



### **Anexo de Prescripción Rx M “Genérico Obligatorio”**

El siguiente anexo es un artículo adicional del “Certificado de Cobertura de Grupo Suscriptor”, en apoyo de la provisión de todos los servicios básicos de salud.

#### **Beneficios**

La sección “Beneficios” del Certificado de Cobertura Suscriptor de Grupo se enmienda de la siguiente forma:

#### **Fármacos o medicamentos de prescripción del paciente externo**

- Este anexo cubre solamente los fármacos genéricos de prescripción, a menos que no exista fármaco genérico disponible dentro de una clase entera de fármacos, o que este anexo específicamente declare que las drogas de marca, así como también las drogas genéricas de un tipo particular, están cubiertas. En caso de no existir fármacos genéricos disponibles dentro de una clase entera de fármacos, todos los fármacos de marca dentro de dicha clase de fármacos, están cubiertos.
- Si un miembro ha sufrido, o tiene la posibilidad de sufrir, efectos colaterales adversos, provenientes todos de las drogas genéricas dentro de una clase de drogas, el Plan aprobará la cobertura del medicamento de marca dentro de dicha clase, a solicitud del miembro. La decisión del Plan estará sujeta a la revisión de la utilización.
- Los fármacos o medicamentos de prescripción para pacientes externos, aprobadas por la Administración Federal de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), están cubiertos cuando son médicamente necesarios, y recetados por un Proveedor autorizado. Cada prescripción está limitada a un suministro máximo de 30 días, con hasta cuatro reposiciones, cuando está autorizada por un Proveedor con licencia.
- Si usted compra una droga cubierta en una farmacia no participante, debe pagar el precio minorista de dicha droga, y luego enviar un reclamo de reembolso proveniente del Plan. El reembolso de fármacos comprados en farmacias no participantes, estará limitado a los Costos Razonables del fármaco, menos el co-pago.

#### **La cobertura de medicamentos recetados, también incluye:**

- Fórmulas entéricas (de intestino) médicamente necesarias de uso hogareño, cuando son prescritas por un proveedor con licencia. El fármaco debe poseer un régimen de tratamiento específico de la enfermedad, de efectividad probada, para aquellos individuos que se encuentran o pueden encontrarse en estado de desnutrición, o sufrir desórdenes que de no ser tratados, pudieran causar la discapacidad crónica, retardo mental, o muerte. Este anexo cubre fórmulas entéricas genéricas y de marca.
- Productos alimenticios sólidos modificados de bajo contenido de proteínas, cuando son médicamente necesarios para determinadas enfermedades hereditarias, de aminoácidos y metabolismo orgánico.
- Agujas y jeringas hipodérmicas, utilizadas para administrar medicamentos, que estén cubiertas por Atlantis, cuando son prescritas por un profesional con licencia, y compradas a través de una Farmacia del Plan.
- Determinados medicamentos recetados no aprobados por la FDA, ya sea de marca o genéricos, reconocidos para el tratamiento de tipos específicos de cáncer, por parte de alguna de las siguientes instituciones:
  - A. American Medical Association Drug Evaluations (Evaluaciones de Medicamentos de la Asociación Médica Estadounidense);
  - B. American Hospital Formulary Service Drug Information (Información de Medicamentos del Servicio de Conjunto de Fórmulas de Hospital Estadounidense); o

- C. United States Pharmacopoeia Drug Information (Información de Medicamentos de Farmacopea de los Estados Unidos); o recomendado por un artículo de revisión o comentario editorial en una publicación profesional de revisión importante.
- Sueros anti alérgicos, sean de marca o genéricos.
  - Medicamentos y dispositivos de prescripción, genéricos y de marca, para la densidad mineral de huesos, incluyendo aquellos cubiertos por el programa federal Medicare, y aquellos en cumplimiento con el criterio del Instituto Nacional de Salud, y en caso de consistencia con dicho criterio, absorciometría dual con rayos X. Los Servicios Cubiertos serán suministrados a un Miembro que califique de acuerdo al criterio del programa federal Medicare, y el criterio del Instituto Nacional de Salud. Esto incluye a un Miembro que satisfaga los siguientes criterios:
    - i. El Miembro ha sido previamente diagnosticado con osteoporosis o tiene una historia familiar de osteoporosis; o
    - ii. El miembro posee síntomas o condiciones indicadoras de la presencia, o riesgo significativo de osteoporosis; o
    - iii. El Miembro se encuentra en un régimen de medicación de prescripción, que representa un riesgo significativo de osteoporosis, o
    - iv. La edad del Miembro, sexo, otras características psicológicas y/o factores de estilo de vida, representan un riesgo significativo de osteoporosis
  - Para los Miembros entre las edades de veintiuno (21) y cuarenta y cuatro (44) años, medicamentos de prescripción, genéricos y de marca, aprobadas por la FDA federal, para el uso en el diagnóstico y tratamiento de infertilidad. No existe cobertura para las drogas de Prescripción utilizadas en conexión con cualquier servicio de infertilidad, el cual es específicamente excluido de la cobertura.
  - Usted tiene el derecho de presentar una apelación ante un panel de revisión independiente, exterior, cuando el Plan niega la cobertura de fármacos recetados, debido a que el fármaco no se considera médicamente necesario, o se considerada un tratamiento experimental o de investigación. Detalles adicionales tales como la forma en que puede solicitar una apelación se brindan en el Certificado de 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 para un medicamento genérico.
- Usted es responsable de un deducible anual de \$250 por medicamentos de marca cubiertos.
- Usted es responsable de un copago de \$10 por cada receta genérica surtida en una farmacia.
- Usted es responsable de un copago de \$25 por cada medicamento de marca cubierto surtido en una farmacia.

- Hay un beneficio máximo anual de \$2,000 por cada miembro cubierto para medicamentos de marca cubiertos.
- 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 en la medida de que dichos beneficios sean médicamente necesarios, o se requiera que sean provistos de acuerdo a la la ley aplicable, los beneficios de medicamentos recetados, no incluyen:

1. Todos los fármacos de prescripción clasificados no genéricos.
2. Cualquier fármaco que no necesita de prescripción, tales como medicamentos sin receta o sin leyenda, incluso si una prescripción escrita.
3. Jabones y detergentes antibacterianos, champúes, pasta dental/gel, y enjuagues bucales.
4. Medicamentos de prescripción recetados a un Miembro, mientras dicho miembro es paciente en un hospital, sanatorio, u otra institución.
5. Medicamentos de prescripción utilizados en conexión con la adicción a las drogas, a menos que sean médicamente necesarios y pre-autorizados por Atlantis.
6. Anfetaminas, supresores del apetito, y estimulantes del crecimiento del cabello, a menos que sean médicamente necesarios y pre-autorizados por Atlantis.
7. Medicaciones con propósitos cosméticos solamente.
8. Medicamentos de prescripción recetados por un consultorio proveedor.
9. Fármacos experimentales y de investigación, que están definidos como fármacos y que no han sido aprobados por la FDA o el NIH, o no han sido demostrados como seguros y eficaces a través de pruebas clínicas, o que no son generalmente aceptados como seguros y eficaces por la mayoría de los proveedores clínicos con suficiente experiencia en el uso de fármacos, a menos que sea recomendado por un agente de apelación externo.
10. Reemplazos de medicamentos resultantes de la pérdida, robo o roturas.

Otras limitaciones sobre la cobertura son las siguientes:

1. La cobertura máxima de cualquier producto alimenticio sólido modificado autorizado, por cualquier período continuo de 12 meses no puede exceder los \$2500.
2. Algunos medicamentos requieren pre-autorización. El Proveedor/Miembro es responsable de obtener la autorización necesaria con anterioridad a la prescripción del medicamento
3. La cobertura del medicamento de prescripción no incluye los medicamentos o dispositivos anticonceptivos de prescripción, a menos que sea cubierto por un Anexo de Cobertura Anticonceptiva separado.

Todos los términos, condiciones y limitaciones de su Contrato Suscriptor HMO del Plan de Salud de Atlantis, a los cuales este anexo se adjunta, también se aplican a este Anexo, excepto cuando es modificado específicamente por este Anexo.