto alimenticio sólido modificado para cualquier periodo continuo de 12 meses no excederá los \$2.500.
11. Algunos medicamentos requieren autorización previa. El Profesional Sanitario/Miembro es responsable de obtener la autorización necesaria antes de recetar el fármaco.

Todos los términos, condiciones y limitaciones de su Contrato para el Suscriptor del Plan de Salud HMO de Atlantis al que se adjunta este anexo también corresponden a este Anexo, excepto cuando sean específicamente modificados por este Anexo.

1