



Guía de inscripción 2022



**Plan Medicare Advantage
con medicamentos con receta**

**Aproveche todo lo que su plan
Medicare Advantage tiene para ofrecer**

Erickson Advantage® Liberty with Drugs (HMO-POS)

H5652-008-000

Año del Plan: Del 1 de enero de 2022 al 31 de diciembre de 2022

**United
Healthcare**

 **Erickson**
SENIOR LIVING®
ERICKSON ADVANTAGE®

Aproveche la experiencia y pericia que UnitedHealthcare® tiene para ofrecer



Más opciones y más orientación

Cuando se trata de Medicare, hay muchas opciones para elegir. Por eso, ofrecemos una amplia variedad de productos de Medicare, para que usted tenga opciones que se adapten a sus necesidades de cuidado de la salud. Nuestros experimentados asesores y agentes de ventas con licencia le ayudarán a elegir el plan más adecuado para usted.



Reciba el cuidado que necesita

Ya sea que se trate de una cita virtual con su médico, una llamada con una enfermera a las 3 a.m. o una visita de bienestar en la comodidad de su propio hogar, le facilitamos la conexión con el cuidado para que usted pueda mantenerse al día con su salud — donde, cuando y como lo necesite.



Ayuda personalizada para usar su plan de Medicare

No solo ofrecemos servicio al cliente. Damos apoyo personalizado para responder sus preguntas y hacer todo lo posible para comprender sus necesidades. Le ayudamos a conocer sus opciones de cuidado durante un evento de salud. Y le ayudamos a aprovechar al máximo su plan para que pueda gozar de una salud óptima.

Renew, nuestro programa de salud y bienestar

El programa Renew le inspira para tomar el control de su salud y bienestar todos los días. Ofrece una amplia variedad de recursos y actividades útiles — incluidos juegos para ejercitar la mente, recetas saludables, cursos de aprendizaje, actividades de acondicionamiento físico y más. Todo sin costo adicional.¹

¹El programa Renew de UnitedHealthcare no está disponible en todos los planes. Los recursos pueden variar.

Índice

Comience con lo básico de Medicare	4
Requisitos de participación y recursos útiles	

Información del plan

Beneficios importantes.....	8
Su cobertura de medicamentos	12
Analice sus servicios adicionales	15
Beneficios complementarios opcionales.....	16
Sus beneficios adicionales.....	33
Beneficio de servicios para la vista de rutina	
Renew Active®	
Beneficio de servicios para la audición de rutina	
Resumen de beneficios.....	39
Calificación del plan.....	54

Lista de medicamentos

Lista de medicamentos	58
Medicamentos alternativos cubiertos.....	99

Listo para inscribirse

Resumen del plan	102
Cómo inscribirse	104
Formulario de confirmación de temas a tratar	105
Solicitud de inscripción	107
Recibo de inscripción.....	123
Aproveche lo que sigue.....	131

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle.



www.EricksonAdvantage.com



Llame al número gratuito **1-866-774-9671** TTY **711**
de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la
semana

Comience con lo básico de Medicare

Sepa cómo funciona Medicare, luego elija lo que sea adecuado para usted

Medicare Original es proporcionado por el gobierno federal. Ofrece cobertura para:



Estadías en el hospital y cuidado para pacientes hospitalizados.
Esto se llama Parte A



Visitas al médico. Esto se llama Parte B – usted paga una prima mensual por esta parte.

Medicare Original NO incluye la cobertura de medicamentos con receta



Cobertura de medicamentos con receta. Esto se llama Parte D y no se incluye con Medicare Original. Usted no está obligado a inscribirse en un plan de la Parte D cuando comienza a cumplir los requisitos de Medicare por primera vez. Si se inscribe en un plan de la Parte D en el futuro, pagará una multa igual al 1% aproximadamente de la prima mensual promedio por cada mes que se demore en inscribirse. Esta multa se debe pagar todos los meses mientras esté inscrito en la Parte D.

Según sus necesidades, podría considerar agregar más cobertura a Medicare Original

Las compañías de seguros privadas, como UnitedHealthcare, ofrecen cobertura adicional. Usted tiene un par de opciones diferentes para elegir:

Opción 1: Inscribirse en un plan Medicare Advantage



También llamado Parte C

Estos planes combinan la Parte A y la Parte B. La mayoría de los planes Medicare Advantage también incluyen la Parte D, de manera que su seguro hospitalario, médico y de medicamentos con receta están todos en un solo plan



Beneficios adicionales

Algunos planes podrían incluir beneficios adicionales que no cubre Medicare Original

Opción 2: Agregar una o las dos de las siguientes coberturas a Medicare Original



Complemento de Medicare

Ayuda a pagar algunos de los costos que no cubre Medicare Original



Plan de la Parte D de Medicare

Ayuda a pagar los medicamentos con receta y a evitar esa multa del 1%

Use esta guía para familiarizarse con un plan Medicare Advantage y para inscribirse en uno. Hable con un agente si tiene interés en un Complemento de Medicare o en un plan independiente de la Parte D.

Inscríbase en un plan Medicare Advantage Parte C de una Organización para el Mantenimiento de la Salud—Punto de Servicio (HMO-POS)

Este plan tiene una red de médicos, hospitales y otros proveedores de cuidado de calidad diseñada para que usted reciba el cuidado que necesita.

Para ciertos servicios, su plan también le permite consultar a proveedores fuera de la red si aceptan Medicare, pero tenga en cuenta que sus costos pueden ser más altos. Consulte su Evidencia de Cobertura para ver una lista de los servicios cubiertos.

Así es como funciona este plan HMO-POS



Reciba cuidado de los proveedores dentro de la red o visite proveedores fuera de la red para recibir ciertos servicios cubiertos.



Los servicios para emergencias y los servicios requeridos de urgencia estén cubiertos dondequiera que usted vaya.



Elija un proveedor de cuidado primario (PCP).

Este plan requiere que usted elija un proveedor de cuidado primario (primary care provider, PCP) para que supervise y ayude a administrar su cuidado.



No se necesita una referencia para consultar a un especialista u otro proveedor de la red.



Usted paga a su plan copago o coseguro cuando visita a un proveedor de la red*.

Si consulta a un proveedor fuera de la red por ciertos servicios cubiertos, sus costos podrían ser más altos.



Hay un límite de gastos de su bolsillo para el cuidado dentro de la red cada año del plan.

Al alcanzar el límite, el plan pagará el 100% de costos futuros de servicios cubiertos por Medicare de la red el resto del año del plan.



Este plan incluye cobertura de medicamentos con receta.

*Se aplican copagos o coseguros del plan. En nuestro sitio web se encuentra una lista completa de los proveedores y centros de la red de su plan. Para obtener información más completa sobre el plan, consulte los documentos Resumen de Beneficios y Beneficios Importantes.

¿Cumple usted los requisitos para inscribirse en este plan?

Usted cumple los requisitos de un plan Medicare Advantage si:

- ✓ Está inscrito en las Partes A y B de Medicare Original y sigue pagando su prima de la Parte B Y ✓ Vive en el área de servicio del plan

Recursos Útiles

Medicare Explicado

Un programa educativo desarrollado por UnitedHealthcare para explicarle mejor lo que es Medicare.



MedicareExplicado.com

Es posible que califique para el programa Ayuda Adicional de Medicare

El programa Ayuda Adicional es para las personas con ingresos limitados que necesitan ayuda para pagar las primas, los deducibles y los copagos de la Parte D. Para saber si califica para el programa Ayuda Adicional, llame a:

- ☐ La Administración del Seguro Social al **1-800-772-1213**, TTY **1-800-325-0778**
- ☐ La Oficina Estatal de Medicaid



Los proveedores fuera de la red o no contratados no tienen ninguna obligación de tratar a los miembros del Plan, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de Servicio al Cliente o consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

Y0066_SWMB_2022_SP_M H5652008000

EREX22PO5008673_000

Información del plan

Beneficios importantes

Erickson Advantage® Liberty with Drugs (HMO-POS)

Esta es una breve descripción de los beneficios de su plan para el año 2022. Para obtener información completa, consulte su Resumen de Beneficios o su Evidencia de Cobertura. Se pueden aplicar limitaciones, exclusiones y restricciones.

Costos del plan

Prima mensual del plan	\$0
------------------------	-----

Beneficios médicos

	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible Médico Anual	Sin deducible	
Máximo anual de gastos de su bolsillo (Lo máximo que usted podría pagar en un año por el cuidado médico que tiene cobertura)	\$6,700 dentro de la red	Un número ilimitado fuera de la red
Visita al consultorio médico	Proveedor de cuidado primario Tipo 1: \$0 de copago Tipo 2: \$30 de copago	Proveedor de cuidado primario: 30% de coseguro
	Especialista: \$50 de copago (no se necesita una referencia)	Especialista: 30% de coseguro (no se necesita una referencia)
	Visitas virtuales: \$0 de copago. Hable con proveedores de telesalud que sean parte de la red, mediante su computadora, teléfono celular o tableta.	
Servicios preventivos	\$0 de copago	\$0 de copago - 30% de coseguro (dependiendo del servicio)
Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados	\$300 de copago por día, por los días 1 a 7 \$0 de copago por día, por un número de días ilimitado, en adelante	30% de coseguro por cada estadía por un número de días ilimitado
Centro de enfermería especializada (SNF)	\$0 de copago por día, por los días 1 a 20 \$188 de copago por día, por los días 21 a 56 \$0 de copago por día, por los días 57 a 100	30% de coseguro por cada estadía, hasta 100 días
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso cirugía (Se aplicará un costo compartido por los servicios adicionales del plan)	\$300 de copago	30% de coseguro

Beneficios médicos

	Dentro de la red	Fuera de la red
Salud mental (pacientes ambulatorios y servicios virtuales)	Terapia de grupo: \$20 de copago	Terapia de grupo: 30% de coseguro
	Terapia individual: \$20 de copago - \$40 de copago	Terapia individual: 30% de coseguro
	Visitas virtuales: \$0 de copago; Hable con proveedores de telesalud que sean parte de la red, mediante su computadora, teléfono celular o tableta.	
Suministros para el control de la diabetes	20% de coseguro	30% de coseguro
Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, imágenes por resonancia magnética [MRI], tomografías computarizadas [CT])	\$105 de copago	30% de coseguro
Pruebas y procedimientos de diagnóstico (no radiológicos)	\$0 de copago	30% de coseguro
Servicios de laboratorio	\$0 de copago	\$0 de copago
Radiografías para pacientes ambulatorios	\$15 de copago	\$20 de copago
Ambulancia	\$250 de copago por transporte terrestre o aéreo	\$250 de copago por transporte terrestre o aéreo
Cuidado de emergencia	\$90 de copago (\$0 de copago por cuidado de emergencia fuera de los Estados Unidos) por cada visita	
Servicios requeridos de urgencia	\$30 de copago (\$0 de copago por los servicios requeridos de urgencia fuera de los Estados Unidos) por cada visita	

Servicios y beneficios que sobrepasan los de Medicare Original

	Dentro de la red	Fuera de la red
Examen médico de rutina	\$0 de copago; 1 por año *	30% de coseguro; 1 por año *
Exámenes de la vista de rutina	\$0 de copago; 1 cada año*	30% de coseguro; 1 cada año *
Artículos para la vista de rutina	\$0 de copago; hasta \$100 cada 2 años para marcos o lentes de contacto a través de UnitedHealthcare Vision. Los lentes estándar monofocales, bifocales, trifocales o progresivos están totalmente cubiertos.*	

Servicios y beneficios que sobrepasan los de Medicare Original

	Dentro de la red	Fuera de la red
	Los artículos para la vista con entrega a domicilio están disponibles en todo el país a través de UnitedHealthcare Vision (solamente productos selectos).	
Servicios dentales - preventivos	\$0 de copago por exámenes, limpiezas, radiografías y fluoruro *	\$0 de copago por exámenes, limpiezas, radiografías y fluoruro *
Servicios dentales - integrales	\$0 de copago por servicios dentales integrales *	\$0 de copago por servicios dentales integrales *
Servicios dentales - límite de los beneficios	\$500 de límite combinado en todos los servicios dentales cubiertos* Si decide consultar a un dentista fuera de la red, es posible que se le facture más, incluso por los servicios que se indican con un copago de \$0	
Audición - examen de rutina	\$0 de copago; 1 por año *	30% de coseguro; 1 por año *
Aparatos auditivos	\$375 - \$1,425 de copago por cada aparato auditivo proporcionado a través de UnitedHealthcare Hearing, hasta 2 aparatos auditivos cada año.* Incluye aparatos auditivos entregados directamente a su domicilio con cuidado médico de seguimiento virtual a través de Right2You (modelos selectos), ofrecidos solamente por UnitedHealthcare Hearing.	
Programa de acondicionamiento físico	Membresía en un programa de acondicionamiento físico del programa Renew Active, clases y ejercicios de agudeza mental por Internet, sin costo para usted.	
Transporte de Rutina	\$0 de copago; 24 viajes en una sola dirección por año desde o hacia sitios aprobados	Sin cobertura
Cuidado de los pies - de rutina	\$50 de copago; 6 visitas por año *	30% de coseguro; 6 visitas por año *
Programa de Prevención de Caídas	Aprenda cómo reducir caídas, prevenir lesiones y mejorar su fuerza y equilibrio	Sin cobertura

*Estos beneficios se consideran de manera combinada: dentro y fuera de la red

Medicamentos con receta

	Su costo
Deducible anual para medicamentos con receta (Parte D)	\$0 por los medicamentos del Nivel 1 y Nivel 2; \$400 por los medicamentos del Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5

Medicamentos con receta

	Su costo	
Etapas de Cobertura Inicial	Farmacia minorista estándar (suministro de 30 días)	Farmacia Preferida de Pedidos por Correo (suministro de 90 días)
Nivel 1: Genéricos Preferidos	\$5 de copago	\$0 de copago
Nivel 2: Genéricos ¹	\$20 de copago	\$0 de copago
Nivel 3: De Marca Preferidos	\$45 de copago	\$125 de copago
Medicamentos de Insulina Selectos ²	\$35 de copago	\$95 de copago
Nivel 4: Medicamentos No Preferidos	\$100 de copago	\$290 de copago
Nivel 5: De Especialidad	26% de coseguro	N/C ³
Etapas sin cobertura	Los medicamentos del Nivel 1 están cubiertos durante la Etapa Sin Cobertura. Durante la Etapa Sin Cobertura, por los medicamentos cubiertos de otros niveles, una vez que los costos totales de sus medicamentos alcancen los \$4,430, usted paga un 25% de coseguro por los medicamentos genéricos y un 25% de coseguro por los medicamentos de marca	
Etapas de cobertura de gastos médicos mayores	Una vez que el total de los gastos de su bolsillo alcance \$7,050, usted pagará la cantidad que sea mayor de las siguientes: \$3.95 de copago por genéricos (incluso los medicamentos de marca que se consideran como genéricos), \$9.85 de copago por todos los demás medicamentos o 5% de coseguro	

¹ Este nivel incluye cobertura mejorada de medicamentos

² Para el año 2022, este plan participa en el Modelo de Ahorros de la Parte D para Adultos de Edad Avanzada, que ofrece gastos de su bolsillo estables, predecibles y más bajos por insulina cubierta a través de las diferentes etapas de cobertura de beneficios de la Parte D. Usted pagará un máximo de \$35 por un suministro de 1 mes de los medicamentos de insulina selectos de la Parte D durante la Etapa del Deducible, la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa Sin Cobertura o "Intervalo en la Cobertura" de su beneficio. Pagará el 5% del costo total de su insulina en la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores. Este costo compartido solamente se aplica a los miembros que no califican para un programa que ayuda a pagar sus medicamentos ("Ayuda Adicional").

³ Limitado a un suministro de 30 días

Tiene a su disposición cláusulas adicionales opcionales - Para obtener información, consulte el Resumen de Beneficios o la Evidencia de Cobertura



La información proporcionada no es una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, comuníquese con el plan.

Su cobertura de medicamentos

Asegúrese de que sus medicamentos estén cubiertos

Revise la Lista de Medicamentos (Formulario) incluida en esta Guía de Inscripción para asegurarse de que el plan cubra sus medicamentos con receta. También debería revisar los Beneficios Importantes incluidos en esta guía para consultar los copagos y las cantidades de suministros.

Lo que usted paga por sus medicamentos cubiertos depende de estas 4 cosas:

1. Niveles de medicamentos

Muchos planes agrupan los medicamentos cubiertos en niveles. Por lo general, cuanto más bajo sea el nivel, menos pagará. Todos los medicamentos de la Lista de Medicamentos están asignados a uno de estos niveles.



¹Y medicamentos de insulina selectos

Es importante saber que no todos los medicamentos genéricos cuestan menos. Hay medicamentos genéricos en cada nivel. Asegúrese de consultar la Lista de Medicamentos para saber en qué nivel está su medicamento genérico.

Si su medicamento está en un nivel más alto y más costoso, pregúntele a su médico si hay una alternativa de menor costo que podría darle el mismo resultado.

2. Dónde surtir sus recetas

Hay miles de farmacias nacionales y locales en nuestra red. Usted tendrá que usar farmacias de la red para que el plan pague la parte que le corresponde de sus medicamentos con receta. Visite www.myUHCMedicare.com para buscar una farmacia cerca de usted.



Hágalo simple con la entrega a domicilio de medicamentos con receta

Usted tiene un copago de \$0 por un suministro de 90-días de medicamentos del Nivel 1 y del Nivel 2 con OptumRx, nuestra farmacia preferida de entrega a domicilio.

OptumRx le enviará a su domicilio los medicamentos con receta que usted toma habitualmente, sin costo por el envío estándar. Ahorre tiempo y regístrese en Internet en www.OptumRx.com para pedir nuevos medicamentos con receta, solicitar resurtidos y mucho más.

3. Etapas de pago de medicamentos con receta

Lo que usted paga por medicamentos con receta puede cambiar durante el año, según la etapa de pago en la que se encuentre. Los miembros pasan por las etapas en el siguiente orden.

Deducible Anual	Su plan no tiene deducible para los medicamentos de los niveles más bajos. Su cobertura de estos medicamentos en estos niveles comienza en la Etapa de Cobertura Inicial. Para los medicamentos en niveles que tienen un deducible anual, usted pagará el costo total de sus medicamentos hasta que alcance el deducible anual. Después de alcanzar el deducible, su cobertura pasa a la Etapa de Cobertura Inicial.
Cobertura Inicial	En esta etapa, usted pagará un copago o coseguro por sus medicamentos hasta que el costo total de sus medicamentos (lo que usted y el plan hayan pagado) alcance los \$4,430.
Etapas Sin Cobertura (Intervalo en la Cobertura)	Después de que los costos totales de sus medicamentos alcancen los \$4,430, usted no pagará más de 25% de coseguro por medicamentos genéricos o de marca, por cualquier nivel de medicamentos durante la Etapa Sin Cobertura. Si usa una insulina cubierta, seguirá pagando un copago fijo durante la Etapa Sin Cobertura.
Cobertura de Gastos Médicos Mayores	Después de que el total de los gastos de su bolsillo alcance los \$7,050, usted pagará \$3.95 de copago por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca que se consideran como genéricos), \$9.85 de copago por todos los demás medicamentos o 5% de coseguro, lo que sea mayor.

4. Programa Ayuda Adicional de Medicare

Las personas que tienen ingresos limitados pueden calificar para el programa Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos con receta. Si califica, Medicare podría pagar algunos o todos los costos de sus medicamentos, incluso las primas, los deducibles y los copagos. Además, si usted califica, no tendrá una Etapa Sin Cobertura ni una multa por inscripción tardía. Muchas personas califican para estos ahorros y ni siquiera lo saben.

Para obtener más información sobre el programa Ayuda Adicional, comuníquese con la oficina local del Seguro Social o llame al Seguro Social al **1-800-772-1213**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-325-0778**. También puede solicitar el programa Ayuda Adicional por Internet en www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp.



Este plan tiene disponible una cobertura adicional de medicamentos

Modelo de Ahorros de la Parte D para Adultos de Edad Avanzada: Este plan tiene gastos de su bolsillo más bajos y estables para la insulina cubierta. Usted pagará un máximo de \$35 por un suministro de 1 mes de medicamentos de insulina selectos de la Parte D durante la Etapa del Deducible, la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa Sin Cobertura o “Intervalo en la Cobertura” de su beneficio. Pagará el 5% del costo de su insulina en la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores. Este costo compartido solamente se aplica a los miembros que no califican para un programa que ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda Adicional”).

Cobertura de Medicamentos Adicionales: Este plan cubre algunos medicamentos con receta que no están cubiertos por la Parte D de Medicare, tales como Vitamin D (50,000), Sildenafil (Viagra genérico), Cyanocobalamin (Vitamin B-12) y Folic Acid (1mg). Estos medicamentos están cubiertos en el Nivel 2 y son adicionales a los que se indican en la Lista de Medicamentos del plan, y podrían no estar disponibles con otros planes.



Nuestra red tiene otras farmacias a su disposición.

Es posible que el copago de \$0 esté restringido a niveles específicos, medicamentos preferidos o medicamentos con receta que se entregan a domicilio durante la Etapa de Cobertura Inicial, y que no se aplique durante la Etapa Sin Cobertura o la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores. OptumRx es una compañía afiliada de UnitedHealthcare Insurance Company. Usted no está obligado a usar la entrega a domicilio de OptumRx para obtener un suministro de 90-días de sus medicamentos de mantenimiento.

EREX22HM5016833_000

Analice sus servicios adicionales

Obtenga todos los beneficios de Medicare Original y más

Con este plan, usted recibe servicios adicionales diseñados para ayudarle a llevar una vida más saludable. Se pueden aplicar limitaciones, exclusiones y restricciones. Para obtener información más detallada, comuníquese con Servicio al Cliente al número que se encuentra en la parte de atrás de esta guía.

Programa de Asistencia con Referencias Sociales y Gubernamentales

En UnitedHealthcare, nos ocupamos de las personas a quienes prestamos servicios. Pero lo que nos hace diferentes es la forma en que nos ocupamos. Sabemos que puede ser difícil navegar por el sistema de cuidado de la salud — por eso es que trabajamos para que a usted le resulte más fácil.

Conéctese con el cuidado y el apoyo que necesita

Para gozar de buena salud, no solo es importante lo que ocurre en el consultorio médico. Hay otros factores — como el acceso a alimentos, vivienda, transporte y estabilidad financiera — que son igualmente importantes. Podemos conectarle con descuentos y servicios que le facilitan la vida—todo sin costo adicional para usted. Estos servicios pueden ayudarle a:

- Ahorrar en facturas de servicios públicos, gastos de medicamentos con receta e incluso costos de reparación del hogar
- Buscar transporte fácil de usar y a bajo costo
- Determinar si cumple los requisitos de participación de Medicaid, según sus ingresos
- Buscar grupos de apoyo locales
- Obtener información sobre los Servicios y el Apoyo para Veteranos

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle.

Si es un veterano, llame al **1-866-427-1873**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a sábado, para obtener más información sobre los programas y requisitos de participación. Todos los demás miembros de Medicare Advantage deben llamar al **1-866-865-3851**, TTY **1-855-368-9643**, de 9 a.m. a 6 p.m., hora local, de lunes a viernes.

Beneficio complementario

Comparación de Routine Dental y la Cláusula Adicional Platinum Dental

Cobertura adicional que le hará sonreír

Como miembro de UnitedHealthcare, es posible que usted tenga los beneficios de Routine Dental incluidos en el plan que elija. Por una prima mensual adicional, cambie su plan para obtener hasta \$1,500 para servicios dentales a través de la Cláusula Adicional Platinum Dental. Puede inscribirse en una cláusula adicional dental cuando se inscriba en su plan o en un plazo no mayor de 3 meses después de la fecha de vigencia de su plan. Si se inscribe en la cláusula adicional en el momento en que se inscribe en su plan, tendrá acceso a la cobertura de la cláusula adicional en la fecha de vigencia de su plan. Si espera para inscribirse en un plazo no mayor de 3 meses después de la fecha de vigencia de su plan, podrá comenzar a usar la cobertura de su cláusula adicional el primer día del mes después de comprar la cláusula adicional.

Llame a Servicio al Cliente al **1-866-774-9671** para obtener más información o para decirnos que le gustaría inscribirse en la cláusula adicional. Los miembros actuales deben llamar al número que se encuentra en la parte de atrás de su tarjeta de ID de miembro. También puede inscribirse en la Cláusula Adicional Platinum Dental a través de la sección “Coverage & Benefits” (Cobertura y Beneficios) de su portal digital para miembros en **www.medicare.uhc.com**.

Con routine dental, usted recibe:

- Cobertura sin deducible.
- Hasta \$500.00 por año por servicios dentales cubiertos.
- \$0 de copago en exámenes, limpiezas de rutina, radiografías, fluoruro y empastes dentales cubiertos de nuestra red.
- Acceso a la red dental más grande de Medicare Advantage.
- Posibilidad de consultar a cualquier dentista que usted elija. Si consulta a un dentista fuera de la red, es posible que el costo sea mayor.*

Por \$38 al mes (además de la prima que pague por su plan Medicare Advantage y su cobertura de la Parte B de Medicare), usted obtendrá acceso a una cobertura dental que incluye:

- Cobertura sin deducible.
- Hasta \$1,500 por año por servicios dentales cubiertos.
- \$0 de copago por exámenes, radiografías, limpiezas, fluoruro y empastes dentales cubiertos dentro de la red. 50% de coseguro en coronas, puentes, conductos radiculares, extracciones, dentaduras postizas y todos los demás servicios integrales cubiertos de nuestra red.
- Acceso a la red dental más grande de Medicare Advantage, la Red Dental Nacional de Medicare Advantage de UHC. La cobertura fuera de la red está disponible, pero si consulta a un dentista fuera de la red, es posible que el costo sea mayor.
- Otros servicios dentales integrales, según se indica en la tabla a continuación.

Para buscar un dentista de la red en su área, visite el sitio **www.UHCMedicareSolutions.com** y haga clic en “Search Dentists” (Buscar Dentistas) en la pestaña “Shop For a Plan” (Compre un Plan). Cuando se le indique, elija “National Medicare Advantage Network” (Red Nacional de Medicare Advantage).

Comparación de servicios cubiertos entre Routine Dental y la Cláusula Adicional Platinum Dental

Códigos de la American Dental Association (ADA):	Descripción del procedimiento dental:	Frecuencia:	Criterios y exclusiones:	Copago con Routine Dental:	Copago con Platinum Dental:
Exámenes					
D0120	Examen periódico de rutina realizado durante la evaluación	Dos procedimientos por cada año del plan	Cubre exámenes bucales periódicos, limitados, completos y detallados/ extensos. No cubre exámenes periodontales aparte de los exámenes periódicos, limitados o completos. Se cubre solamente un código de examen por cada cita.	\$0*	\$0*
D0140	Examen limitado para evaluar un problema	Un procedimiento por cada año del plan		\$0*	\$0*
D0150	Examen completo (para paciente nuevo, o paciente establecido después de 3 años o más sin que haya habido un tratamiento dental)	Un procedimiento cada tres años del plan		\$0*	\$0*
D0160	Examen detallado y extenso, enfocado en el problema	Un procedimiento por cada año del plan		n/c	\$0*
Radiografías					
D0210	Radiografías panorámicas/ de la boca completa para la evaluación de los dientes y la boca	Un procedimiento cada tres años del plan	Cubre una serie completa de radiografías intrabucales. No cubre tomografías computarizadas (CT), cefalogramas ni imágenes por resonancia magnética (MRI).	\$0*	\$0*

Comparación de servicios cubiertos entre Routine Dental y la Cláusula Adicional Platinum Dental

Códigos de la American Dental Association (ADA):	Descripción del procedimiento dental:	Frecuencia:	Criterios y exclusiones:	Copago con Routine Dental:	Copago con Platinum Dental:
D0220, D0230	Radiografías para una evaluación más detallada de la zona que rodea la raíz de los dientes	Un número ilimitado por cada año del plan	Cubre las radiografías periapicales. No cubre tomografías computarizadas (CT), cefalogramas ni imágenes por resonancia magnética (MRI). No tienen cobertura el mismo día en que se realice una serie completa de radiografías intrabucales (D0210).	\$0*	\$0*
D0270, D0272, D0273, D0274, D0277	Radiografías de aleta de mordida para la evaluación de los dientes y el hueso	Un procedimiento por cada año del plan	No tienen cobertura el mismo año en que se realicen radiografías de la boca completa (D0210)	\$0*	\$0*
D0330	Radiografía panorámica para la evaluación de los dientes y la boca	Un procedimiento cada tres años del plan	Cubre radiografías panorámicas. No cubre tomografías computarizadas (CT), cefalogramas ni imágenes por resonancia magnética (MRI).	\$0*	\$0*

Comparación de servicios cubiertos entre Routine Dental y la Cláusula Adicional Platinum Dental

Códigos de la American Dental Association (ADA):	Descripción del procedimiento dental:	Frecuencia:	Criterios y exclusiones:	Copago con Routine Dental:	Copago con Platinum Dental:
Limpiezas					
D1110	Limpieza dental estándar para adultos	Dos procedimientos por cada año del plan	Cubre la profilaxis de adultos. No tiene cobertura el mismo día en que se realicen D4910 o D4355.	\$0*	\$0*
D4910	Limpieza dental de rutina para un adulto que tiene un historial documentado de enfermedad de las encías	Tres procedimientos por cada año del plan	Cubre el mantenimiento periodontal. Tiene cobertura solo con historial de raspado y alisado radicular (limpieza profunda) o cirugía periodontal.	\$0*	\$0*
Otros servicios preventivos					
D1206, D1208	Fluoruro	Dos procedimientos por cada año del plan	Cubre la aplicación tópica de fluoruro (con o sin barniz)	\$0*	\$0*
D1310	Asesoramiento nutricional	Un procedimiento por cada año del plan	Cubre el asesoramiento sobre hábitos alimenticios como parte del tratamiento y control de la enfermedad de encías o caries	\$0*	\$0*
D1354	Aplicación de medicamento en un diente para detener o inhibir la formación de caries	Un número ilimitado por cada año del plan	Cubre la aplicación de medicamentos que detienen las caries temporalmente, por cada diente en un diente cariado no sintomático	\$0*	\$0*

Comparación de servicios cubiertos entre Routine Dental y la Cláusula Adicional Platinum Dental

Códigos de la American Dental Association (ADA):	Descripción del procedimiento dental:	Frecuencia:	Criterios y exclusiones:	Copago con Routine Dental:	Copago con Platinum Dental:
Empastes Dentales					
D2140, D2150, D2160, D2161, D2330, D2331, D2332, D2335, D2391, D2392, D2393, D2394, D2940	Empastes dentales metálicos o del color del diente colocados directamente en la boca, en dientes frontales o caninos o en las muelas.	Un número ilimitado por cada año del plan	Cubre amalgamas y empastes de compuesto de resina. No cubre los empastes dentales de lámina de oro, los selladores ni las restauraciones preventivas con resina.	\$0*	\$0*
D3110, D3120	Medicamento colocado debajo de los empastes dentales para estimular la cicatrización pulpar	Un número ilimitado por cada año del plan	Cubre el recubrimiento pulpar para una pulpa expuesta o casi expuesta. No cubre bases ni rellenos cuando se han eliminado todas las caries.	\$0*	\$0*

Comparación de servicios cubiertos entre Routine Dental y la Cláusula Adicional Platinum Dental

Códigos de la American Dental Association (ADA):	Descripción del procedimiento dental:	Frecuencia:	Criterios y exclusiones:	Copago con Routine Dental:	Copago con Platinum Dental:
Coronas, incrustaciones tipo inlay y tipo onlay					
D2510, D2520, D2530, D2542, D2543, D2544, D2610, D2620, D2630, D2642, D2643, D2644, D2740, D2750, D2751, D2752, D2790, D2791, D2792, D2794	Funda (corona) o corona parcial (llamada incrustación tipo inlay o tipo onlay) — hecha de metal, porcelana/cerámica, porcelana fusionada a metal, o titanio. Se hace fuera de la boca y luego se coloca en la boca.	Un procedimiento por diente cada cinco años del plan	Con cobertura cuando hay caries extensas o destrucción del diente y el diente no puede arreglarse con solo un empaste dental. No cubre coronas por razones estéticas o para cerrar huecos. Las carillas dentales no están cubiertas. Las coronas de implante no están cubiertas. No cubre coronas “3/4”.	n/c	50%*
Otros servicios restaurativos					
D2920	Fijación de una corona que se cayó	Un número ilimitado por cada año del plan	Con cobertura solo para un diente con una corona existente. Sin cobertura para la fijación de una corona nueva el día de la colocación.	n/c	50%*
D2949	Pequeño empaste dental que se necesita antes de cementar una corona al diente	Un procedimiento por diente cada cinco años del plan	Tiene que realizarse en asociación con una corona	n/c	50%*
D2950	Empaste dental o espigas que se colocan cuando se prepara un diente para una corona	Un procedimiento por diente cada cinco años del plan		n/c	50%*

Comparación de servicios cubiertos entre Routine Dental y la Cláusula Adicional Platinum Dental

Códigos de la American Dental Association (ADA):	Descripción del procedimiento dental:	Frecuencia:	Criterios y exclusiones:	Copago con Routine Dental:	Copago con Platinum Dental:
D2952, D2953, D2954, D2957	Reconstrucción de un empaste dental alrededor de un perno para preparar el diente para una corona	Un D2952 y D2953, o un D2954 y D2957 por diente cada cinco años del plan	Tiene que realizarse en asociación con una corona. El diente también tiene que haber tenido tratamiento de conducto radicular. Cubre pernos y muñones, tanto fabricados indirectamente como prefabricados.	n/c	50%*
Conductos radiculares (servicios de endodoncia)					
D3310, D3320, D3330, D3346, D3347, D3348	Tratamiento de conducto radicular para dientes frontales, caninos o muelas (excluye el empaste dental o la corona que se necesita después del tratamiento de conducto radicular)	Un procedimiento de conducto radicular inicial (D3310, D3320 o D3330) y un procedimiento de repetición de tratamiento (D3346, D3347 o D3348) por diente una vez en la vida del miembro	Se trata de un procedimiento de conducto radicular realizado en un diente por primera vez o como repetición de tratamiento de un diente en el que se realizó un procedimiento de conducto radicular previo. No incluye el tratamiento de conducto radicular realizado desde la punta de la raíz con acceso a través de las encías, el tratamiento de conducto radicular incompleto ni la reparación de la raíz interna por defectos de perforación.	n/c	50%*

Comparación de servicios cubiertos entre Routine Dental y la Cláusula Adicional Platinum Dental

Códigos de la American Dental Association (ADA):	Descripción del procedimiento dental:	Frecuencia:	Criterios y exclusiones:	Copago con Routine Dental:	Copago con Platinum Dental:
Raspado y alisado radicular					
D4341	Limpieza profunda de 4 o más dientes en un cuadrante de la boca	Un procedimiento por cada cuadrante cada dos años del plan, sin exceder cuatro cuadrantes individuales cada dos años del plan	Con cobertura cuando aparece pérdida ósea en las radiografías y además se registra acumulación de sarro y bolsas en las encías que son suficientes para justificar una limpieza profunda.	n/c	50%*
D4342	Limpieza profunda de 1 a 3 dientes en un cuadrante de la boca	Un procedimiento por cada cuadrante cada dos años del plan, sin exceder cuatro cuadrantes individuales cada dos años del plan		n/c	50%*
D4355	Limpieza de acumulación de placa y sarro en los dientes para permitir la visibilidad adecuada de los dientes antes de un examen	Un procedimiento cada tres años del plan	Se usa cuando se debe eliminar una acumulación extensa de placa y sarro a fin de realizar un examen. No puede realizarse el mismo día que una limpieza dental (D1110 o D4910).	n/c	50%*
D4381	Medicamento aplicado en la zona de las encías que rodea un diente (por cada diente) para controlar la enfermedad de las encías	Un número ilimitado por cada año del plan	No se puede usar el mismo día que un raspado y alisado radicular (D4341 o D4342)	n/c	50%*

Comparación de servicios cubiertos entre Routine Dental y la Cláusula Adicional Platinum Dental

Códigos de la American Dental Association (ADA):	Descripción del procedimiento dental:	Frecuencia:	Criterios y exclusiones:	Copago con Routine Dental:	Copago con Platinum Dental:
Dentaduras postizas completas					
D5110	Dentadura postiza superior completa	Un procedimiento cada cinco años del plan	La dentadura postiza tiene cobertura cuando no quedan dientes brotados en la boca	n/c	50%*
D5120	Dentadura postiza inferior completa	Un procedimiento cada cinco años del plan		n/c	50%*
D5130	Dentadura postiza superior completa que se coloca en el momento de la extracción de los dientes superiores remanentes	Un procedimiento una vez en la vida del miembro		n/c	50%*
D5140	Dentadura postiza inferior completa que se coloca en el momento de la extracción de los dientes inferiores remanentes	Un procedimiento una vez en la vida del miembro		n/c	50%*

Comparación de servicios cubiertos entre Routine Dental y la Cláusula Adicional Platinum Dental

Códigos de la American Dental Association (ADA):	Descripción del procedimiento dental:	Frecuencia:	Criterios y exclusiones:	Copago con Routine Dental:	Copago con Platinum Dental:
Dentaduras postizas parciales (extraíbles)					
D5211	Dentadura postiza parcial superior—base de resina	Un procedimiento cada cinco años del plan	La dentadura postiza parcial tiene cobertura cuando los dientes remanentes/de sostén no tienen caries y tienen un hueso adecuado para sostener la dentadura postiza parcial. Incluye materiales de retención/ ganchos, apoyos y dientes.	n/c	50%*
D5212	Dentadura postiza parcial inferior—base de resina	Un procedimiento cada cinco años del plan		n/c	50%*
D5213	Dentadura postiza parcial superior—estructura de metal fundido con base de resina	Un procedimiento cada cinco años del plan		n/c	50%*
D5214	Dentadura postiza parcial inferior—estructura de metal fundido con base de resina	Un procedimiento cada cinco años del plan		n/c	50%*
D5221	Dentadura postiza parcial superior colocada en el momento de las extracciones—base de resina	Un procedimiento cada cinco años del plan		n/c	50%*
D5222	Dentadura postiza parcial inferior colocada en el momento de las extracciones—base de resina	Un procedimiento cada cinco años del plan		n/c	50%*
D5225	Dentadura postiza parcial superior—base flexible	Un procedimiento cada cinco años del plan		n/c	50%*
D5226	Dentadura postiza parcial inferior—base flexible	Un procedimiento cada cinco años del plan		n/c	50%*

Comparación de servicios cubiertos entre Routine Dental y la Cláusula Adicional Platinum Dental

Códigos de la American Dental Association (ADA):	Descripción del procedimiento dental:	Frecuencia:	Criterios y exclusiones:	Copago con Routine Dental:	Copago con Platinum Dental:
Ajustes y reparaciones de dentaduras postizas completas					
D5410, D5411, D5850, D5851	Ajustes de dentaduras postizas o acondicionamiento del tejido para dentadura postiza completa superior o inferior	Dos procedimientos de cada tipo por cada dentadura postiza por cada año del plan	Cubre ajustes, rebases, reparaciones, acondicionamiento del tejido y reemplazo de dientes rotos o faltantes en las dentaduras postizas completas.	n/c	50%*
D5511, D5512, D5520, D5730, D5731, D5750, D5751	Reparaciones y rebases de dentaduras postizas completas superiores o inferiores rotas	Un procedimiento de cada tipo por cada dentadura postiza por cada año del plan	No se puede facturar en un plazo menor de 6 meses después de la colocación de la dentadura postiza nueva.	n/c	50%*
Ajustes y reparaciones de dentaduras postizas parciales					
D5421, D5422	Ajuste de dentadura postiza parcial superior o inferior	Dos procedimientos por cada dentadura postiza por cada año del plan	Cubre los ajustes y rebases de la dentadura postiza parcial. Cubre las reparaciones en la estructura de la dentadura postiza parcial, la reparación o el reemplazo de dientes faltantes o rotos en la dentadura postiza parcial,	n/c	50%*
D5611, D5612, D5621, D5622, D5630, D5640, D5650, D5660, D5740, D5741, D5760, D5761	Reparación o rebase de dentadura postiza parcial superior o inferior	Un procedimiento de cada tipo por cada dentadura postiza parcial por cada año del plan	la reparación o el reemplazo de dientes faltantes o rotos en la dentadura postiza parcial, y la adición de ganchos o dientes a una dentadura postiza parcial existente. No se puede facturar en un plazo menor de 6 meses después de la colocación de la dentadura postiza parcial nueva.	n/c	50%*

Comparación de servicios cubiertos entre Routine Dental y la Cláusula Adicional Platinum Dental

Códigos de la American Dental Association (ADA):	Descripción del procedimiento dental:	Frecuencia:	Criterios y exclusiones:	Copago con Routine Dental:	Copago con Platinum Dental:
Puentes					
D6210, D6211, D6212, D6214, D6240, D6241, D6242, D6245	Parte del puente que es el diente postizo que reemplaza al diente faltante (el pónico)	Un procedimiento por diente cada cinco años del plan	Solamente puede usarse para reemplazar un diente faltante. Cubre puentes hechos de porcelana/ cerámica; porcelana fusionada a metal muy noble, predominantemente común o noble; completamente de metal muy noble, predominantemente común o noble fundido; y titanio. No cubre ninguna parte de un puente sobre implantes.	n/c	50%*
D6740, D6750, D6751, D6752, D6790, D6791, D6792, D6794,	Coronas que se colocan en los dientes que sirven de apoyo al puente (coronas retenedoras)	Un procedimiento por diente cada cinco años del plan	Solo cubre coronas que son parte de un puente. No cubre ninguna parte de un puente sobre implantes.	n/c	50%*
D6930	Fijación de un puente que se cayó	Un número ilimitado por cada año del plan	No cubre la fijación de un puente en el día de la colocación del puente inicial	n/c	50%*

Comparación de servicios cubiertos entre Routine Dental y la Cláusula Adicional Platinum Dental

Códigos de la American Dental Association (ADA):	Descripción del procedimiento dental:	Frecuencia:	Criterios y exclusiones:	Copago con Routine Dental:	Copago con Platinum Dental:
Extracciones y procedimientos de cirugía bucal					
D7111, D7140, D7210, D7250	Extracciones	Un procedimiento por diente una vez en la vida del miembro	Cubre la extracción de dientes permanentes brotados, raíces dentales expuestas y restos de dientes primarios. Cubre la extracción quirúrgica de dientes brotados o raíces dentales expuestas. No cubre la extracción de dientes impactados (no brotados).	n/c	50%*
D7310, D7311, D7320, D7321	Remodelación del hueso que rodea los dientes o los espacios entre dientes	Un procedimiento por cuadrante por cada año del plan, hasta cuatro procedimientos en cuadrantes diferentes/ individuales por cada año del plan	Cubre la alveoloplastia, ya sea junto con o sin extracciones.	n/c	50%*
D7510, D7511	Drenaje quirúrgico de un absceso	Un número ilimitado por cada año del plan	Cubre la incisión y el drenaje de un absceso a través del tejido blando de la boca (intrabucal). No cubre la incisión y el drenaje a través de la piel fuera de la boca (extrabucal).	n/c	50%*

Comparación de servicios cubiertos entre Routine Dental y la Cláusula Adicional Platinum Dental

Códigos de la American Dental Association (ADA):	Descripción del procedimiento dental:	Frecuencia:	Criterios y exclusiones:	Copago con Routine Dental:	Copago con Platinum Dental:
Tratamiento de emergencia del dolor y de Otro Tipo					
D9110	Procedimiento menor para el tratamiento de emergencia del dolor dental	Un número ilimitado por cada año del plan	Con cobertura solamente para una visita de urgencia o de emergencia	n/c	50%*
D9910	Aplicación de un agente insensibilizador a un diente o varios dientes	Un número ilimitado por cada año del plan	Con cobertura una vez por cada visita. No cubre bases, rellenos ni adhesivos que se aplican debajo de las restauraciones.	n/c	50%*
Óxido nitroso y sedación					
D9219	Evaluación para sedación o anestesia general	Un número ilimitado por cada año del plan	Cubre la administración, la evaluación y el monitoreo de sedación/ analgesia intravenosa moderada	n/c	50%*
D9222, D9223	Sedación profunda/ anestesia general	Un número ilimitado por cada año del plan	(consciente), sedación profunda/ anestesia general, y analgésicos/ óxido nitroso— ansiólisis. Los medicamentos usados para estos procedimientos se consideran incluidos en el código del procedimiento y no pueden facturarse por separado.	n/c	50%*
D9230	Óxido nitroso	Un número ilimitado por cada año del plan		\$0*	\$0*
D9239, D9243	Sedación intravenosa	Un número ilimitado por cada año del plan		n/c	50%*

Comparación de servicios cubiertos entre Routine Dental y la Cláusula Adicional Platinum Dental

Códigos de la American Dental Association (ADA):	Descripción del procedimiento dental:	Frecuencia:	Criterios y exclusiones:	Copago con Routine Dental:	Copago con Platinum Dental:
Férulas					
D7880	Férula usada para tratar la articulación temporomandibular (TMJ)	Un procedimiento cada tres años del plan	Cubre los dispositivos ortóticos oclusales proporcionados para el tratamiento de la disfunción temporomandibular	n/c	50%*
D9943	Ajuste del protector oclusal	Dos procedimientos por cada año del plan	Sin cobertura en un plazo menor de 6 meses después de la colocación del protector oclusal	n/c	50%*
D9944	Protector oclusal rígido de arco completo, superior o inferior	Un procedimiento cada tres años del plan	Con cobertura solamente si está asociado, de manera documentada, con rechinamiento o desgaste de los dientes. No cubre ningún tipo de aparato para apnea del sueño, ronquidos ni disfunción temporomandibular.	n/c	50%*

*\$0 de costo compartido por cuidado dental dentro de la red, por servicios especificados únicamente. Si usted elige consultar a un dentista fuera de la red, podrían facturarle más, incluso por los servicios que se indican con un copago de \$0. Por lo general, un proveedor fuera de la red presenta un reclamo en nombre de usted. Si su proveedor no presenta un reclamo en nombre de usted y usted paga los servicios que recibió fuera de la red, llame al número que se encuentra en la parte de atrás de su tarjeta de ID de UnitedHealthcare para recibir ayuda para presentar una solicitud de reembolso.

Se pueden aplicar exclusiones:

1. Servicios prestados por un dentista fuera de la red si su plan no tiene cobertura fuera de la red.
2. Servicios dentales que no sean necesarios.
3. Hospitalización u otros cargos de un centro.
4. Todo procedimiento dental que se realice exclusivamente por razones cosméticas o estéticas.
5. Todo procedimiento dental que no esté directamente relacionado con una enfermedad dental.
6. Todo procedimiento que no se realice en un centro dental.
7. Cirugía reconstructiva de cualquier tipo, incluso la cirugía reconstructiva relacionada con una enfermedad, lesión o anomalía congénita dental.
8. Procedimientos que se consideren experimentales, de investigación o no comprobados. Esto incluye regímenes farmacológicos no aceptados por el Consejo de la Asociación Dental Americana (American Dental Association) en terapéutica dental. El hecho de que un servicio, tratamiento, dispositivo o régimen farmacológico experimental, de investigación o no comprobado sea el único tratamiento disponible para cierta condición no implica que tendrá cobertura si dicho procedimiento se considera experimental, de investigación o no comprobado para el tratamiento de esa condición en particular.
9. Servicios por lesiones o condiciones cubiertas por las leyes del Seguro de Accidentes Laborales o por responsabilidad civil del empleador, y servicios que se prestan sin costo a personas que tienen cobertura de parte de una municipalidad, un condado u otra subdivisión política. Esta exclusión NO se aplica a ningún servicio cubierto por Medicaid o Medicare.
10. Gastos de procedimientos dentales que comenzaron antes de que las personas cubiertas cumplieran los requisitos de participación en el plan.
11. Servicios dentales prestados (incluso los servicios dentales cubiertos de otra manera) después de la fecha de cancelación de la póliza individual, incluidos los servicios dentales para condiciones dentales que hayan surgido antes de la fecha de cancelación de la póliza individual.
12. Servicios prestados por un proveedor con la misma residencia legal que la de la persona cubierta o que es familiar de la persona cubierta, como un cónyuge, hermanos, padres o hijos.
13. Cargos por faltar a una cita programada sin avisar al consultorio dental con 24 horas de anticipación.
14. Los servicios que no aparecen en esta lista no están cubiertos.



La red de proveedores puede cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando esto ocurra.

Los proveedores fuera de la red o no contratados no tienen ninguna obligación de tratar a los miembros del plan, excepto en situaciones de emergencia. Para que decidamos si cubriremos o no un servicio fuera de la red, les sugerimos a usted o a su proveedor que, antes de que usted reciba el servicio, nos solicite una determinación de la organización previa al servicio. Llame a nuestro número de Servicio al Cliente o consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

Y0066_RoutvPlat_2022_SP_M

EREX22PO5015616_000

Beneficio de servicios para la vista de rutina

Los beneficios de UnitedHealthcare Vision prestan servicios que ayudan a proteger la vista y le ahorran dinero en artículos para la vista. Desde ahorros en costos bajos hasta un alto valor, le ofrecemos las opciones que usted desea.

Algunas de las muchas maneras de aprovechar nuestros beneficios de la vista:



\$0 de copago por un examen de la vista integral anual y una asignación de \$100 para marcos o lentes de contacto cada 2 años



Lentes con receta estándar gratis, incluidos los lentes monofocales, bifocales, trifocales y progresivos de Nivel I (estándar)—todos con un revestimiento resistente a rayaduras



Ahorros en mejoras de lentes, incluidos lentes con color, con revestimiento para rayos ultravioleta (UV)/antirreflejo y de policarbonato



La red de la vista de Medicare Advantage más grande del país, incluidas tiendas minoristas en puntos de venta y en Internet



Artículos para la vista con entrega a domicilio disponible a través de proveedores en Internet, incluidos Warby Parker y GlassesUSA entre otros



Para comenzar: Para buscar un proveedor de UnitedHealthcare Vision, visite medicare.myuhcvision.com



El tamaño de la red varía según el mercado. Los beneficios de la vista varían según el plan y no están disponibles con todos los planes. Se pueden aplicar cargos adicionales por artículos y servicios fuera de la red. Examen de la vista de rutina anual y asignación por lentes de contacto o marcos de diseñador, con lentes estándar (monofocales, bifocales, trifocales o progresivos estándar) con cobertura total ya sea anual o cada dos años. Se aplican limitaciones y exclusiones. Ahorros en lentes en comparación con el precio minorista y la asignación de artículos para la vista. Nuestra red tiene otros proveedores de la vista a su disposición.

Y0066_RVB_2022_SP_M

UHCA22HM5010136_000

NOTAS

[illegible]

Renew Active®

**Mantenga su actividad física. Manténgase enfocado.
Manténgase fiel a sí mismo.**

Renew Active es el programa de referencia de acondicionamiento físico para el cuerpo y la mente que ofrece Medicare – disponible sin costo adicional. Manténgase activo con una membresía gratuita a un gimnasio, un plan de acondicionamiento físico personalizado, clases de acondicionamiento físico en grupo y un programa para la agudeza mental por Internet, entre otros. Si no desea ir al gimnasio, hay otras opciones que le permitirán mantenerse activo en su casa.

El programa Renew Active incluye:



Una membresía gratuita a un gimnasio con acceso a nuestra red nacional de gimnasios y centros de acondicionamiento físico. Se trata del mayor programa de acondicionamiento físico de Medicare e incluye gimnasios de primera categoría



Un plan anual de acondicionamiento físico personalizado



Acceso a miles de videos de ejercicios a demanda y clases de acondicionamiento físico en vivo por Internet



Actividades sociales en clases y eventos locales de salud y bienestar, así como a través de la Comunidad Fitbit® en Internet para Renew Active — no es necesario tener un dispositivo Fitbit®. Inscribirse en la comunidad también proporciona acceso a Fitbit Premium™



Un programa para la agudeza mental por Internet proporcionado por AARP® Staying Sharp®, que incluye una evaluación de agudeza mental y contenido exclusivo para los miembros del programa Renew Active



Para comenzar: Para obtener más información sobre todo lo que el programa Renew Active tiene para ofrecer, visite **UHCRenewActive.com** o comuníquese con su representante de ventas



La participación en el programa Renew Active® es voluntaria. Antes de empezar un programa de ejercicios o de hacer cambios en su estilo de vida o en su rutina de cuidado de la salud, consulte a su médico. Renew Active incluye una membresía estándar en un programa de acondicionamiento físico y otras ofertas. El equipo de acondicionamiento físico, las clases, los planes de acondicionamiento físico personalizados, el acceso para los cuidadores y los eventos pueden variar según el lugar. Algunos servicios, descuentos, clases, eventos y ofertas de acondicionamiento físico en Internet son proporcionados por afiliadas de UnitedHealthcare Insurance Company o por terceros que no están afiliados con UnitedHealthcare. La participación en estos servicios externos está sujeta a su aceptación de sus respectivas condiciones y normas. AARP Staying Sharp es la marca registrada de AARP. La mayor red de gimnasios de todos los programas de acondicionamiento físico de Medicare, según una comparación de datos de sitios web de competidores a marzo de 2021. UnitedHealthcare no es responsable de los servicios ni la información proporcionada por terceros. La información proporcionada a través de estos servicios es para su conocimiento solamente y no sustituye el consejo de un médico. La disponibilidad del programa Renew Active varía según el plan o el área. El acceso a la red de gimnasios y centros de acondicionamiento físico puede variar según el sitio y el plan.

Y0066_RA_2022_SP_M

UHC022HM5006447_000

Beneficio de servicios para la audición de rutina

Con UnitedHealthcare Hearing, usted tendrá ayuda personalizada en todo momento, desde coordinar un examen de audición hasta encontrar el aparato auditivo adecuado.

Beneficios de servicios para la audición que son música para sus oídos:



\$0 de copago por un examen de audición de rutina y copagos tan bajos como \$375 por una amplia selección de aparatos auditivos de marca



Una de las redes de profesionales de la audición más grandes del país, con más de 7,000 sitios



Acceso a aparatos auditivos de primera marca, incluidos Beltone™, Oticon, Phonak, ReSound, Signia, Starkey®, Unitron™ y Widex®



Hasta el 80% de ahorro con relación a los precios de la industria con Relate™, la marca de UnitedHealthcare Hearing



Conveniente entrega a domicilio de aparatos auditivos selectos



Apoyo personalizado, incluidos chats de video a demanda con proveedores de servicios de audición, ajustes de aparatos auditivos, tutoriales en Internet y más



Para comenzar: Haga un examen de audición en Internet para conocer las opciones de aparatos auditivos en uhchearing.com/Medicare



El tamaño de la red varía según el mercado. Los beneficios, las características o los dispositivos varían según el plan o el área. Se pueden aplicar limitaciones y exclusiones. La red de UnitedHealthcare tiene otros proveedores de exámenes de audición a su disposición. El plan solamente cubre aparatos auditivos de un proveedor de la red de UnitedHealthcare Hearing. Los ahorros en aparatos auditivos se calculan en comparación con los precios en comercios minoristas. El examen de audición en Internet no está diseñado para reemplazar el consejo médico profesional, diagnóstico o tratamiento. Hable con su proveedor de cuidado de la salud si tiene preguntas sobre una condición médica.

Y0066_RHB_2022_SP_M

UHCA22HM5006642_000



Plan Medicare Advantage
con cobertura de
medicamentos con receta

Resumen de beneficios 2022

Erickson Advantage® Liberty with Drugs (HMO-POS)
H5652-008-000

Consulte esta guía y aproveche las coberturas de medicamentos y servicios de salud que proporciona el plan.

Llame a Servicio al Cliente o visite nuestro sitio en Internet para obtener más información sobre el plan.



Llamada gratuita **1-866-774-9671**, TTY **711**

8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana



www.EricksonAdvantage.com

United
Healthcare

 **Erickson**
SENIOR LIVING®
ERICKSON ADVANTAGE®

Resumen de beneficios

Del 1 de enero de 2022 al 31 de diciembre de 2022

La información sobre beneficios que aquí se incluye es un resumen de qué es lo que cubrimos y qué es lo que a usted le corresponde pagar. No indica todos los servicios que cubrimos ni indica todas las limitaciones y exclusiones. La Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) incluye una lista completa de los servicios que cubrimos. Puede consultarla por Internet en www.EricksonAdvantage.com, o puede llamar a Servicio al Cliente si tiene alguna pregunta. Al inscribirse en el plan recibirá información indicándole dónde debe ir en Internet para ver su Evidencia de Cobertura.

Acerca de este plan.

Erickson Advantage® Liberty with Drugs (HMO-POS) es un plan Medicare Advantage HMOPOS que tiene un contrato con Medicare.

Para inscribirse en este plan, usted debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare, debe vivir en nuestra área de servicio que se indica a continuación y debe ser un ciudadano de los Estados Unidos o su presencia en los Estados Unidos debe estar debidamente legalizada.

Nuestra área de servicio incluye estos condados de:

Colorado: Douglas;

Florida: Collier;

Kansas: Johnson;

Maryland: Baltimore, Montgomery, Prince George's;

Massachusetts: Essex, Plymouth;

Michigan: Oakland;

New Jersey: Monmouth, Morris, Union;

North Carolina: Mecklenburg;

Pennsylvania: Bucks, Delaware;

Texas: Collin, Harris;

Virginia: Fairfax, Loudoun.

Use proveedores y farmacias de la red.

Erickson Advantage® Liberty with Drugs (HMO-POS) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Hay ciertos servicios para los que puede utilizar proveedores que no están en nuestra red. Si utiliza farmacias que no están en nuestra red, es posible que el plan no pague los medicamentos recibidos, o que usted deba pagar más de lo que pagaría en una farmacia de la red.

Puede visitar www.EricksonAdvantage.com para buscar un proveedor o una farmacia de la red mediante los Directorios en Internet. También puede consultar la Lista de Medicamentos (Formulario) del plan para saber qué medicamentos están cubiertos y si hay alguna restricción.

Erickson Advantage® Liberty with Drugs (HMO-POS)

Primas y beneficios

	Dentro de la red	Fuera de la red
Prima mensual del plan	Su plan no tiene prima mensual.	
Deducible Médico Anual	Este plan no tiene un deducible.	
Máximo de gastos de su bolsillo (no incluye medicamentos con receta)	\$6,700 anuales por servicios cubiertos por Medicare que usted reciba de proveedores dentro de la red.	Un número ilimitado fuera de la red
	Si usted alcanza el límite de gastos de su bolsillo, seguirá obteniendo los servicios médicos y hospitalarios que tengan cobertura y nosotros pagaremos el costo total durante el resto del año. Tenga en cuenta que usted todavía tendrá que pagar el costo compartido de los medicamentos con receta de la Parte D.	

Erickson Advantage® Liberty with Drugs (HMO-POS)

Beneficios

		Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios Hospitalarios para Pacientes Hospitalizados²		\$300 de copago por día, por los días 1 a 7 \$0 de copago por día, por los días 8 y en adelante	30% de coseguro por cada estadía
		Nuestro plan cubre un número ilimitado de días en el caso de una estadía en el hospital como paciente hospitalizado.	
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios Se aplicará un costo compartido por los servicios adicionales cubiertos por el plan.	Centro de cirugía ambulatoria (ASC) ²	\$0 de copago por una colonoscopia de diagnóstico De lo contrario, \$300 de copago	30% de coseguro
	Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso cirugía ²	\$0 de copago por una colonoscopia de diagnóstico De lo contrario, \$300 de copago	30% de coseguro
	Servicios Hospitalarios de Observación para Pacientes Ambulatorios ²	\$300 de copago	30% de coseguro
Visitas al médico	Proveedor de Cuidado Primario	Tipo 1: \$0 de copago Tipo 2: \$30 de copago	30% de coseguro
	Especialistas ²	\$50 de copago	30% de coseguro
	Visitas virtuales médicas	\$0 de copago; Hable con proveedores de telesalud que sean parte de la red, mediante su computadora, teléfono celular o tableta.	

Beneficios

		Dentro de la red	Fuera de la red
Cuidado preventivo	Cubierto por Medicare	\$0 de copago	\$0 de copago - 30% de coseguro (según el servicio)
		Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal Asesoramiento para reducir el uso indebido de alcohol Visita de “Bienestar” anual Medición de Masa Ósea Examen de detección de cáncer de seno (mamografía) Enfermedad cardiovascular (terapia conductual) Exámenes cardiovasculares Pruebas de detección de cáncer del cuello uterino y de la vagina Exámenes de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, análisis de sangre oculta en la materia fecal, sigmoidoscopia flexible) Evaluación de Depresión Pruebas de detección y control de la diabetes Prueba de detección de hepatitis C Prueba de Detección del VIH Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Servicios de terapia de nutrición clínica Programa para la Prevención de la Diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) Evaluación y asesoramiento sobre obesidad Exámenes de detección de cáncer de próstata (PSA) Exámenes de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento para prevenirlas Asesoramiento para dejar de usar tabaco (asesoramiento para personas sin señales de enfermedad relacionada con el tabaco) Vacunas, incluso vacunas antigripales, contra la hepatitis B, contra la pulmonía o la COVID-19 Visita preventiva “Bienvenido a Medicare” (una vez)	
		Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato tendrá cobertura.	

Beneficios

		Dentro de la red	Fuera de la red
		Este plan cubre el 100% de los exámenes de detección preventivo y los exámenes médicos anuales cuando usa proveedores dentro de la red.	
	Examen médico de rutina	\$0 de copago; 1 por año *	30% de coseguro; 1 por año *
Cuidado de emergencia		\$90 de copago (\$0 de copago por cuidado de emergencia fuera de los Estados Unidos) por cada visita Si es admitido en el hospital en un plazo no mayor de 24 horas, usted paga el copago por cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados en lugar del copago por cuidado de emergencia. Consulte la sección “Servicios Hospitalarios para Pacientes Hospitalizados” de esta guía para ver otros costos.	
Servicios requeridos de urgencia		\$30 de copago (\$0 de copago por servicios requeridos de urgencia fuera de los Estados Unidos)por cada visita	
Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio y radiología y radiografías	Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, MRI) ²	\$0 de copago por cada mamografía de diagnóstico \$105 de copago, de otra manera	30% de coseguro
	Servicios de laboratorio ²	\$0 de copago	\$0 de copago
	Pruebas y procedimientos de diagnóstico ²	\$0 de copago	30% de coseguro
	Radiología Terapéutica ²	\$60 de copago por cada servicio	30% de coseguro
	Radiografías para Pacientes Ambulatorios ²	\$15 de copago por cada servicio	\$20 de copago por cada servicio

Beneficios

		Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios para la audición	Examen para diagnosticar y tratar problemas de la audición y el equilibrio ²	\$0 de copago	30% de coseguro
	Examen de audición de rutina	\$0 de copago; 1 por año *	30% de coseguro; 1 por año *
	Aparato auditivo ²	\$375 - \$1,425 de copago por cada aparato auditivo proporcionado a través de UnitedHealthcare Hearing, hasta 2 aparatos auditivos cada año. * Incluye aparatos auditivos entregados directamente a su domicilio con cuidado médico de seguimiento virtual a través de Right2You (modelos selectos), ofrecidos solamente por UnitedHealthcare Hearing.	
Beneficios de Routine Dental	Cláusula adicional Optional Dental	Puede obtener beneficios dentales adicionales mediante una prima aparte. Para obtener más información, consulte la sección de beneficios opcionales que se encuentra más adelante.	
	Preventivos	\$0 de copago por exámenes, limpiezas, radiografías y fluoruro *	\$0 de copago por exámenes, limpiezas, radiografías y fluoruro *
	Integrales ²	\$0 de copago por servicios dentales integrales *	\$0 de copago por servicios dentales integrales *
	Límite de beneficios	\$500 de límite combinado en todos los servicios dentales cubiertos * Si decide consultar a un dentista fuera de la red, es posible que se le facture más, incluso por los servicios que se indican con un copago de \$0	

Beneficios

		Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios para la vista	Exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de los ojos ²	\$0 de copago	30% de coseguro
	Artículos para la vista después de una cirugía de cataratas	\$0 de copago	\$0 de copago
	Examen de la vista de rutina	\$0 de copago; 1 cada año*	30% de coseguro; 1 cada año*
	Artículos para la vista de rutina	\$0 de copago; hasta \$100 cada 2 años para marcos o lentes de contacto a través de UnitedHealthcare Vision. Los lentes estándar monofocales, bifocales, trifocales o progresivos están totalmente cubiertos.* Los artículos para la vista con entrega a domicilio están disponibles en todo el país a través de UnitedHealthcare Vision (solamente productos selectos).	
Salud mental	Visita como Paciente Hospitalizado ²	\$300 de copago por día, por los días 1 a 5 \$0 de copago por día, por los días 6 a 90	30% de coseguro por cada estadía
		Nuestro plan cubre 90 días en el caso de una estadía en el hospital como paciente hospitalizado.	
	Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios ²	\$20 de copago	30% de coseguro
	Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios ²	\$20 de copago - \$40 de copago	30% de coseguro
	Visitas virtuales de salud mental	\$0 de copago. Hable con proveedores de telesalud que sean parte de la red, mediante su computadora, teléfono celular o tableta.	

Beneficios

		Dentro de la red	Fuera de la red
Centro de Enfermería Especializada (SNF)²		\$0 de copago por día, por los días 1 a 20 \$188 de copago por día, por los días 21 a 56 \$0 de copago por día, por los días 57 a 100	30% de coseguro por cada estadía, hasta 100 días
		Nuestro plan cubre hasta 100 días en un Centro de Enfermería Especializada.	
Visita de fisioterapia y de terapia del habla y del lenguaje²		\$40 de copago	30% de coseguro
Ambulancia² Su proveedor debe obtener una preautorización para el transporte en situaciones que no son una emergencia.		\$250 de copago por transporte terrestre \$250 de copago por transporte aéreo	\$250 de copago por transporte terrestre \$250 de copago por transporte aéreo
Transporte de Rutina		\$0 de copago; 24 viajes en una sola dirección por año desde o hacia sitios aprobados	Sin cobertura
Medicamentos con Receta de la Parte B de Medicare	Medicamentos para quimioterapia ²	20% de coseguro	30% de coseguro
	Otros medicamentos de la Parte B ²	\$0 de copago por antígenos para alergias 20% de coseguro por todos los demás	\$0 de copago por antígenos para alergias 30% de coseguro por todos los demás

Medicamentos con receta

Si usted vive en un centro de cuidado a largo plazo, pagará lo mismo por un suministro de 31 días que por un suministro de 30 días en una farmacia minorista.

Etapas 1: Deducible Anual para Medicamentos con Receta (Parte D).	\$0 por año por los medicamentos con receta del Nivel 1 y Nivel 2; \$400 por los medicamentos con receta del Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5 de la Parte D.			
Etapas 2: Cobertura inicial (Una vez que haya pagado el deducible, si corresponde)	Medicamentos en una farmacia minorista		Farmacia de pedidos por correo	
	Estándar		Preferida	Estándar
	Suministro de 30 días	Suministro de 90 días	Suministro de 90 días	Suministro de 90 días
Nivel 1: Genéricos Preferidos	\$5 de copago	\$15 de copago	\$0 de copago	\$15 de copago
Nivel 2: Genéricos ³	\$20 de copago	\$60 de copago	\$0 de copago	\$60 de copago
Nivel 3: De Marca Preferidos	\$45 de copago	\$135 de copago	\$125 de copago	\$135 de copago
Medicamentos de Insulina Selectos ⁴	\$35 de copago	\$105 de copago	\$95 de copago	\$105 de copago
Nivel 4: Medicamentos No Preferidos	\$100 de copago	\$300 de copago	\$290 de copago	\$300 de copago
Nivel 5: De Especialidad	26% de coseguro	N/C ⁵	N/C ⁵	N/C ⁵
Etapas 3: Etapa sin cobertura	Los medicamentos del Nivel 1 están cubiertos durante la Etapa Sin Cobertura. Durante la Etapa Sin Cobertura, por los medicamentos cubiertos de otros niveles, una vez que los costos totales de sus medicamentos alcancen los \$4,430, usted paga un 25% de coseguro, por los medicamentos genéricos, y un 25% de coseguro, por los medicamentos de marca.			

Etapas 4: Cobertura de gastos médicos mayores	Una vez que los gastos anuales de su bolsillo para la compra de medicamentos (incluso los medicamentos comprados en una farmacia minorista y en una farmacia de pedidos por correo) alcancen \$7,050, usted paga la cantidad que sea mayor de las siguientes: □ 5% de coseguro, o □ \$3.95 de copago por genéricos (incluso medicamentos de marca que se consideran como genéricos) y \$9.85 de copago por todos los demás medicamentos.
--	--

³ Este nivel incluye cobertura mejorada de medicamentos.

⁴Para el año 2022, este plan participa en el Modelo de Ahorros de la Parte D para Adultos de Edad Avanzada, que ofrece gastos de su bolsillo estables, predecibles y más bajos por insulina cubierta a través de las diferentes etapas de cobertura de beneficios de la Parte D. Usted pagará un máximo de \$35 por un suministro de 1 mes de los medicamentos de insulina selectos de la Parte D durante la Etapa del Deducible, la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa Sin Cobertura o "Intervalo en la Cobertura" de su beneficio. Pagará el 5% del costo total de su insulina en la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores. Este costo compartido solamente se aplica a los miembros que no califican para un programa que ayuda a pagar sus medicamentos ("Ayuda Adicional").

⁵ Limitado a un suministro de 30 días

Beneficios adicionales

		Dentro de la red	Fuera de la red
Cuidado quiropráctico	Manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación ²	\$20 de copago	50% de coseguro
Manejo de la Diabetes	Suministros para el Control de la Diabetes ²	20% de coseguro	30% de coseguro
	Capacitación para el automanejo de la diabetes	\$0 de copago	30% de coseguro
	Zapatos e insertos terapéuticos ²	20% de coseguro	30% de coseguro
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados	Equipo Médico Duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno) ²	20% de coseguro	30% de coseguro
	Prótesis (por ejemplo, abrazaderas ortopédicas, extremidades artificiales) ²	20% de coseguro	30% de coseguro
Programa de Prevención de Caídas		Aprenda cómo reducir caídas, prevenir lesiones y mejorar su fuerza y equilibrio	Sin cobertura
Programa de acondicionamiento físico		El programa Renew Active le ofrece una membresía estándar a un gimnasio en una extensa red de centros de acondicionamiento físico en todo el país, además de un plan de acondicionamiento físico personalizado, clases de acondicionamiento físico por Internet y un programa para la agudeza mental por Internet, todo sin costo para usted.	

Beneficios adicionales

		Dentro de la red	Fuera de la red
Cuidado de los Pies (servicios para podiatría)	Exámenes y tratamiento de los pies ²	\$50 de copago	30% de coseguro
	Cuidado de rutina de los pies	\$50 de copago; por cada visita, hasta 6 visitas cada año *	30% de coseguro; por cada visita, hasta 6 visitas cada año *
Programa de cuidado de la salud a domicilio ²		\$0 de copago	30% de coseguro
Cuidados paliativos		Usted no paga nada por los cuidados paliativos recibidos de cualquier proveedor de cuidados paliativos certificado por Medicare. Es posible que usted tenga que pagar una parte de los costos de los medicamentos y del relevo del cuidador. Fuera de nuestro plan, los cuidados paliativos son cubiertos por Medicare Original.	
Visita de terapia ocupacional ²		\$40 de copago	30% de coseguro
Servicios del Programa de Tratamiento Relacionado con Opiáceos ²		\$0 de copago	\$0 de copago
Servicios para Pacientes Ambulatorios por Abuso de Sustancias	Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios ²	\$40 de copago	30% de coseguro
	Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios ²	\$40 de copago	30% de coseguro
Diálisis Renal ²		20% de coseguro	20% de coseguro

Los servicios con un 2 posiblemente requieren que su proveedor obtenga una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red.

*Estos beneficios se consideran de manera combinada, dentro y fuera de la red

Beneficios complementarios opcionales

Primas y beneficios

Cláusula Adicional Platinum Dental	Prima	\$38.00 adicionales por mes
	Descripción	La Cláusula Adicional Platinum Dental incluye beneficios de servicios dentales, tanto preventivos como integrales.

Información necesaria

Los planes están asegurados a través de UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus compañías afiliadas, una organización Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare y un patrocinador de la Parte D aprobado por Medicare. La inscripción en estos planes depende de la renovación del contrato del plan con Medicare.

Es posible que los planes ofrezcan beneficios complementarios además de los beneficios de la Parte C y de la Parte D.

Si desea más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte la versión más reciente del manual “Medicare y Usted”. Puede consultarlo en Internet en [es.medicare.gov](https://www.medicare.gov) o pedir una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

UnitedHealthcare no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad en sus programas y actividades relacionados con la salud.

UnitedHealthcare ofrece servicios gratuitos para ayudarle a que se comunique con nosotros. Por ejemplo, cartas en otros idiomas, braille, letra grande, audio o bien, usted puede pedir un intérprete. Comuníquese con nuestro número de Servicio al Cliente al 1-866-314-8188, para obtener información adicional (los usuarios de TTY deben comunicarse al 711). Los horarios de atención son de 24 horas del día, los 7 días de la semana.

UnitedHealthcare provides free services to help you communicate with us such as letters in other languages, Braille, large print, audio, or you can ask for an interpreter. Please contact our Customer Service number at 1-866-314-8188 for additional information (TTY users should call 711). Hours are 24 hours a day, 7 days a week.

Los beneficios, las características o los dispositivos varían según el plan o el área. Se pueden aplicar limitaciones y exclusiones.

El Formulario y la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando esto ocurra.

OptumRx es una afiliada de UnitedHealthcare Insurance Company. Usted no está obligado a usar la entrega a domicilio de OptumRx para obtener un suministro de 90 días de sus medicamentos de mantenimiento.

Si no ha utilizado la entrega a domicilio de OptumRx, para surtir sus medicamentos, usted debe aprobar la primera receta que su médico envíe directamente a OptumRx. Los medicamentos con una receta nueva que OptumRx envía deberían llegarle aproximadamente en diez días hábiles a partir de la fecha en que se reciba el formulario de pedido completo. Los resurtidos deberían llegarle en aproximadamente siete días hábiles. Comuníquese con OptumRx en cualquier momento al 1-877-266-4832, TTY 711.

La participación en el programa RenewActive® es voluntaria. Consulte a su médico antes de empezar un programa de ejercicios o de hacer cambios en su estilo de vida o en su rutina de cuidado de la salud. El programa Renew Active incluye una membresía estándar en un programa de acondicionamiento físico y otras ofertas. El equipo, las clases, los planes de acondicionamiento físico personalizados, el acceso para los cuidadores y los eventos de la membresía en el programa de acondicionamiento físico pueden variar según el sitio. Ciertos servicios, clases, eventos y ofertas de acondicionamiento físico por Internet son proporcionados por compañías afiliadas de UnitedHealthcare Insurance Company o por terceros que no están afiliados a UnitedHealthcare. La participación en estos servicios de terceros está sujeta a la aceptación de sus términos y normas correspondientes. AARP® Staying Sharp es la marca registrada de AARP. UnitedHealthcare no es responsable de los servicios ni la información proporcionada por terceros. La información proporcionada a través de estos servicios es para su conocimiento solamente y no sustituye el consejo de un médico. El programa Renew Active varía según el plan o el área. El acceso a la red de gimnasios y centros de acondicionamiento físico puede variar según el sitio y el plan.

Calificaciones por estrellas

Medicare 2021

UnitedHealthcare - H5652

El Programa Medicare evalúa anualmente los planes por un sistema de calificaciones con 5 estrellas. 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 2021, UnitedHealthcare recibió la siguiente calificación general por estrellas de Medicare.

★ ★ ★ ★ ★ 5 estrellas

Recibimos la siguiente calificación resumida por estrellas para los servicios de salud ó de medicamentos de UnitedHealthcare:

Servicios de Planes de Salud: ★ ★ ★ ★ ↗ 4.5 estrellas

Servicios de Planes de Medicamentos: ★ ★ ★ ★ ↗ 4.5 estrellas

✦ **Este plan ha obtenido la calificación más alta de Medicare (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 7 días a la semana de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local al **866-774-9671** (libre de cargo) ó al **711** (teléfono de texto).

Miembros actuales por favor llamar al **866-314-8188** (libre de cargo) ó al **711** (teléfono de texto).

Las calificaciones por estrellas están basadas en 5 estrellas. Las calificaciones por estrellas son evaluadas cada año y pueden cambiar de un año al otro.

La compañía no trata a los miembros de manera diferente por motivos de sexo, edad, raza, color, discapacidad u origen nacional.

Si piensa que ha sido tratado injustamente debido a una cuestión de su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, presente una queja al Coordinador de Derechos Civiles.

Internet: UHC_Civil_Rights@uhc.com

Correo: Civil Rights Coordinator. UnitedHealthcare Civil Rights Grievance. P.O. Box 30608 Salt Lake City, UTAH 84130

Debe enviar la queja dentro de los 60 días de haberse dado cuenta de lo ocurrido. Usted recibirá la decisión en un plazo de 30 días. Si no está de acuerdo con esta decisión, tendrá 15 días para pedirnos que la revisemos nuevamente.

Si necesita ayuda para presentar su queja, llame al número de teléfono gratuito para miembros que se encuentra en la portada de esta guía.

También puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Internet: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

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

Teléfono: Llamada gratuita: 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Correo: U.S. Dept. of Health and Human Services. 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201

Ofrecemos servicios gratuitos para ayudarle a que se comunique con nosotros. Por ejemplo, cartas en otros idiomas o en letra grande. O bien, usted puede pedir un intérprete. Para pedir ayuda, llame al número de teléfono gratuito para miembros que se encuentra en la portada de esta guía.

ATENCIÓN: Si habla **español (Spanish)**, hay servicios de asistencia de idiomas, sin cargo, a su disposición. Llame al número de teléfono gratuito que aparece en la portada de esta guía.

請注意：如果您說**中文 (Chinese)**，我們免費為您提供語言協助服務。請撥打本手冊封面所列的免付費會員電話號碼。

XIN LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng **Việt (Vietnamese)**, quý vị sẽ được cung cấp dịch vụ trợ giúp về ngôn ngữ miễn phí. Xin vui lòng gọi số điện thoại miễn phí dành cho hội viên trên trang bìa của tập sách này.

알림: **한국어(Korean)**를 사용하시는 경우 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 이 책자 앞 페이지에 기재된 무료 회원 전화번호로 문의하십시오.

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng **Tagalog (Tagalog)**, may makukuha kang mga libreng serbisyo ng tulong sa wika. Pakitawagan ang toll-free na numero ng telepono na nakalista sa harapan ng booklet na ito.

ВНИМАНИЕ: бесплатные услуги перевода доступны для людей, чей родной язык является **русским (Russian)**. Позвоните по бесплатному номеру телефона, указанному на лицевой стороне данной брошюры.

تنبيه: إذا كنت تتحدث **العربية (Arabic)**، فإن خدمات المساعدة اللغوية المجانية متاحة لك. يرجى الاتصال على رقم الهاتف المجاني للعضو الموجود في مقدمة هذا الكتيب.

ATANSYON: Si w pale **Kreyòl ayisyen (Haitian Creole)**, ou kapab benefisye sèvis ki gratis pou ede w nan lang pa w. Tanpri rele nimewo telefòn gratis pou manm yo ki sou kouvèti ti liv sa a.

ATTENTION : Si vous parlez **français (French)**, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Veuillez appeler le numéro de téléphone sans frais pour les affiliés figurant au début de ce guide.

UWAGA: Jeżeli mówisz po **polsku (Polish)**, udostępniliśmy darmowe usługi tłumacza. Prosimy zadzwonić pod bezpłatny członkowski numer telefonu podany na okładce tej broszury.

ATENÇÃO: Se você fala **português (Portuguese)**, contate o serviço de assistência de idiomas gratuito. Ligue gratuitamente para o número do membro encontrado na frente deste folheto.

ATTENZIONE: in caso la lingua parlata sia l'**italiano (Italian)**, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Si prega di chiamare il numero verde per i membri indicato all'inizio di questo libretto.

ACHTUNG: Falls Sie **Deutsch (German)** sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Bitte rufen Sie die gebührenfreie Rufnummer für Mitglieder auf der Vorderseite dieser Broschüre an.

注意事項：日本語 (**Japanese**) を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。本冊子の表紙に記載されているメンバー用フリーダイヤルにお電話ください。

توجه: اگر زبان شما **فارسی (Farsi)** است، خدمات امداد زبانی به طور رایگان در اختیار شما می باشد. لطفاً با شماره تلفن رایگان اعضا که بر روی جلد این کتابچه قید شده تماس بگیرید.

ध्यान दें: यदि आप **हिंदी (Hindi)** बोलते हैं, आपको भाषा सहायता सेवाएँ, निःशुल्क उपलब्ध हैं। कृपया इस पुस्तिका के सामने के पृष्ठ पर सूचीबद्ध सदस्य टोल-फ्री फ़ोन नंबर पर कॉल करें।

CEEB TOOM: Yog koj hais Lus **Hmoob (Hmong)**, muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj. Thov hu tus tswv cuab xov tooj hu dawb teev nyob ntawm sab xub ntiag ntawm phau ntawv no.

ចំណាប់អារម្មណ៍: បើសិនអ្នកនិយាយ**ភាសាខ្មែរ (Khmer)** សេវាជំនួយភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ គឺមានសំរាប់អ្នក។ សូមទូរស័ព្ទទៅលេខសមាជិកឥតចេញថ្លៃ បានកត់នៅខាងមុខនៃកូនសៀវភៅនេះ។

PAKDAAR: Nu saritaem ti **Ilocano (Ilocano)**, ti serbisyo para ti baddang ti lengguahe nga awanan bayadna, ket sidadaan para kenyan. Pakitawagan iti miyembro toll-free nga number nga nakasurat iti sango ti libro.

DÍÍ BAA'ÁKONÍNÍZIN: **Diné (Navajo)** bizaad bee yániit'go, saad bee áka'anída'awo'ígíí, t'áá jíík'eh, bee ná'ahóót'i'. T'áá shqodí díí naaltsoos bidáahgi t'áá jiik'eh naaltsoos báha'dít'éhígíí béésh bee hane'í biká'ígíí bee hodiilnih.

OGOW: Haddii aad ku hadasho **Soomaali (Somali)**, adeegyada taageerada luqadda, oo bilaash ah, ayaad heli kartaa. Fadlan wac lambarka xubinta ee telefonka bilaashka ah ee ku qoran xagga hore ee buugyaraha.

Lista de medicamentos

Lista de medicamentos

Esta es una lista alfabética completa de los medicamentos con receta que cubre el plan a partir del 1 de octubre de 2021. Esta lista puede cambiar durante el año. Para obtener la información más actualizada, llámenos o visítenos por Internet. Nuestro número de teléfono y sitio web se encuentran en la contraportada de esta guía.

- ❑ Los medicamentos **de marca** aparecen en letra **remarcada**. Los medicamentos genéricos aparecen en letra normal
- ❑ Es posible que su plan tenga un deducible anual para medicamentos con receta
- ❑ Los medicamentos cubiertos están asignados a niveles. Cada nivel tiene un costo diferente
 - Nivel 1: Genéricos Preferidos
 - Nivel 2: Genéricos
 - Nivel 3: De Marca Preferidos
 - Medicamentos de Insulina Selectos*
 - Nivel 4: Medicamentos No Preferidos
 - Nivel 5: De Especialidad
- ❑ Este plan participa en el Programa de Ahorros para la Insulina para Adultos de Edad Avanzada*. Usted pagará un máximo de \$35 por un suministro de 1 mes de medicamentos de insulina selectos de la Parte D durante la Etapa del Deducible, la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa Sin Cobertura o “Intervalo en la Cobertura” de su beneficio. Pagará el 5% del costo de su insulina en la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores. Este costo compartido solamente se aplica a los miembros que no califican para un programa que ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda Adicional”)
- ❑ Consulte el Resumen de Beneficios de esta guía para saber cuánto pagará por estos medicamentos
- ❑ Algunos medicamentos tienen requisitos de cobertura, como preautorización o terapia escalonada. Para obtener más información, comuníquese con nosotros o consulte la Lista de Medicamentos completa en nuestro sitio web

A	Abilify Maintena (suspensión reconstituida de liberación prolongada para inyección intramuscular),T5
Abacavir Sulfate (solución oral),T4	Abiraterone Acetate (250mg tableta oral),T4
Abacavir Sulfate (tableta oral),T4	Abiraterone Acetate (500mg tableta oral),T5
Abacavir Sulfate-Lamivudine (tableta oral),T4	Acamprosate Calcium (tableta oral de liberación retardada),T4
Abacavir-Lamivudine-Zidovudine (tableta oral),T5	Acarbose (tableta oral),T1
Abelcet (suspensión para inyección intravenosa),T4	Accutane (20mg cápsula oral, 30mg cápsula oral, 40mg cápsula oral),T4
Abilify Maintena (jeringa precargada para inyección intramuscular),T5	

T1 = Nivel 1 T2 = Nivel 2 T3 = Nivel 3 T4 = Nivel 4 T5 = Nivel 5

*Programa de Ahorros para la Insulina para Adultos de Edad Avanzada

Acebutolol HCl (cápsula oral),T2	Aimovig (autoinyectable con solución para inyección subcutánea),T4
Acetaminophen-Caffeine-Dihydrocodeine (cápsula oral),T4	Ala-Cort (crema para uso externo),T2
Acetaminophen-Codeine (120-12mg/5ml solución oral),T2	Albendazole (tableta oral),T4
Acetaminophen-Codeine (300-15mg tableta oral, 300-30mg tableta oral, 300-60mg tableta oral),T2	Albuterol Sulfate (solución para nebulizador para inhalación),T2
Acetazolamide (tableta oral),T3	Albuterol Sulfate (jarabe oral),T4
Acetazolamide ER (cápsula oral de liberación prolongada 12 horas),T4	Albuterol Sulfate (tableta oral de liberación inmediata),T4
Acetic Acid (solución ótica),T2	Albuterol Sulfate HFA (108 (90 base)mcg/ aplicación solución en aerosol para inhalación (Proair genérico), 108 (90 base)mcg/aplicación solución en aerosol para inhalación) (Proventil genérico),T2
Acetylcysteine (solución para inhalación),T2	Alclometasone Dipropionate (crema para uso externo),T3
Acitretin (cápsula oral),T4	Alclometasone Dipropionate (ungüento para uso externo),T3
ActHIB (solución reconstituida para inyección intramuscular),T3	Alcohol Prep Pads,T3
Actemra (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea),T5	Alecensa (cápsula oral),T5
Actemra ACTPen (autoinyectable con solución para inyección subcutánea),T5	Alendronate Sodium (10mg tableta oral, 35mg tableta oral, 70mg tableta oral),T1
Actimmune (solución para inyección subcutánea),T5	Alendronate Sodium (solución oral),T4
Acyclovir (ungüento para uso externo),T4	Alfuzosin HCl ER (tableta oral de liberación prolongada 24 horas),T2
Acyclovir (cápsula oral),T2	Aliskiren Fumarate (tableta oral),T1
Acyclovir (suspensión oral),T3	Allopurinol (tableta oral),T1
Acyclovir (tableta oral),T1	Alocril (solución oftálmica),T4
Acyclovir Sodium (solución para inyección intravenosa),T4	Alomide (solución oftálmica),T4
Adacel (suspensión para inyección intramuscular),T3	Alosetron HCl (tableta oral),T5
Adapalene (0.1% gel para uso externo),T3	Alphagan P (0.1% solución oftálmica),T3
Adapalene (crema para uso externo),T4	Alprazolam (tableta oral de liberación inmediata),T1
Adefovir Dipivoxil (tableta oral),T4	Altavera (tableta oral),T4
Adempas (tableta oral),T5	Alunbrig (tableta oral, paquete de tratamiento),T5
Advair Diskus (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración),T3	Alunbrig (tableta oral),T5
Advair HFA (aerosol para inhalación),T3	Alyacen 1/35 (tableta oral),T4
Afinitor (10mg tableta oral),T5	Alyq (tableta oral),T4
Afinitor Disperz (tableta oral soluble),T5	

Letra remarcada = Medicamento de marca

Letra normal = Medicamento genérico

*Programa de Ahorros para la Insulina para Adultos de Edad Avanzada

AmBisome (suspensión reconstituida para inyección intravenosa),T5	oral de liberación prolongada 12 horas),T4
Amantadine HCl (cápsula oral),T3	Amphetamine-Dextroamphetamine (tableta oral),T3
Amantadine HCl (jarabe oral),T2	Amphetamine-Dextroamphetamine ER (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas),T4
Amantadine HCl (tableta oral),T3	Amphotericin B (solución reconstituida para inyección intravenosa),T4
Ambrisentan (tableta oral),T5	Ampicillin (cápsula oral),T2
Amethia (tableta oral),T4	Ampicillin Sodium (10g solución reconstituida para inyección intravenosa),T4
Amikacin Sulfate (500mg/2ml solución para inyección),T4	Ampicillin Sodium (125mg solución reconstituida para inyección, 1g solución reconstituida para inyección),T4
Amiloride HCl (tableta oral),T2	Ampicillin-Sulbactam Sodium (15 (10-5)g solución reconstituida para inyección intravenosa),T4
Amiloride-Hydrochlorothiazide (tableta oral),T2	Ampicillin-Sulbactam Sodium (solución reconstituida para inyección),T4
Aminosyn II (15% solución para inyección intravenosa),T4	Anagrelide HCl (cápsula oral),T3
Aminosyn-PF (7% solución para inyección intravenosa),T4	Anastrozole (tableta oral),T1
Amiodarone HCl (200mg tableta oral),T1	Androderm (parche transdérmico 24 horas),T3
Amitriptyline HCl (tableta oral),T4	Anoro Ellipta (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración),T3
Amlodipine Besylate (tableta oral),T1	Apokyn (cartucho con solución para inyección subcutánea),T5
Amlodipine-Atorvastatin (tableta oral),T1	Apraclonidine HCl (solución oftálmica),T3
Amlodipine-Benazepril (cápsula oral),T1	Aprepitant (paquete de tratamiento oral, cápsula oral),T4
Amlodipine-Olmesartan (tableta oral),T1	Apri (tableta oral),T4
Amlodipine-Valsartan (tableta oral),T1	Apriso (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas),T3
Amlodipine-Valsartan-HCTZ (tableta oral),T1	Aptiom (tableta oral),T5
Ammonium Lactate (crema para uso externo),T3	Aptivus (cápsula oral),T5
Ammonium Lactate (loción para uso externo),T3	Aralast NP (1000mg solución reconstituida para inyección intravenosa),T5
Amnesteem (cápsula oral),T4	Aranelle (tableta oral),T4
Amoxapine (tableta oral),T3	Aranesp (Albumin Free) (100mcg/0.5ml jeringa precargada con solución para inyección, 150mcg/0.3ml jeringa
Amoxicillin (cápsula oral),T1	
Amoxicillin (suspensión oral reconstituida),T1	
Amoxicillin (tableta oral masticable),T1	
Amoxicillin (tableta oral de liberación inmediata),T1	
Amoxicillin-Potassium Clavulanate (suspensión oral reconstituida),T2	
Amoxicillin-Potassium Clavulanate (tableta oral masticable),T2	
Amoxicillin-Potassium Clavulanate (tableta oral de liberación inmediata),T2	
Amoxicillin-Potassium Clavulanate ER (tableta	

T1 = Nivel 1 T2 = Nivel 2 T3 = Nivel 3 T4 = Nivel 4 T5 = Nivel 5
 *Programa de Ahorros para la Insulina para Adultos de Edad Avanzada

precargada con solución para inyección, 200mcg/0.4ml jeringa precargada con solución para inyección, 300mcg/0.6ml jeringa precargada con solución para inyección, 500mcg/ml jeringa precargada con solución para inyección),T5	Atenolol (tableta oral),T1
Aranesp (Albumin Free) (100mcg/ml solución para inyección, 200mcg/ml solución para inyección, 300mcg/ml solución para inyección),T5	Atenolol-Chlorthalidone (tableta oral),T1
Aranesp (Albumin Free) (10mcg/0.4ml jeringa precargada con solución para inyección, 25mcg/0.42ml jeringa precargada con solución para inyección, 40mcg/0.4ml jeringa precargada con solución para inyección, 60mcg/0.3ml jeringa precargada con solución para inyección),T4	Atomoxetine HCl (cápsula oral),T4
Aranesp (Albumin Free) (25mcg/ml solución para inyección, 40mcg/ml solución para inyección, 60mcg/ml solución para inyección),T4	Atorvastatin Calcium (tableta oral),T1
Arcalyst (solución reconstituida para inyección subcutánea),T5	Atovaquone (suspensión oral),T5
Aripiprazole (10mg tableta oral, 15mg tableta oral, 20mg tableta oral, 2mg tableta oral, 30mg tableta oral, 5mg tableta oral),T3	Atovaquone-Proguanil HCl (tableta oral),T3
Aripiprazole (1mg/ml solución oral),T4	Atropine Sulfate (1% solución oftálmica),T3
Aripiprazole ODT (10mg tableta oral dispersable, 15mg tableta oral dispersable),T5	Atrovent HFA (solución en aerosol para inhalación),T4
Aristada (jeringa precargada para inyección intramuscular),T5	Aubagio (tableta oral),T5
Aristada Initio (jeringa precargada para inyección intramuscular),T5	Aubra EQ (tableta oral),T4
Armodafinil (tableta oral),T4	Auryxia (tableta oral),T5
Arnuity Ellipta (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración),T3	Austedo (tableta oral),T5
Asenapine Maleate (tableta sublingual),T4	Aviane (tableta oral),T4
Ashlyna (tableta oral),T4	Avonex Pen (kit de autoinyectable para inyección intramuscular),T5
Aspirin-Dipyridamole ER (cápsula oral de liberación prolongada 12 horas),T3	Avonex Prefilled (kit de jeringa precargada para inyección intramuscular),T5
Atazanavir Sulfate (cápsula oral),T4	Ayvakit (100mg tableta oral, 200mg tableta oral, 300mg tableta oral),T5
	Azathioprine (tableta oral),T2
	Azelaic Acid (gel para uso externo),T4
	Azelastine HCl (0.1% solución nasal, 0.15% solución nasal),T3
	Azelastine HCl (solución oftálmica),T3
	Azelastine-Fluticasone (suspensión nasal),T4
	Azithromycin (solución reconstituida para inyección intravenosa),T4
	Azithromycin (suspensión oral reconstituida),T1
	Azithromycin (tableta oral),T1
	Aztreonam (1g solución reconstituida para inyección),T4
	B
	BCG Vaccine (inyección),T3
	BIVIGAM (solución para inyección intravenosa),T5
	BRIVIACT (solución oral),T5
	BRIVIACT (tableta oral),T5

Letra remarcada = Medicamento de marca Letra normal = Medicamento genérico
*Programa de Ahorros para la Insulina para Adultos de Edad Avanzada

Bacitracin (ungüento oftálmico),T2	Betamethasone Valerate (loción para uso externo),T3
Bacitracin-Polymyxin B (ungüento oftálmico),T2	Betamethasone Valerate (ungüento para uso externo),T3
Baclofen (tableta oral),T2	Betaseron (kit para inyección subcutánea),T5
Balsalazide Disodium (cápsula oral),T4	Betaxolol HCl (solución oftálmica),T3
Balversa (tableta oral),T5	Betaxolol HCl (tableta oral),T3
Balziva (tableta oral),T4	Bethanechol Chloride (tableta oral),T2
Baqsimi One Pack (polvo nasal),T3	Betimol (solución oftálmica),T4
Baraclude (solución oral),T5	Bevespi Aerosphere (aerosol para inhalación),T3
Belsomra (tableta oral),T3	Bexarotene (cápsula oral),T5
Benazepril HCl (tableta oral),T1	Bexsero (jeringa precargada con suspensión para inyección intramuscular),T3
Benazepril-Hydrochlorothiazide (tableta oral),T1	BiDil (tableta oral),T3
Benlysta (autoinyectable con solución para inyección subcutánea),T5	Bicalutamide (tableta oral),T2
Benlysta (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea),T5	Bicillin C-R (suspensión para inyección intramuscular),T4
Benznidazole (tableta oral),T4	Bicillin C-R 900/300 (suspensión para inyección intramuscular),T4
Benzoyl Peroxide-Erythromycin (gel para uso externo),T4	Bicillin L-A (suspensión para inyección intramuscular),T4
Benzotropine Mesylate (tableta oral),T2	Biktarvy (tableta oral),T5
Bepotastine Besilate (solución oftálmica),T4	Bisoprolol Fumarate (tableta oral),T2
Bepreve (solución oftálmica),T4	Bisoprolol-Hydrochlorothiazide (tableta oral),T2
Berinert (kit para inyección intravenosa),T5	Blisovi 24 Fe (tableta oral),T4
Besivance (suspensión oftálmica),T4	Blisovi Fe 1.5/30 (tableta oral),T4
Betamethasone Dipropionate (crema para uso externo),T3	Boostrix (5-2.5-18.5 suspensión para inyección intramuscular, 5-2.5-18.5 [0.5ml jeringa] suspensión para inyección intramuscular),T3
Betamethasone Dipropionate (loción para uso externo),T3	Bosentan (tableta oral),T5
Betamethasone Dipropionate (ungüento para uso externo),T3	Bosulif (tableta oral),T5
Betamethasone Dipropionate Aug (crema para uso externo),T3	Braftovi (cápsula oral),T5
Betamethasone Dipropionate Aug (gel para uso externo),T3	Breo Ellipta (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración),T3
Betamethasone Dipropionate Aug (loción para uso externo),T3	Breztri Aerosphere (aerosol para inhalación),T3
Betamethasone Dipropionate Aug (ungüento para uso externo),T3	Briellyn (tableta oral),T4
Betamethasone Valerate (crema para uso externo),T3	

T1 = Nivel 1

T2 = Nivel 2

T3 = Nivel 3

T4 = Nivel 4

T5 = Nivel 5

*Programa de Ahorros para la Insulina para Adultos de Edad Avanzada

Brilinta (tableta oral),T3	Byetta 10mcg Pen (pluma precargada con solución para inyección subcutánea),T4
Brimonidine Tartrate (0.15% solución oftálmica),T4	Byetta 5mcg Pen (pluma precargada con solución para inyección subcutánea),T4
Brimonidine Tartrate (0.2% solución oftálmica),T2	Bystolic (tableta oral),T3
Brinzolamide (suspensión oftálmica),T3	C
Bromocriptine Mesylate (cápsula oral),T3	Cabergoline (tableta oral),T3
Bromocriptine Mesylate (tableta oral),T3	Cablivi (kit para inyección),T5
Brukinsa (cápsula oral),T5	Cabometyx (tableta oral),T5
Budesonide (suspensión para inhalación),T4	Calcipotriene (crema para uso externo),T4
Budesonide (cápsula oral con partículas de liberación retardada),T4	Calcipotriene (ungüento para uso externo),T4
Budesonide ER (tableta oral de liberación prolongada 24 horas),T5	Calcipotriene (solución para uso externo),T3
Bumetanide (solución para inyección),T4	Calcitonin Salmon (solución nasal),T3
Bumetanide (tableta oral),T1	Calcitriol (ungüento para uso externo),T4
Buprenorphine (parche transdérmico semanal),T4	Calcitriol (cápsula oral),T2
Buprenorphine HCl (tableta sublingual),T2	Calcitriol (solución oral),T2
Buprenorphine HCl-Naloxone HCl (película sublingual),T4	Calcium Acetate (667mg tableta oral),T3
Buprenorphine HCl-Naloxone HCl (tableta sublingual),T2	Calcium Acetate (aglutinante de fosfato) (cápsula oral),T3
Bupropion HCl (tableta oral de liberación inmediata),T2	Calquence (cápsula oral),T5
Bupropion HCl SR (150mg tableta oral de liberación prolongada 12 horas, disuasivo del tabaquismo),T2	Camila (tableta oral),T4
Bupropion HCl SR (tableta oral de liberación prolongada 12 horas),T2	Camrese Lo (tableta oral),T4
Bupropion HCl XL (150mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas, 300mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas),T2	Candesartan Cilexetil (tableta oral),T1
Buspirone HCl (tableta oral),T2	Candesartan Cilexetil-HCTZ (tableta oral),T1
Butalbital-Acetaminophen-Caffeine (tableta oral),T3	Caplyta (cápsula oral),T5
Butalbital-Aspirin-Caffeine (cápsula oral),T3	Caprelsa (tableta oral),T5
Butorphanol Tartrate (solución nasal),T3	Captopril (tableta oral),T1
Bydureon BCise (autoinyectable para inyección subcutánea),T3	Carbaglu (tableta oral),T5
	Carbamazepine (suspensión oral),T3
	Carbamazepine (tableta oral masticable),T3
	Carbamazepine (tableta oral de liberación inmediata),T3
	Carbamazepine ER (cápsula oral de liberación prolongada 12 horas),T3
	Carbamazepine ER (tableta oral de liberación prolongada 12 horas),T3
	Carbidopa (tableta oral),T4
	Carbidopa-Levodopa (tableta oral de liberación

Letra remarcada = Medicamento de marca Letra normal = Medicamento genérico

*Programa de Ahorros para la Insulina para Adultos de Edad Avanzada

inmediata),T1	Ceftriaxone Sodium (10g solución reconstituida para inyección intravenosa),T4
Carbidopa-Levodopa ER (tableta oral de liberación prolongada),T1	Ceftriaxone Sodium (1g solución reconstituida para inyección, 250mg solución reconstituida para inyección, 2g solución reconstituida para inyección, 500mg solución reconstituida para inyección),T4
Carbidopa-Levodopa ODT (tableta oral dispersable),T2	Cefuroxime Axetil (tableta oral),T2
Carbidopa-Levodopa-Entacapone (tableta oral),T4	Cefuroxime Sodium (solución reconstituida para inyección),T4
Carteolol HCl (solución oftálmica),T2	Cefuroxime Sodium (solución reconstituida para inyección intravenosa),T4
Cartia XT (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas),T2	Celecoxib (cápsula oral),T3
Carvedilol (tableta oral),T1	Celontin (cápsula oral),T4
Cayston (solución reconstituida para inhalación),T5	Cephalexin (250mg cápsula oral, 500mg cápsula oral),T2
Caziant (tableta oral),T4	Cephalexin (750mg cápsula oral),T3
Cefaclor (cápsula oral),T3	Cephalexin (suspensión oral reconstituida),T2
Cefadroxil (cápsula oral),T2	Cetirizine HCl (1mg/ml solución oral),T2
Cefadroxil (suspensión oral reconstituida),T2	Chantix (tableta oral),T3
Cefazolin Sodium (10g solución reconstituida para inyección, 1g solución reconstituida para inyección, 500mg solución reconstituida para inyección),T4	Chantix Continuing Month Pak (tableta oral),T3
Cefdinir (cápsula oral),T3	Chantix Starting Month Pak (tableta oral),T3
Cefdinir (suspensión oral reconstituida),T3	Chemet (cápsula oral),T3
Cefepime HCl (solución reconstituida para inyección),T4	Chenodal (tableta oral),T5
Cefixime (cápsula oral),T3	Chlordiazepoxide HCl (cápsula oral),T2
Cefixime (suspensión oral reconstituida),T4	Chlorhexidine Gluconate (solución bucal),T2
Cefotetan Disodium (solución reconstituida para inyección),T4	Chloroquine Phosphate (tableta oral),T4
Cefoxitin Sodium (solución reconstituida para inyección),T4	Chlorpromazine HCl (tableta oral),T4
Cefoxitin Sodium (solución reconstituida para inyección intravenosa),T4	Chlorthalidone (tableta oral),T2
Cefpodoxime Proxetil (suspensión oral reconstituida),T4	Chlorzoxazone (500mg tableta oral),T3
Cefpodoxime Proxetil (tableta oral),T4	Cholbam (cápsula oral),T5
Cefprozil (suspensión oral reconstituida),T3	Cholestyramine (paquete oral),T4
Cefprozil (tableta oral),T3	Cholestyramine Light (paquete oral),T4
Ceftazidime (solución reconstituida para inyección),T4	Ciclopirox (gel para uso externo),T3
	Ciclopirox (champú para uso externo),T3
	Ciclopirox (solución para uso externo),T3
	Ciclopirox Olamine (crema para uso externo),T3
	Ciclopirox Olamine (suspensión para uso

T1 = Nivel 1

T2 = Nivel 2

T3 = Nivel 3

T4 = Nivel 4

T5 = Nivel 5

*Programa de Ahorros para la Insulina para Adultos de Edad Avanzada

externo),T3	Clindamycin HCl (cápsula oral),T2
Cilostazol (tableta oral),T2	Clindamycin Palmitate HCl (solución oral reconstituida),T4
Ciloxan (ungüento oftálmico),T4	Clindamycin Phosphate (300mg/2ml solución para inyección, 600mg/4ml solución para inyección, 900mg/6ml solución para inyección),T4
Cimduo (tableta oral),T5	Clindamycin Phosphate (gel para uso externo),T3
Cimetidine (tableta oral),T3	Clindamycin Phosphate (loción para uso externo),T3
Cimetidine HCl (300mg/5ml solución oral),T3	Clindamycin Phosphate (solución para uso externo),T3
Cimzia (kit para inyección subcutánea),T5	Clindamycin Phosphate (hisopo para uso externo),T3
Cimzia Prefilled (kit para inyección subcutánea),T5	Clindamycin Phosphate (crema vaginal),T3
Cinacalcet HCl (30mg tableta oral),T4	Clindamycin Phosphate in D5W (solución para inyección intravenosa),T4
Cinacalcet HCl (60mg tableta oral, 90mg tableta oral),T5	Clindamycin Phosphate-Benzoyl Peroxide (1-5% gel para uso externo),T4
Cinryze (solución reconstituida para inyección intravenosa),T5	Clobazam (suspensión oral),T4
Cipro HC (suspensión ótica),T4	Clobazam (tableta oral),T4
Ciprofloxacin HCl (100mg tableta oral de liberación inmediata),T4	Clobetasol Propionate (crema para uso externo),T4
Ciprofloxacin HCl (250mg tableta oral de liberación inmediata, 500mg tableta oral de liberación inmediata, 750mg tableta oral de liberación inmediata),T2	Clobetasol Propionate (gel para uso externo),T4
Ciprofloxacin HCl (solución oftálmica),T2	Clobetasol Propionate (ungüento para uso externo),T4
Ciprofloxacin in D5W (200mg/100ml solución para inyección intravenosa),T4	Clobetasol Propionate (champú para uso externo),T4
Ciprofloxacin-Dexamethasone (suspensión ótica),T4	Clobetasol Propionate (solución para uso externo),T3
Citalopram Hydrobromide (solución oral),T3	Clobetasol Propionate Emollient Base (crema para uso externo),T4
Citalopram Hydrobromide (tableta oral),T1	Clodan (champú para uso externo),T4
Claravis (cápsula oral),T4	Clomipramine HCl (cápsula oral),T4
Clarithromycin (suspensión oral reconstituida),T4	Clonazepam (0.5mg tableta oral, 1mg tableta oral, 2mg tableta oral),T2
Clarithromycin (tableta oral de liberación inmediata),T3	Clonazepam ODT (0.125mg tableta oral dispersable, 0.25mg tableta oral dispersable, 0.5mg tableta oral dispersable, 1mg tableta
Clarithromycin ER (tableta oral de liberación prolongada 24 horas),T4	
Clenpiq (solución oral),T3	
Climara Pro (parche transdérmico semanal),T4	
Clindacin-P (hisopo para uso externo),T3	

Letra remarcada = Medicamento de marca

Letra normal = Medicamento genérico

*Programa de Ahorros para la Insulina para Adultos de Edad Avanzada

oral dispersable, 2mg tableta oral dispersable),T4	Cometriq (100mg dosis diaria) (kit oral),T5
Clonidine (parche transdérmico semanal),T4	Cometriq (140mg dosis diaria) (kit oral),T5
Clonidine HCl (tableta oral de liberación inmediata),T1	Cometriq (60mg dosis diaria) (kit oral),T5
Clonidine HCl ER (tableta oral de liberación prolongada 12 horas),T3	Complera (tableta oral),T5
Clopidogrel Bisulfate (75mg tableta oral),T2	Compro (supositorio rectal),T4
Clorazepate Dipotassium (tableta oral),T3	Constulose (solución oral),T2
Clotrimazole (crema para uso externo),T2	Copiktra (cápsula oral),T5
Clotrimazole (solución para uso externo),T2	Cordran (cinta para uso externo),T4
Clotrimazole (pastilla para la boca/garganta),T2	Corlanor (solución oral),T4
Clotrimazole-Betamethasone (crema para uso externo),T3	Corlanor (tableta oral),T4
Clotrimazole-Betamethasone (loción para uso externo),T4	Cosentyx (300mg dosis) (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea),T5
Clovique (cápsula oral),T5	Cosentyx Sensoready (300mg) (autoinyectable con solución para inyección subcutánea),T5
Clozapine (100mg tableta oral, 200mg tableta oral, 25mg tableta oral, 50mg tableta oral),T3	Cotellic (tableta oral),T5
Clozapine ODT (100mg tableta oral dispersable, 12.5mg tableta oral dispersable, 150mg tableta oral dispersable, 200mg tableta oral dispersable, 25mg tableta oral dispersable),T4	Creon (cápsula oral con partículas de liberación retardada),T3
Coartem (tableta oral),T4	Crinone (gel vaginal),T4
Codeine Sulfate (15mg tableta oral, 60mg tableta oral),T4	Cromolyn Sodium (solución para nebulizador para inhalación),T5
Codeine Sulfate (30mg tableta oral),T4	Cromolyn Sodium (solución oftálmica),T2
Colchicine (0.6mg cápsula oral) (equivalente a la marca Mitigare),T3	Cromolyn Sodium (concentrado oral),T3
Colchicine (0.6mg tableta oral) (Colcrys genérico),T3	Cryselle-28 (tableta oral),T4
Colesevelam HCl (paquete oral),T3	Cuvposa (solución oral),T4
Colesevelam HCl (tableta oral),T3	Cyclafem 1/35 (tableta oral),T4
Colestipol HCl (paquete oral),T4	Cyclafem 7/7/7 (tableta oral),T4
Colestipol HCl (tableta oral),T3	Cyclobenzaprine HCl (10mg tableta oral, 5mg tableta oral),T2
Colistimethate Sodium (CBA) (solución reconstituida para inyección),T5	Cyclobenzaprine HCl (7.5mg tableta oral),T4
Combigan (solución oftálmica),T3	Cyclophosphamide (25mg tableta oral),T3
Combivent Respimat (solución en aerosol para inhalación),T3	Cyclophosphamide (50mg tableta oral),T3
	Cyclophosphamide (cápsula oral),T3
	Cycloset (tableta oral),T4
	Cyclosporine (cápsula oral),T3
	Cyclosporine Modified (cápsula oral),T3
	Cyclosporine Modified (solución oral),T3
	Cyproheptadine HCl (jarabe oral),T4

T1 = Nivel 1

T2 = Nivel 2

T3 = Nivel 3

T4 = Nivel 4

T5 = Nivel 5

*Programa de Ahorros para la Insulina para Adultos de Edad Avanzada

Cyproheptadine HCl (tableta oral),T4	Desoximetasone (crema para uso externo),T4
Cyred EQ (tableta oral),T4	Desvenlafaxine Succinate ER (tableta oral de liberación prolongada 24 horas) (Pristiq genérico),T3
Cystadane (polvo oral),T5	Dexamethasone (tónico oral),T2
Cystagon (cápsula oral),T4	Dexamethasone (tableta oral),T2
Cystaran (solución oftálmica),T5	Dexamethasone Sodium Phosphate (solución oftálmica),T2
D	Dexilant (cápsula oral de liberación retardada),T4
Dalfampridine ER (tableta oral de liberación prolongada 12 horas),T3	Dexmethylphenidate HCl (tableta oral),T3
Daliresp (tableta oral),T4	Dexmethylphenidate HCl ER (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas),T4
Dalvance (solución reconstituida para inyección intravenosa),T5	Dextroamphetamine Sulfate (tableta oral),T4
Danazol (cápsula oral),T4	Dextroamphetamine Sulfate ER (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas),T4
Dantrolene Sodium (cápsula oral),T4	Dextrose (10% solución para inyección intravenosa),T4
Dapsone (tableta oral),T3	Dextrose (5% solución para inyección intravenosa),T4
Daptacel (suspensión para inyección intramuscular),T3	Dextrose-NaCl (10-0.2% solución para inyección intravenosa, 10-0.45% solución para inyección intravenosa, 5-0.2% solución para inyección intravenosa),T4
Daptomycin (solución reconstituida para inyección intravenosa),T5	Dextrose-NaCl (2.5-0.45% solución para inyección intravenosa, 5-0.45% solución para inyección intravenosa),T4
Daurismo (tableta oral),T5	Dextrose-NaCl (5-0.9% solución para inyección intravenosa),T4
Deblitane (tableta oral),T4	Diacomit (cápsula oral),T5
Deferasirox (125mg tableta oral soluble) (Exjade genérico),T4	Diacomit (paquete oral),T5
Deferasirox (250mg tableta oral soluble, 500mg tableta oral soluble) (Exjade genérico),T5	Diazepam (10mg tableta oral, 2mg tableta oral, 5mg tableta oral),T2
Deferasirox (tableta oral) (Jadenu genérico),T3	Diazepam (10mg gel rectal, 2.5mg gel rectal, 20mg gel rectal),T4
Deferasirox Granules (paquete oral),T5	Diazepam (5mg/5ml solución oral),T2
Deferiprone (tableta oral),T5	Diazepam Intensol (5mg/ml concentrado oral),T2
Delstrigo (tableta oral),T5	Diazoxide (suspensión oral),T4
Demeclocycline HCl (tableta oral),T4	Diclofenac Epolamine (parche para uso
Demser (cápsula oral),T5	
Depo-Estradiol (aceite para inyección intramuscular),T4	
Descovy (tableta oral),T5	
Desipramine HCl (tableta oral),T3	
Desmopressin Acetate (tableta oral),T3	
Desmopressin Acetate Spray (solución nasal),T4	
Desogestrel-Ethinyl Estradiol (tableta oral),T4	
Desonide (ungüento para uso externo),T4	

Letra remarcada = Medicamento de marca Letra normal = Medicamento genérico

*Programa de Ahorros para la Insulina para Adultos de Edad Avanzada

externo),T4	Diltiazem HCl ER Coated Beads (180mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas, 240mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas, 300mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas, 360mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas),T2
Diclofenac Potassium (tableta oral),T2	Dimethyl Fumarate (120mg cápsula oral de liberación retardada, 240mg cápsula oral de liberación retardada),T5
Diclofenac Sodium (1% gel para uso externo),T3	Dimethyl Fumarate Starter Pack (cápsula oral),T5
Diclofenac Sodium (3% gel para uso externo),T4	Dipentum (cápsula oral),T5
Diclofenac Sodium (solución oftálmica),T2	Diphenoxylate-Atropine (líquido oral),T4
Diclofenac Sodium (tableta oral de liberación retardada),T2	Diphenoxylate-Atropine (tableta oral),T4
Diclofenac Sodium ER (tableta oral de liberación prolongada 24 horas),T2	Diphtheria-Tetanus Toxoids DT (suspensión para inyección intramuscular),T3
Dicloxacillin Sodium (cápsula oral),T2	Disulfiram (tableta oral),T3
Dicyclomine HCl (cápsula oral),T2	Diuril (suspensión oral),T4
Dicyclomine HCl (solución oral),T2	Divalproex Sodium (cápsula oral con microgránulos dispersables de liberación retardada),T2
Dicyclomine HCl (tableta oral),T2	Divalproex Sodium (tableta oral de liberación retardada),T2
Dificid (suspensión oral reconstituida),T5	Divalproex Sodium ER (tableta oral de liberación prolongada 24 horas),T2
Dificid (tableta oral),T5	Dofetilide (cápsula oral),T3
Diflunisal (tableta oral),T3	Dolishale (tableta oral),T4
Digitek (tableta oral),T2	Donepezil HCl (tableta oral),T1
Digox (tableta oral),T2	Donepezil HCl ODT (tableta oral dispersable),T2
Digoxin (solución oral),T3	Dorzolamide HCl (solución oftálmica),T2
Digoxin (tableta oral),T2	Dorzolamide HCl-Timolol Maleate (solución oftálmica),T2
Dihydroergotamine Mesylate (solución nasal),T5	Dorzolamide HCl-Timolol Maleate Preservative Free (solución oftálmica),T4
Dilantin (cápsula oral),T3	Dovato (tableta oral),T5
Dilantin INFATABS (tableta oral masticable),T3	Doxazosin Mesylate (tableta oral),T2
Dilt-XR (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas),T2	Doxepin HCl (crema para uso externo),T4
Diltiazem HCl (tableta oral de liberación inmediata),T2	Doxepin HCl (cápsula oral),T3
Diltiazem HCl ER (cápsula oral de liberación prolongada 12 horas),T2	Doxepin HCl (concentrado oral),T3
Diltiazem HCl ER Beads (360mg cápsula oral de liberación prolongada 24 horas, 420mg cápsula oral de liberación prolongada 24 horas),T2	Doxercalciferol (cápsula oral),T4
Diltiazem HCl ER Coated Beads (120mg cápsula oral de liberación prolongada 24 horas, 180mg cápsula oral de liberación prolongada 24 horas, 240mg cápsula oral de liberación prolongada 24 horas, 300mg cápsula oral de liberación prolongada 24 horas),T2	

T1 = Nivel 1

T2 = Nivel 2

T3 = Nivel 3

T4 = Nivel 4

T5 = Nivel 5

*Programa de Ahorros para la Insulina para Adultos de Edad Avanzada

Doxy 100 (solución reconstituida para inyección intravenosa),T4	inyección subcutánea),T5
Doxycycline Hyclate (100mg tableta oral de liberación inmediata, 20mg tableta oral de liberación inmediata),T3	Elestrin (gel transdérmico),T4
Doxycycline Hyclate (cápsula oral),T3	Eliquis (tableta oral),T3
Doxycycline Monohydrate (100mg cápsula oral, 50mg cápsula oral),T3	Eliquis Starter Pack (tableta oral),T3
Doxycycline Monohydrate (100mg tableta oral, 50mg tableta oral, 75mg tableta oral),T3	Elmiron (cápsula oral),T5
Doxycycline Monohydrate (suspensión oral reconstituida),T4	EluRyng (anillo vaginal),T4
Drizalma Sprinkle (cápsula oral con microgránulos dispersables de liberación retardada),T4	Emcyt (cápsula oral),T5
Dronabinol (cápsula oral),T4	Emgality (120mg/ml jeringa precargada con solución para inyección subcutánea),T4
Drospirenone-Ethinyl Estradiol (tableta oral),T4	Emgality (300mg dosis) (100mg/ml jeringa precargada con solución para inyección subcutánea),T4
Droxia (cápsula oral),T4	Emgality (autoinyectable con solución para inyección subcutánea),T4
Droxidopa (cápsula oral),T5	Emoquette (tableta oral),T4
Duavee (tableta oral),T4	Emsam (parche transdérmico 24 horas),T5
Dulera (aerosol para inhalación),T4	Emtricitabine (cápsula oral),T4
Duloxetine HCl (20mg cápsula oral con partículas de liberación retardada, 30mg cápsula oral con partículas de liberación retardada, 60mg cápsula oral con partículas de liberación retardada),T2	Emtricitabine-Tenofovir Disoproxil Fumarate (tableta oral),T5
Dutasteride (cápsula oral),T3	Emtriva (solución oral),T4
Dymista (suspensión nasal),T4	Enalapril Maleate (tableta oral),T1
E	Enalapril-Hydrochlorothiazide (tableta oral),T1
Econazole Nitrate (crema para uso externo),T4	Enbrel (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea),T5
Edarbi (tableta oral),T4	Enbrel (solución reconstituida para inyección subcutánea),T5
Edarbyclor (tableta oral),T4	Enbrel (solución para inyección subcutánea),T5
Edurant (tableta oral),T5	Enbrel Mini (cartucho con solución para inyección subcutánea),T5
Efavirenz (cápsula oral),T4	Enbrel SureClick (autoinyectable con solución para inyección subcutánea),T5
Efavirenz (tableta oral),T4	Endocet (10-325mg tableta oral, 5-325mg tableta oral, 7.5-325mg tableta oral),T3
Efavirenz-Emtricitabine-Tenofovir (tableta oral),T5	Engerix-B (suspensión para inyección),T3
Efavirenz-Lamivudine-Tenofovir (tableta oral),T5	Enoxaparin Sodium (solución para inyección subcutánea),T4
Egrifta SV (2mg solución reconstituida para	Enpresse-28 (tableta oral),T4
	Enskyce (tableta oral),T4

Letra remarcada = Medicamento de marca Letra normal = Medicamento genérico

*Programa de Ahorros para la Insulina para Adultos de Edad Avanzada

Entacapone (tableta oral),T4	Escitalopram Oxalate (tableta oral),T1
Entecavir (tableta oral),T4	Esomeprazole Magnesium (cápsula oral de liberación retardada) (Nexium genérico),T3
Entresto (tableta oral),T3	Esomeprazole Magnesium (paquete oral),T3
Enulose (solución oral),T2	Estarylla (tableta oral),T4
Envarsus XR (tableta oral de liberación prolongada 24 horas),T4	Estradiol (tableta oral),T1
Epclusa (tableta oral),T5	Estradiol (parche transdérmico semanal),T3
Epidiolex (solución oral),T5	Estradiol (crema vaginal),T3
Epinastine HCl (solución oftálmica),T3	Estradiol (tableta vaginal),T4
Epinephrine (autoinyectable con solución para inyección),T3	Estradiol Valerate (aceite para inyección intramuscular),T4
Epitol (tableta oral),T3	Estring (anillo vaginal),T4
Epivir HBV (solución oral),T4	Eszopiclone (tableta oral),T3
Eplerenone (tableta oral),T3	Ethacrynic Acid (tableta oral),T4
Ergotamine-Caffeine (tableta oral),T3	Ethambutol HCl (tableta oral),T3
Erivedge (cápsula oral),T5	Ethosuximide (cápsula oral),T3
Erleada (tableta oral),T5	Ethosuximide (solución oral),T3
Erlotinib HCl (tableta oral),T5	Ethinodiol Diacetate-Ethinyl Estradiol (tableta oral),T4
Errin (tableta oral),T4	Etodolac (cápsula oral),T3
Ertapenem Sodium (solución reconstituida para inyección),T4	Etodolac (tableta oral de liberación inmediata),T3
Ery (apósito para uso externo),T3	Etodolac ER (tableta oral de liberación prolongada 24 horas),T4
Erythrocine Lactobionate (solución reconstituida para inyección intravenosa),T4	Etonogestrel-Ethinyl Estradiol (anillo vaginal),T4
Erythromycin (gel para uso externo),T4	Euthyrox (tableta oral),T3
Erythromycin (solución para uso externo),T2	Everolimus (0.25mg tableta oral, 0.5mg tableta oral, 0.75mg tableta oral),T5
Erythromycin (ungüento oftálmico),T2	Everolimus (2.5mg tableta oral, 5mg tableta oral, 7.5mg tableta oral),T5
Erythromycin Base (cápsula oral con partículas de liberación retardada),T4	Evotaz (tableta oral),T5
Erythromycin Base (tableta oral de liberación retardada),T4	Exemestane (tableta oral),T4
Erythromycin Base (tableta oral de liberación inmediata),T4	Ezetimibe (tableta oral),T2
Erythromycin Ethylsuccinate (200mg/5ml suspensión oral reconstituida),T4	Ezetimibe-Simvastatin (tableta oral),T1
Erythromycin Ethylsuccinate (tableta oral),T4	F
Esbriet (cápsula oral),T5	FML (ungüento oftálmico),T4
Esbriet (tableta oral),T5	FML Forte (suspensión oftálmica),T4
Escitalopram Oxalate (solución oral),T2	Falmina (tableta oral),T4

T1 = Nivel 1 T2 = Nivel 2 T3 = Nivel 3 T4 = Nivel 4 T5 = Nivel 5
*Programa de Ahorros para la Insulina para Adultos de Edad Avanzada

Famciclovir (tableta oral),T3	con aplicador, 800mcg pastilla para chupar con aplicador),T5
Famotidine (20mg tableta oral, 40mg tableta oral),T2	Fentanyl Citrate (200mcg pastilla para chupar con aplicador),T4
Famotidine (suspensión oral reconstituida),T4	Feriprox (solución oral),T5
Fanapt (10mg tableta oral, 12mg tableta oral, 1mg tableta oral, 2mg tableta oral, 4mg tableta oral, 6mg tableta oral, 8mg tableta oral),T5	Feriprox (tableta oral),T5
Fanapt Titration Pack (tableta oral),T4	Fetzima (120mg cápsula oral de liberación prolongada 24 horas, 20mg cápsula oral de liberación prolongada 24 horas, 40mg cápsula oral de liberación prolongada 24 horas, 80mg cápsula oral de liberación prolongada 24 horas),T4
Farxiga (tableta oral),T3	Fetzima Titration (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas, paquete de tratamiento),T4
Farydak (cápsula oral),T5	Finacea (espuma para uso externo),T4
Fasenra (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea),T5	Finasteride (5mg tableta oral) (Proscar genérico),T1
Fasenra Pen (autoinyectable con solución para inyección subcutánea),T5	Fintepla (solución oral),T5
Fayosim (tableta oral),T4	Firmagon (240mg dosis) (120mg/ampolleta de solución reconstituida para inyección subcutánea),T5
Febuxostat (tableta oral),T3	Firmagon (80mg solución reconstituida para inyección subcutánea),T4
Felbamate (suspensión oral),T5	Flac (aceiteótico),T4
Felbamate (tableta oral),T4	Flarex (suspensión oftálmica),T4
Felodipine ER (tableta oral de liberación prolongada 24 horas),T2	Flebogamma DIF (5g/50ml solución para inyección intravenosa),T5
Femring (anillo vaginal),T4	Flecainide Acetate (tableta oral),T2
Femynor (tableta oral),T4	Flovent Diskus (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración),T3
Fenofibrate (145mg tableta oral, 48mg tableta oral),T2	Flovent HFA (aerosol para inhalación),T3
Fenofibrate (160mg tableta oral, 54mg tableta oral),T1	Fluconazole (suspensión oral reconstituida),T2
Fenofibrate Micronized (134mg cápsula oral, 200mg cápsula oral, 67mg cápsula oral),T2	Fluconazole (tableta oral),T2
Fenofibric Acid (cápsula oral de liberación retardada),T3	Fluconazole in Sodium Chloride (solución para inyección intravenosa),T4
Fentanyl (100mcg/h parche transdérmico 72 horas, 12mcg/h parche transdérmico 72 horas, 25mcg/h parche transdérmico 72 horas, 50mcg/h parche transdérmico 72 horas, 75mcg/h parche transdérmico 72 horas),T4	Flucytosine (cápsula oral),T5
Fentanyl Citrate (1200mcg pastilla para chupar con aplicador, 1600mcg pastilla para chupar con aplicador, 400mcg pastilla para chupar con aplicador, 600mcg pastilla para chupar	Fludrocortisone Acetate (tableta oral),T2
	Flunisolide (solución nasal),T1
	Fluocinolone Acetonide (crema para uso

Letra remarcada = Medicamento de marca

Letra normal = Medicamento genérico

*Programa de Ahorros para la Insulina para Adultos de Edad Avanzada

externo),T3	Fluticasone Propionate (suspensión nasal),T2
Fluocinolone Acetonide (ungüento para uso externo),T3	Fluticasone-Salmeterol (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración),T3
Fluocinolone Acetonide (solución para uso externo),T3	Fluvastatin Sodium (cápsula oral),T1
Fluocinolone Acetonide (aceite ótico),T4	Fluvastatin Sodium ER (tableta oral de liberación prolongada 24 horas),T1
Fluocinolone Acetonide Scalp (aceite para uso externo),T4	Fluvoxamine Maleate (tableta oral),T3
Fluocinonide (0.05% crema para uso externo),T3	Fondaparinux Sodium (10mg/0.8ml solución para inyección subcutánea, 5mg/0.4ml solución para inyección subcutánea, 7.5mg/0.6ml solución para inyección subcutánea),T5
Fluocinonide (gel para uso externo),T3	Fondaparinux Sodium (2.5mg/0.5ml solución para inyección subcutánea),T4
Fluocinonide (ungüento para uso externo),T3	Forteo (pluma precargada con solución para inyección subcutánea),T5
Fluocinonide (solución para uso externo),T3	Fosamprenavir Calcium (tableta oral),T5
Fluocinonide Emulsified Base (crema para uso externo),T3	Fosinopril Sodium (tableta oral),T1
Fluorometholone (suspensión oftálmica),T3	Fosinopril Sodium-HCTZ (tableta oral),T1
Fluorouracil (5% crema para uso externo),T4	Fotivda (cápsula oral),T5
Fluorouracil (solución para uso externo),T3	Furosemide (solución para inyección),T4
Fluoxetine HCl (10mg cápsula oral de liberación inmediata, 20mg cápsula oral de liberación inmediata, 40mg cápsula oral de liberación inmediata),T2	Furosemide (solución oral),T1
Fluoxetine HCl (20mg/5ml solución oral),T2	Furosemide (tableta oral),T1
Fluoxetine HCl (90mg cápsula oral de liberación retardada),T4	Fuzeon (solución reconstituida para inyección subcutánea),T5
Fluphenazine Decanoate (solución para inyección),T4	Fyavolv (tableta oral),T4
Fluphenazine HCl (10mg tableta oral, 1mg tableta oral, 2.5mg tableta oral, 5mg tableta oral),T2	Fycompa (10mg tableta oral, 12mg tableta oral, 4mg tableta oral, 6mg tableta oral, 8mg tableta oral),T5
Fluphenazine HCl (2.5mg/5ml tónico oral),T4	Fycompa (2mg tableta oral),T4
Fluphenazine HCl (2.5mg/ml solución para inyección),T4	Fycompa (suspensión oral),T5
Fluphenazine HCl (5mg/ml concentrado oral),T3	G
Flurbiprofen (100mg tableta oral),T2	Gabapentin (250mg/5ml solución oral),T3
Flurbiprofen Sodium (solución oftálmica),T2	Gabapentin (cápsula oral),T2
Flutamide (cápsula oral),T3	Gabapentin (tableta oral),T2
Fluticasone Propionate (crema para uso externo),T3	Galantamine Hydrobromide (solución oral),T4
Fluticasone Propionate (ungüento para uso externo),T3	Galantamine Hydrobromide (tableta oral),T4
	Galantamine Hydrobromide ER (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas),T4
	Gammagard (2.5g/25ml solución para

T1 = Nivel 1

T2 = Nivel 2

T3 = Nivel 3

T4 = Nivel 4

T5 = Nivel 5

*Programa de Ahorros para la Insulina para Adultos de Edad Avanzada

inyección),T5	Gentamicin Sulfate-0.9% Sodium Chloride (solución para inyección intravenosa),T4
Gammagard S/D Less IgA (solución reconstituida para inyección intravenosa),T5	Genvoya (tableta oral),T5
Gammaked (1g/10ml solución para inyección),T5	Gilenya (0.5mg cápsula oral),T5
Gammaplex (10g/100ml solución para inyección intravenosa, 10g/200ml solución para inyección intravenosa, 20g/200ml solución para inyección intravenosa, 5g/50ml solución para inyección intravenosa),T5	Gilotrif (tableta oral),T5
Gamunex-C (1g/10ml solución para inyección),T5	Glassia (solución para inyección intravenosa),T5
Gardasil 9 (jeringa precargada con suspensión para inyección intramuscular),T3	Glatiramer Acetate (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea),T5
Gardasil 9 (suspensión para inyección intramuscular),T3	Glatopa (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea),T5
Gatifloxacin (solución oftálmica),T3	Glimepiride (tableta oral),T1
Gattex (kit para inyección subcutánea),T5	Glipizide (tableta oral de liberación inmediata),T1
Gauze (apósito no medicado de 2X2),T3	Glipizide ER (tableta oral de liberación prolongada 24 horas),T1
GaviLyte-C (solución oral reconstituida),T2	Glipizide-Metformin HCl (tableta oral),T1
GaviLyte-G (solución oral reconstituida),T2	GlucaGen HypoKit (solución reconstituida para inyección),T4
GaviLyte-N with Flavor Pack (solución oral reconstituida),T2	Glucagon (kit para inyección) (Lilly),T3
Gavreto (cápsula oral),T5	Glyxambi (tableta oral),T3
Gemfibrozil (tableta oral),T2	Granisetron HCl (tableta oral),T4
Generlac (solución oral),T2	Griseofulvin Microsize (suspensión oral),T4
Gengraf (cápsula oral),T3	Griseofulvin Microsize (tableta oral),T4
Gengraf (solución oral),T3	Griseofulvin Ultramicrosize (tableta oral),T4
Genotropin (solución reconstituida para inyección subcutánea),T5	Guanfacine HCl ER (tableta oral de liberación prolongada 24 horas),T4
Genotropin MiniQuick (solución reconstituida para inyección subcutánea),T5	Gvoke HypoPen 2-Pack (autoinyectable con solución para inyección subcutánea),T3
Gentak (ungüento oftálmico),T2	Gvoke PFS (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea),T3
Gentamicin Sulfate (40mg/ml solución para inyección),T4	H
Gentamicin Sulfate (crema para uso externo),T3	Haegarda (solución reconstituida para inyección subcutánea),T5
Gentamicin Sulfate (ungüento para uso externo),T3	Hailey 24 Fe (tableta oral),T4
Gentamicin Sulfate (solución oftálmica),T2	Halobetasol Propionate (crema para uso externo),T4
	Halobetasol Propionate (ungüento para uso externo),T4

Letra remarcada = Medicamento de marca Letra normal = Medicamento genérico
 *Programa de Ahorros para la Insulina para Adultos de Edad Avanzada

Haloperidol (tableta oral),T2	precargada para inyección subcutánea),T5
Haloperidol Decanoate (solución para inyección intramuscular),T4	Humira Pen (kit de pluma precargada para inyección subcutánea),T5
Haloperidol Lactate (solución para inyección),T4	Humira Pen Crohns Disease Starter (kit de pluma precargada para inyección subcutánea),T5
Haloperidol Lactate (concentrado oral),T2	Humira Pen Psoriasis Starter (kit de pluma precargada para inyección subcutánea),T5
Havrix (suspensión para inyección intramuscular),T3	Humira Pen-Pediatric UC Start (kit de pluma precargada para inyección subcutánea),T5
Heparin Sodium (10000 unidades/ml solución para inyección, 20000 unidades/ml solución para inyección, 5000 unidades/ml solución para inyección),T3	Humulin 70/30 (suspensión para inyección subcutánea),T3*
Heparin Sodium (1000 unidades/ml solución para inyección),T3	Humulin 70/30 KwikPen (pluma precargada con suspensión para inyección subcutánea),T3*
HepatAmine (8% solución para inyección intravenosa),T4	Humulin N (suspensión para inyección subcutánea),T3*
Hetlioz (cápsula oral),T5	Humulin N KwikPen (pluma precargada con suspensión para inyección subcutánea),T3*
Hetlioz LQ (suspensión oral),T5	Humulin R (solución para inyección),T3*
Hiberix (solución reconstituida para inyección),T3	Humulin R U-500 (concentrado) (solución para inyección subcutánea),T3*
Humalog (cartucho con solución para inyección subcutánea),T3*	Humulin R U-500 KwikPen (pluma precargada con solución para inyección subcutánea),T3*
Humalog (solución para inyección subcutánea),T3*	Hydralazine HCl (tableta oral),T2
Humalog Junior KwikPen (pluma precargada con solución para inyección subcutánea),T3*	Hydrochlorothiazide (cápsula oral),T1
Humalog KwikPen (pluma precargada con solución para inyección subcutánea),T3*	Hydrochlorothiazide (tableta oral),T1
Humalog Mix 50/50 (suspensión para inyección subcutánea),T3*	Hydrocodone-Acetaminophen (10-325mg tableta oral, 5-325mg tableta oral, 7.5-325mg tableta oral),T3
Humalog Mix 50/50 KwikPen (pluma precargada con suspensión para inyección subcutánea),T3*	Hydrocodone-Acetaminophen (7.5-325mg/15ml solución oral),T3
Humalog Mix 75/25 (suspensión para inyección subcutánea),T3*	Hydrocodone-Ibuprofen (7.5-200mg tableta oral),T3
Humalog Mix 75/25 KwikPen (pluma precargada con suspensión para inyección subcutánea),T3*	Hydrocortisone (1% crema para uso externo),T2
Humira (kit de jeringa precargada para inyección subcutánea),T5	Hydrocortisone (1% ungüento para uso externo, 2.5% ungüento para uso externo),T2
Humira Pediatric Crohns Start (kit de jeringa	Hydrocortisone (2.5% loción para uso externo),T3

T1 = Nivel 1

T2 = Nivel 2

T3 = Nivel 3

T4 = Nivel 4

T5 = Nivel 5

*Programa de Ahorros para la Insulina para Adultos de Edad Avanzada

Hydrocortisone (tableta oral),T3	Iclusig (tableta oral),T5
Hydrocortisone (Perianal) (2.5% crema para uso externo),T2	Icosapent Ethyl (cápsula oral),T4
Hydrocortisone (enema rectal),T4	Ilevro (suspensión oftálmica),T3
Hydrocortisone Butyrate (ungüento para uso externo),T3	Imatinib Mesylate (tableta oral),T5
Hydrocortisone Valerate (crema para uso externo),T4	Imbruvica (cápsula oral),T5
Hydrocortisone Valerate (ungüento para uso externo),T4	Imbruvica (tableta oral),T5
Hydrocortisone-Acetic Acid (solución ótica),T3	Imipenem-Cilastatin (solución reconstituida para inyección intravenosa),T4
Hydromorphone HCl (1mg/ml líquido oral),T4	Imipramine HCl (tableta oral),T4
Hydromorphone HCl (2mg tableta oral de liberación inmediata, 4mg tableta oral de liberación inmediata, 8mg tableta oral de liberación inmediata),T2	Imipramine Pamoate (cápsula oral),T4
Hydromorphone HCl ER (tableta oral de liberación prolongada 24 horas),T4	Imiquimod (3.75% crema para uso externo),T5
Hydromorphone HCl Preservative Free (10mg/ml solución para inyección, 50mg/5ml solución para inyección),T4	Imiquimod (5% crema para uso externo),T4
Hydroxychloroquine Sulfate (tableta oral),T2	Imovax Rabies (inyectable para inyección intramuscular),T3
Hydroxyurea (cápsula oral),T2	Impavido (cápsula oral),T5
Hydroxyzine HCl (jarabe oral),T3	Imvexxy Maintenance Pack (óvulo vaginal),T3
Hydroxyzine HCl (tableta oral),T3	Imvexxy Starter Pack (óvulo vaginal),T3
Hydroxyzine Pamoate (cápsula oral),T3	Incassia (tableta oral),T4
I	Increlex (solución para inyección subcutánea),T5
IDHIFA (tableta oral),T5	Incruse Ellipta (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración),T3
IPOL (inyección),T3	Indapamide (tableta oral),T1
Ibandronate Sodium (tableta oral),T2	Indomethacin (25mg cápsula oral de liberación inmediata, 50mg cápsula oral de liberación inmediata),T2
Ibrance (cápsula oral),T5	Infanrix (suspensión para inyección intramuscular),T3
Ibrance (tableta oral),T5	Ingrezza (40mg cápsula oral, 80mg cápsula oral),T5
Ibu (600mg tableta oral, 800mg tableta oral),T2	Ingrezza (cápsula oral, paquete de tratamiento),T5
Ibuprofen (400mg tableta oral, 600mg tableta oral, 800mg tableta oral),T2	Inlyta (tableta oral),T5
Ibuprofen (suspensión oral),T2	Inqovi (tableta oral),T5
Icatibant Acetate (solución para inyección subcutánea),T5	Inrebic (cápsula oral),T5
Iclevia (tableta oral),T4	Insulin Lispro (indicador de 1 unidad) (pluma precargada con solución para inyección subcutánea) (equivalente a la marca Humalog),T3*

Letra remarcada = Medicamento de marca Letra normal = Medicamento genérico

*Programa de Ahorros para la Insulina para Adultos de Edad Avanzada

Insulin Lispro (solución para inyección subcutánea) (equivalente a la marca Humalog),T3*	Irbesartan (tableta oral),T1
Insulin Lispro Junior KwikPen (pluma precargada con solución para inyección subcutánea) (equivalente a la marca Humalog),T3*	Irbesartan-Hydrochlorothiazide (tableta oral),T1
Insulin Lispro Prot & Lispro (pluma precargada con suspensión para inyección subcutánea) (equivalente a la marca Humalog),T3*	Iressa (tableta oral),T5
Insulin jeringas, agujas,T3	Isentress (100mg tableta oral masticable),T5
Intelence (100mg tableta oral, 200mg tableta oral),T5	Isentress (25mg tableta oral masticable),T3
Intelence (25mg tableta oral),T4	Isentress (paquete oral),T4
Intralipid (emulsión para inyección intravenosa),T4	Isentress (tableta oral),T5
Intron A (solución reconstituida para inyección),T5	Isentress HD (tableta oral),T5
Intron A (solución para inyección),T5	Isibloom (tableta oral),T4
Introvale (tableta oral),T4	Isolyte-P in D5W (solución para inyección intravenosa),T4
Invega Sustenna (117mg/0.75ml jeringa precargada con suspensión para inyección intramuscular, 156mg/ml jeringa precargada con suspensión para inyección intramuscular, 234mg/1.5ml jeringa precargada con suspensión para inyección intramuscular, 78mg/0.5ml jeringa precargada con suspensión para inyección intramuscular),T5	Isolyte-S pH 7.4 (solución para inyección intravenosa),T4
Invega Sustenna (39mg/0.25ml jeringa precargada con suspensión para inyección intramuscular),T4	Isoniazid (jarabe oral),T4
Invega Trinza (jeringa precargada con suspensión para inyección intramuscular),T5	Isoniazid (tableta oral),T2
Invirase (tableta oral),T5	Isosorbide Dinitrate (10mg tableta oral de liberación inmediata, 20mg tableta oral de liberación inmediata, 30mg tableta oral de liberación inmediata, 5mg tableta oral de liberación inmediata),T2
Ipratropium Bromide (solución para inhalación),T2	Isosorbide Mononitrate (tableta oral de liberación inmediata),T2
Ipratropium Bromide (solución nasal),T2	Isosorbide Mononitrate ER (tableta oral de liberación prolongada 24 horas),T2
Ipratropium-Albuterol (solución para inhalación),T1	Isotretinoin (cápsula oral),T4
	Isturisa (tableta oral),T5
	Itraconazole (cápsula oral),T4
	Itraconazole (solución oral),T5
	Ivermectin (tableta oral),T3
	Ixiaro (suspensión para inyección intramuscular),T3
	J
	Jakafi (tableta oral),T5
	Jantoven (tableta oral),T1
	Janumet (tableta oral de liberación inmediata),T3
	Janumet XR (tableta oral de liberación prolongada 24 horas),T3
	Januvia (tableta oral),T3

T1 = Nivel 1

T2 = Nivel 2

T3 = Nivel 3

T4 = Nivel 4

T5 = Nivel 5

*Programa de Ahorros para la Insulina para Adultos de Edad Avanzada

Jardiance (tableta oral),T3	Kineret (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea),T5
Jasmiel (tableta oral),T4	
Jentaduetto (tableta oral de liberación inmediata),T3	Kinrix (suspensión para inyección intramuscular),T3
Jentaduetto XR (tableta oral de liberación prolongada 24 horas),T3	Kisqali (200mg dosis) (tableta oral),T5
Jinteli (tableta oral),T4	Kisqali (400mg dosis) (tableta oral),T5
Jublia (solución para uso externo),T4	Kisqali (600mg dosis) (tableta oral),T5
Juleber (tableta oral),T4	Kisqali Femara (200mg dosis) (tableta oral, paquete de tratamiento),T5
Juluca (tableta oral),T5	Kisqali Femara (400mg dosis) (tableta oral, paquete de tratamiento),T5
Junel 1.5/30 (tableta oral),T4	Kisqali Femara (600mg dosis) (tableta oral, paquete de tratamiento),T5
Junel 1/20 (tableta oral),T4	Klor-Con (paquete oral),T3
Junel Fe 1.5/30 (tableta oral),T4	Klor-Con 10 (tableta oral de liberación prolongada),T2
Junel Fe 1/20 (tableta oral),T4	Klor-Con 8 (tableta oral de liberación prolongada),T2
Junel Fe 24 (tableta oral),T4	Klor-Con M10 (tableta oral de liberación prolongada),T2
Juxtapid (10mg cápsula oral, 20mg cápsula oral, 30mg cápsula oral, 5mg cápsula oral),T5	Klor-Con M15 (tableta oral de liberación prolongada),T2
K	Klor-Con M20 (tableta oral de liberación prolongada),T2
KCl in Dextrose-NaCl (solución para inyección intravenosa),T4	Korlym (tableta oral),T5
KCl-Lactated Ringers-D5W (solución para inyección intravenosa),T4	Koselugo (cápsula oral),T5
Kaitlib Fe (tableta oral masticable),T4	Kurvelo (tableta oral),T4
Kaletra (100-25mg tableta oral),T4	Kynmobi (10mg película sublingual, 15mg película sublingual, 20mg película sublingual, 25mg película sublingual, 30mg película sublingual),T5
Kaletra (200-50mg tableta oral),T5	L
Kalydeco (paquete oral),T5	LARIN 1.5/30 (tableta oral),T4
Kalydeco (tableta oral),T5	LARIN 1/20 (tableta oral),T4
Kariva (tableta oral),T4	LARIN Fe 1.5/30 (tableta oral),T4
Kelnor 1/35 (tableta oral),T4	LARIN Fe 1/20 (tableta oral),T4
Kelnor 1/50 (tableta oral),T4	Labetalol HCl (tableta oral),T2
Ketoconazole (crema para uso externo),T2	Lacrisert (inserto oftálmico),T4
Ketoconazole (champú para uso externo),T2	Lactulose (10g/15ml solución oral),T2
Ketoconazole (tableta oral),T2	
Ketoprofen (50mg cápsula oral de liberación inmediata, 75mg cápsula oral de liberación inmediata),T3	
Ketorolac Tromethamine (solución oftálmica),T3	

Letra remarcada = Medicamento de marca Letra normal = Medicamento genérico
 *Programa de Ahorros para la Insulina para Adultos de Edad Avanzada

Lamivudine (100mg tableta oral),T3	paquete de tratamiento),T5
Lamivudine (10mg/ml solución oral),T3	Lenvima 4mg Daily Dose (cápsula oral, paquete de tratamiento),T5
Lamivudine (150mg tableta oral, 300mg tableta oral),T3	Lenvima 8mg Daily Dose (cápsula oral, paquete de tratamiento),T5
Lamivudine-Zidovudine (tableta oral),T4	Lessina (tableta oral),T4
Lamotrigine (100mg tableta oral de liberación inmediata, 150mg tableta oral de liberación inmediata, 200mg tableta oral de liberación inmediata, 25mg tableta oral de liberación inmediata),T2	Letrozole (tableta oral),T2
Lamotrigine (25mg tableta oral masticable, 5mg tableta oral masticable),T3	Leucovorin Calcium (10mg tableta oral, 15mg tableta oral, 5mg tableta oral),T3
Lanoxin (tableta oral),T4	Leucovorin Calcium (25mg tableta oral),T4
Lansoprazole (cápsula oral de liberación retardada),T2	Leukeran (tableta oral),T5
Lanthanum Carbonate (tableta oral masticable),T5	Leukine (solución reconstituida para inyección),T5
Lantus (solución para inyección subcutánea),T3*	Leuprolide Acetate (kit para inyección),T4
Lantus SoloStar (pluma precargada con solución para inyección subcutánea),T3*	Levalbuterol HCl (solución para nebulizador para inhalación),T4
Lapatinib Ditosylate (tableta oral),T5	Levemir (solución para inyección subcutánea),T3*
Larissia (tableta oral),T4	Levemir FlexTouch (pluma precargada con solución para inyección subcutánea),T3*
Lastacraft (solución oftálmica),T3	Levetiracetam (solución oral),T2
Latanoprost (solución oftálmica),T1	Levetiracetam (tableta oral de liberación inmediata),T2
Latuda (tableta oral),T5	Levetiracetam ER (tableta oral de liberación prolongada 24 horas),T3
Layolis Fe (tableta oral masticable),T4	Levo-T (tableta oral),T3
Leena (tableta oral),T4	Levobunolol HCl (solución oftálmica),T2
Leflunomide (tableta oral),T2	Levocarnitine (1g/10ml solución oral),T3
Lenvima 10mg Daily Dose (cápsula oral, paquete de tratamiento),T5	Levocarnitine (330mg tableta oral),T3
Lenvima 12mg Daily Dose (cápsula oral, paquete de tratamiento),T5	Levocetirizine Dihydrochloride (tableta oral),T1
Lenvima 14mg Daily Dose (cápsula oral, paquete de tratamiento),T5	Levofloxacin (0.5% solución oftálmica),T3
Lenvima 18mg Daily Dose (cápsula oral, paquete de tratamiento),T5	Levofloxacin (250mg tableta oral, 500mg tableta oral, 750mg tableta oral),T1
Lenvima 20mg Daily Dose (cápsula oral, paquete de tratamiento),T5	Levofloxacin (25mg/ml solución para inyección intravenosa),T4
Lenvima 24mg Daily Dose (cápsula oral,	Levofloxacin (25mg/ml solución oral),T4
	Levofloxacin in D5W (500mg/100ml solución para inyección intravenosa, 750mg/150ml solución para inyección intravenosa),T4

T1 = Nivel 1

T2 = Nivel 2

T3 = Nivel 3

T4 = Nivel 4

T5 = Nivel 5

*Programa de Ahorros para la Insulina para Adultos de Edad Avanzada

Levonest (tableta oral),T4	Lopinavir-Ritonavir (solución oral),T4
Levonorgestrel-Ethinyl Estradiol & Ethinyl Estradiol (tableta oral),T4	Lorazepam (tableta oral),T1
Levonorgestrel-Ethinyl Estradiol (tableta oral),T4	Lorazepam Intensol (concentrado oral),T2
Levonorgestrel-Ethinyl Estradiol 91-Day (tableta oral),T4	Lorbrena (tableta oral),T5
Levora 0.15/30 (28) (tableta oral),T4	Loryna (tableta oral),T4
Levorphanol Tartrate (tableta oral),T5	Losartan Potassium (tableta oral),T1
Levothyroxine Sodium (tableta oral),T1	Losartan Potassium-HCTZ (tableta oral),T1
Levoxyl (tableta oral),T3	Lotemax (gel oftálmico),T4
Lexiva (suspensión oral),T4	Lotemax (ungüento oftálmico),T4
Lidocaine (5% ungüento para uso externo),T3	Lotemax (suspensión oftálmica),T4
Lidocaine (5% parche para uso externo),T4	Lotemax SM (gel oftálmico),T4
Lidocaine HCl (4% solución para uso externo),T4	Loteprednol Etabonate (gel oftálmico),T4
Lidocaine Viscous (2% solución para la boca/garganta),T2	Loteprednol Etabonate (suspensión oftálmica),T4
Lidocaine-Prilocaine (crema para uso externo),T3	Lovastatin (tableta oral),T1
Linezolid (solución para inyección intravenosa),T4	Low-Ogestrel (tableta oral),T4
Linezolid (suspensión oral reconstituida),T5	Loxapine Succinate (cápsula oral),T2
Linezolid (tableta oral),T4	Lubiprostone (cápsula oral),T3
Linzess (cápsula oral),T3	Lumigan (solución oftálmica),T3
Liothyronine Sodium (tableta oral),T2	Lupaneta Pack (kit de combinación),T5
Lisinopril (tableta oral),T1	Lupron Depot (1 mes) (kit para inyección intramuscular),T5
Lisinopril-Hydrochlorothiazide (tableta oral),T1	Lupron Depot (3 meses) (kit para inyección intramuscular),T5
Lithium (8meq/5ml solución oral),T3	Lupron Depot (4 meses) (kit para inyección intramuscular),T5
Lithium Carbonate (cápsula oral),T2	Lupron Depot (6 meses) (kit para inyección intramuscular),T5
Lithium Carbonate (tableta oral de liberación inmediata),T2	Lutera (tableta oral),T4
Lithium Carbonate ER (tableta oral de liberación prolongada),T2	Lyleq (tableta oral),T4
Lithostat (tableta oral),T5	Lynparza (tableta oral),T5
Livalo (tableta oral),T3	Lysodren (tableta oral),T5
Lokelma (paquete oral),T4	Lyumjev (solución para inyección),T3*
Lonhala Magnair (solución para inhalación),T5	Lyumjev KwikPen (pluma precargada con solución para inyección subcutánea),T3*
Lonsurf (tableta oral),T5	Lyza (tableta oral),T4
Loperamide HCl (cápsula oral),T2	M
	M-M-R II (solución reconstituida para

Letra remarcada = Medicamento de marca Letra normal = Medicamento genérico
 *Programa de Ahorros para la Insulina para Adultos de Edad Avanzada

inyección),T3	MenQuadfi (inyectable para inyección intramuscular),T3
Magnesium Sulfate (50% (10ml jeringa) solución para inyección),T4	Menactra (inyectable para inyección intramuscular),T3
Magnesium Sulfate (50% solución para inyección),T4	Menest (tableta oral),T3
Malathion (loción para uso externo),T4	Mentax (crema para uso externo),T4
Marlissa (tableta oral),T4	Menveo (solución reconstituida para inyección intramuscular),T3
Marplan (tableta oral),T4	Mercaptopurine (tableta oral),T3
Matulane (cápsula oral),T5	Meropenem (solución reconstituida para inyección intravenosa),T4
Matzim LA (tableta oral de liberación prolongada 24 horas),T2	Mesalamine (1.2g tableta oral de liberación retardada) (Lialda genérico),T3
Mavyret (tableta oral),T5	Mesalamine (enema rectal),T4
Mayzent (0.25mg tableta oral, 2mg tableta oral),T5	Mesalamine (supositorio rectal),T4
Mayzent Starter Pack (tableta oral, paquete de tratamiento),T5	Mesalamine ER (0.375g cápsula oral de liberación prolongada 24 horas) (Apriso genérico),T3
Meclizine HCl (12.5mg tableta oral, 25mg tableta oral),T2	Mesnex (tableta oral),T4
Medroxyprogesterone Acetate (10mg tableta oral, 2.5mg tableta oral, 5mg tableta oral),T2	Metformin HCl (solución oral),T1
Medroxyprogesterone Acetate (150mg/ml jeringa precargada con suspensión para inyección intramuscular),T4	Metformin HCl (tableta oral de liberación inmediata),T1
Medroxyprogesterone Acetate (150mg/ml suspensión para inyección intramuscular),T4	Metformin HCl ER (tableta oral de liberación prolongada 24 horas) (Glucophage XR genérico),T1
Mefloquine HCl (tableta oral),T2	Methadone HCl (solución oral),T3
Megestrol Acetate (40mg/ml suspensión oral),T3	Methadone HCl (tableta oral),T3
Megestrol Acetate (625mg/5ml suspensión oral),T4	Methazolamide (tableta oral),T4
Megestrol Acetate (tableta oral),T3	Methenamine Hippurate (tableta oral),T3
Mekinist (tableta oral),T5	Methimazole (tableta oral),T1
Mektovi (tableta oral),T5	Methocarbamol (tableta oral),T3
Meloxicam (tableta oral),T1	Methotrexate (tableta oral),T2
Memantine HCl (10mg tableta oral, 5mg tableta oral),T2	Methotrexate Sodium (50mg/2ml jeringa precargada con solución para inyección),T2
Memantine HCl (2mg/ml solución oral),T4	Methotrexate Sodium (50mg/2ml solución para inyección),T2
Memantine HCl ER (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas),T3	Methoxsalen Rapid (cápsula oral),T5
Memantine HCl Titration Pak (tableta oral),T2	Methscopolamine Bromide (tableta oral),T4
	Methyldopa (tableta oral),T1

T1 = Nivel 1 T2 = Nivel 2 T3 = Nivel 3 T4 = Nivel 4 T5 = Nivel 5
*Programa de Ahorros para la Insulina para Adultos de Edad Avanzada

Methylphenidate HCl (solución oral),T4	Miglitol (tableta oral),T4
Methylphenidate HCl (tableta oral de liberación inmediata) (Ritalin genérico),T3	Miglustat (cápsula oral),T5
Methylphenidate HCl ER (10mg tableta oral de liberación prolongada, 20mg tableta oral de liberación prolongada),T4	Mili (tableta oral),T4
Methylprednisolone (tableta oral, paquete de tratamiento),T2	Minitran (parche transdérmico 24 horas),T2
Methylprednisolone (tableta oral),T2	Minocycline HCl (cápsula oral),T2
Metoclopramide HCl (5mg/5ml solución oral),T2	Minocycline HCl (tableta oral de liberación inmediata),T4
Metoclopramide HCl (tableta oral),T1	Minoxidil (tableta oral),T2
Metolazone (tableta oral),T1	Mirtazapine (tableta oral),T2
Metoprolol Succinate ER (tableta oral de liberación prolongada 24 horas),T1	Mirtazapine ODT (tableta oral dispersable),T2
Metoprolol Tartrate (tableta oral),T1	Mirvaso (gel para uso externo),T4
Metoprolol-Hydrochlorothiazide (tableta oral),T2	Misoprostol (tableta oral),T3
Metronidazole (0.75% crema para uso externo),T4	Modafinil (tableta oral),T3
Metronidazole (0.75% gel para uso externo, 1% gel para uso externo),T4	Moexipril HCl (tableta oral),T1
Metronidazole (0.75% loción para uso externo),T4	Molindone HCl (tableta oral),T4
Metronidazole (0.75% gel vaginal),T3	Mometasone Furoate (crema para uso externo),T2
Metronidazole (250mg tableta oral, 500mg tableta oral),T2	Mometasone Furoate (ungüento para uso externo),T2
Metronidazole in NaCl 0.79% (solución para inyección intravenosa),T4	Mometasone Furoate (solución para uso externo),T2
Metyrosine (cápsula oral),T5	Mometasone Furoate (suspensión nasal),T4
Mexiletine HCl (cápsula oral),T3	Mondoxylene NL (100mg cápsula oral),T3
Mibelas 24 Fe (tableta oral masticable),T4	Montelukast Sodium (paquete oral),T2
Micafungin Sodium (solución reconstituida para inyección intravenosa),T4	Montelukast Sodium (tableta oral masticable),T2
Miconazole 3 (supositorio vaginal),T3	Montelukast Sodium (tableta oral),T1
Microgestin 1.5/30 (tableta oral),T4	Morphine Sulfate (10mg/5ml solución oral, 100mg/5ml solución oral, 20mg/5ml solución oral),T3
Microgestin 1/20 (tableta oral),T4	Morphine Sulfate (tableta oral de liberación inmediata),T3
Microgestin Fe 1.5/30 (tableta oral),T4	Morphine Sulfate ER (100mg tableta oral de liberación prolongada, 15mg tableta oral de liberación prolongada, 30mg tableta oral de liberación prolongada, 60mg tableta oral de liberación prolongada) (MS Contin genérico),T3
Microgestin Fe 1/20 (tableta oral),T4	Morphine Sulfate ER (200mg tableta oral de liberación prolongada) (MS Contin genérico),T4
Midodrine HCl (tableta oral),T3	
Migergot (supositorio rectal),T5	

Letra remarcada = Medicamento de marca

Letra normal = Medicamento genérico

*Programa de Ahorros para la Insulina para Adultos de Edad Avanzada

Motegrity (tableta oral),T4	tratamiento),T3
Movantik (tableta oral),T3	Namzaric (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas),T3
Moxifloxacin HCl (solución oftálmica) (Vigamox genérico),T4	Naproxen (suspensión oral),T5
Moxifloxacin HCl (tableta oral),T3	Naproxen (tableta oral de liberación inmediata),T2
Moxifloxacin HCl in NaCl (solución para inyección intravenosa),T4	Naproxen DR (tableta oral de liberación retardada) (EC-Naprosyn genérico),T2
Multaq (tableta oral),T3	Naratriptan HCl (tableta oral),T3
Mupirocin (ungüento para uso externo),T2	Narcan (líquido nasal),T3
Mupirocin Calcium (crema para uso externo),T4	Natacyn (suspensión oftálmica),T4
Myalept (solución reconstituida para inyección subcutánea),T5	Nateglinide (tableta oral),T1
Mycophenolate Mofetil (cápsula oral),T3	Natpara (cartucho para inyección subcutánea),T5
Mycophenolate Mofetil (suspensión oral reconstituida),T5	Nayzilam (solución nasal),T4
Mycophenolate Mofetil (tableta oral),T3	Necon 0.5/35 (28) (tableta oral),T4
Mycophenolate Sodium (tableta oral de liberación retardada),T4	Nefazodone HCl (tableta oral),T4
Myorisan (cápsula oral),T4	Neomycin Sulfate (tableta oral),T2
Myrbetriq (tableta oral de liberación prolongada 24 horas),T3	Neomycin-Bacitracin-Polymyxin (5-400-10000 ungüento oftálmico),T3
N	Neomycin-Polymyxin-Bacitracin-Hydrocortisone (ungüento oftálmico),T3
Nabumetone (tableta oral),T2	Neomycin-Polymyxin-Dexamethasone (3.5-10000-0.1 suspensión oftálmica),T2
Nadolol (tableta oral),T4	Neomycin-Polymyxin-Dexamethasone (ungüento oftálmico),T2
Nafcillin Sodium (10g solución reconstituida para inyección intravenosa),T4	Neomycin-Polymyxin-Gramicidin (solución oftálmica),T3
Nafcillin Sodium (solución reconstituida para inyección),T4	Neomycin-Polymyxin-HC (1% solución ótica),T3
Naftifine HCl (crema para uso externo),T4	Neomycin-Polymyxin-HC (suspensión oftálmica),T4
Naftin (2% gel para uso externo),T4	Neomycin-Polymyxin-HC (suspensión ótica),T3
Naloxone HCl (0.4mg/ml solución para inyección),T2	Nerlynx (tableta oral),T5
Naloxone HCl (cartucho con solución para inyección),T2	Neulasta (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea),T5
Naloxone HCl (jeringa precargada con solución para inyección),T2	Neupro (parche transdérmico 24 horas),T4
Naltrexone HCl (tableta oral),T3	Nevirapine (suspensión oral),T4
Namzaric (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas, paquete de	Nevirapine (tableta oral de liberación inmediata),T3

T1 = Nivel 1

T2 = Nivel 2

T3 = Nivel 3

T4 = Nivel 4

T5 = Nivel 5

*Programa de Ahorros para la Insulina para Adultos de Edad Avanzada

Nevirapine ER (tableta oral de liberación prolongada 24 horas),T4	0.8-25mg-mcg tableta oral masticable, 1-20mg-mcg(24) tableta oral masticable),T4
Nexavar (tableta oral),T5	Norethindrone Acetate-Ethinyl Estradiol-Fe (1-20mg-mcg tableta oral),T4
Niacin ER (antihiperlipidémico) (tableta oral de liberación prolongada),T3	Norgestimate-Ethinyl Estradiol (tableta oral),T4
Niacor (tableta oral),T4	Norgestimate-Ethinyl Estradiol Triphasic (tableta oral),T4
Nicardipine HCl (cápsula oral),T4	Nortrel 0.5/35 (28) (tableta oral),T4
Nicotrol (inhalador para inhalación),T4	Nortrel 1/35 (21) (tableta oral),T4
Nicotrol NS (solución nasal),T4	Nortrel 1/35 (28) (tableta oral),T4
Nifedipine ER (tableta oral de liberación prolongada 24 horas),T2	Nortrel 7/7/7 (tableta oral),T4
Nifedipine ER Osmotic Release (tableta oral de liberación prolongada 24 horas),T2	Nortriptyline HCl (cápsula oral),T2
Nikki (tableta oral),T4	Nortriptyline HCl (solución oral),T2
Nilutamide (tableta oral),T5	Norvir (paquete oral),T4
Nimodipine (cápsula oral),T4	Norvir (solución oral),T4
Ninlaro (cápsula oral),T5	Nubeqa (tableta oral),T5
Nitazoxanide (tableta oral),T5	Nucala (autoinyectable con solución para inyección subcutánea),T5
Nitisinone (cápsula oral),T5	Nucala (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea),T5
Nitro-Bid (ungüento transdérmico),T4	Nucala (solución reconstituida para inyección subcutánea),T5
Nitrofurantoin (suspensión oral),T5	Nucynta ER (tableta oral de liberación prolongada 12 horas),T3
Nitrofurantoin Macrocrystal (100mg cápsula oral, 50mg cápsula oral) (Macrochant genérico),T3	Nuedexta (cápsula oral),T5
Nitrofurantoin Monohydrate (Macrobid genérico),T3	Nuplazid (cápsula oral),T5
Nitroglycerin (tableta sublingual),T2	Nuplazid (tableta oral),T5
Nitroglycerin (parche transdérmico 24 horas),T2	Nutrilipid (emulsión para inyección intravenosa),T4
Nitroglycerin (solución translingual),T3	Nyamyc (polvo para uso externo),T2
Nitrostat (tableta sublingual),T3	Nylia 7/7/7 (tableta oral),T4
Nizatidine (cápsula oral),T3	Nymalize (6mg/ml solución oral),T5
Nora-BE (tableta oral),T4	Nymyo (tableta oral),T4
Norethindrone (0.35mg tableta oral),T4	Nystatin (crema para uso externo),T2
Norethindrone Acetate (5mg tableta oral),T2	Nystatin (ungüento para uso externo),T2
Norethindrone Acetate-Ethinyl Estradiol (0.5-2.5mg-mcg tableta oral, 1-20mg-mcg tableta oral, 1-5mg-mcg tableta oral),T4	Nystatin (polvo para uso externo),T2
Norethindrone Acetate-Ethinyl Estradiol-Fe (0.4-35mg-mcg tableta oral masticable,	Nystatin (suspensión para la boca/garganta),T2
	Nystatin (tableta oral),T2
	Nystop (polvo para uso externo),T2

Letra remarcada = Medicamento de marca

Letra normal = Medicamento genérico

*Programa de Ahorros para la Insulina para Adultos de Edad Avanzada

O	
Ocaliva (tableta oral),T5	Ondansetron ODT (tableta oral dispersable),T2
Ocella (tableta oral),T4	Onureg (tableta oral),T5
Octagam (1g/20ml solución para inyección intravenosa, 2g/20ml solución para inyección intravenosa),T5	Opsumit (tableta oral),T5
Octreotide Acetate (1000mcg/ml solución para inyección, 500mcg/ml solución para inyección),T5	Orencia (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea),T5
Octreotide Acetate (100mcg/ml solución para inyección, 200mcg/ml solución para inyección, 50mcg/ml solución para inyección),T4	Orencia ClickJect (autoinyectable con solución para inyección subcutánea),T5
Odefsey (tableta oral),T5	Orenitram (0.125mg tableta oral de liberación prolongada),T4
Odomzo (cápsula oral),T5	Orenitram (0.25mg tableta oral de liberación prolongada, 1mg tableta oral de liberación prolongada, 2.5mg tableta oral de liberación prolongada, 5mg tableta oral de liberación prolongada),T5
Ofev (cápsula oral),T5	Orfadin (20mg cápsula oral),T5
Ofloxacin (solución oftálmica),T2	Orfadin (suspensión oral),T5
Ofloxacin (tableta oral),T3	Orgovyx (tableta oral),T5
Ofloxacin (solución ótica),T3	Orkambi (paquete oral),T5
Olanzapine (10mg solución reconstituida para inyección intramuscular),T4	Orkambi (tableta oral),T5
Olanzapine (10mg tableta oral, 15mg tableta oral, 2.5mg tableta oral, 20mg tableta oral, 5mg tableta oral, 7.5mg tableta oral),T2	Orsythia (tableta oral),T4
Olanzapine ODT (10mg tableta oral dispersable, 15mg tableta oral dispersable, 20mg tableta oral dispersable, 5mg tableta oral dispersable),T4	Oseltamivir Phosphate (cápsula oral),T3
Olmesartan Medoxomil (tableta oral),T1	Oseltamivir Phosphate (suspensión oral reconstituida),T3
Olmesartan Medoxomil-HCTZ (tableta oral),T1	Osphena (tableta oral),T3
Olmesartan-Amlodipine-HCTZ (tableta oral),T1	Otezla (tableta oral, paquete de tratamiento),T5
Olopatadine HCl (solución oftálmica),T3	Otezla (tableta oral),T5
Omega-3-Acid Ethyl Esters (cápsula oral) (Lovaza genérico),T4	Oxacillin Sodium (solución reconstituida para inyección),T4
Omeprazole (10mg cápsula oral de liberación retardada),T2	Oxacillin Sodium (solución reconstituida para inyección intravenosa),T4
Omeprazole (20mg cápsula oral de liberación retardada, 40mg cápsula oral de liberación retardada),T2	Oxacillin Sodium in Dextrose (solución para inyección intravenosa),T4
Ondansetron HCl (solución oral),T4	Oxandrolone (10mg tableta oral),T4
Ondansetron HCl (tableta oral),T2	Oxandrolone (2.5mg tableta oral),T3
	Oxcarbazepine (150mg tableta oral, 300mg tableta oral, 600mg tableta oral),T3
	Oxcarbazepine (300mg/5ml suspensión oral),T4
	Oxybutynin Chloride (jarabe oral),T2

T1 = Nivel 1

T2 = Nivel 2

T3 = Nivel 3

T4 = Nivel 4

T5 = Nivel 5

*Programa de Ahorros para la Insulina para Adultos de Edad Avanzada

Oxybutynin Chloride (tableta oral de liberación inmediata),T2	intramuscular),T3
Oxybutynin Chloride ER (tableta oral de liberación prolongada 24 horas),T2	Pedvax HIB (suspensión para inyección intramuscular),T3
Oxycodone HCl (100mg/5ml concentrado oral),T4	Pegasys (solución para inyección subcutánea),T5
Oxycodone HCl (10mg tableta oral de liberación inmediata, 15mg tableta oral de liberación inmediata, 20mg tableta oral de liberación inmediata, 30mg tableta oral de liberación inmediata, 5mg tableta oral de liberación inmediata),T2	Pemazyre (tableta oral),T5
Oxycodone HCl (5mg/5ml solución oral),T4	Penicillamine (250mg cápsula oral),T5
Oxycodone-Acetaminophen (10-325mg tableta oral, 2.5-325mg tableta oral, 5-325mg tableta oral, 7.5-325mg tableta oral),T3	Penicillamine (250mg tableta oral),T5
Ozempic (0.25mg/dosis o 0.5mg/dosis) (pluma precargada con solución para inyección subcutánea),T3	Penicillin G Potassium (20000000 unidades solución reconstituida para inyección),T4
Ozempic (1mg/dosis) (pluma precargada con solución para inyección subcutánea),T3	Penicillin G Procaine (suspensión para inyección intramuscular),T4
P	Penicillin G Sodium (solución reconstituida para inyección),T5
PEG-3350-Electrolytes (solución oral) (GoLYTELY genérico),T2	Penicillin V Potassium (solución oral reconstituida),T2
PEG-3350-NaCl-Na Bicarbonate-KCl (solución oral) (NuLYTELY genérico),T2	Penicillin V Potassium (tableta oral),T2
Pacerone (200mg tableta oral),T1	Pentamidine Isethionate (solución reconstituida para inhalación),T4
Paliperidone ER (tableta oral de liberación prolongada 24 horas),T4	Pentamidine Isethionate (solución reconstituida para inyección),T4
Pantoprazole Sodium (tableta oral de liberación retardada),T1	Pentasa (cápsula oral de liberación prolongada),T4
Panzyga (solución para inyección intravenosa),T5	Pentoxifylline ER (tableta oral de liberación prolongada),T2
Paricalcitol (cápsula oral),T4	Perforomist (solución para nebulizador para inhalación),T4
Paromomycin Sulfate (cápsula oral),T4	Perindopril Erbumine (tableta oral),T1
Paroxetine HCl (tableta oral de liberación inmediata),T2	Periogard (solución bucal),T2
Paser (paquete oral),T4	Permethrin (crema para uso externo),T3
Paxil (suspensión oral),T4	Perphenazine (tableta oral),T4
Pediarix (suspensión para inyección	Perseris (jeringa precargada para inyección subcutánea),T5

Letra remarcada = Medicamento de marca Letra normal = Medicamento genérico

*Programa de Ahorros para la Insulina para Adultos de Edad Avanzada

Phenytoin (tableta oral masticable),T2	retardada),T5
Phenytoin Sodium Extended (cápsula oral),T2	Potassium Chloride (10meq/100ml solución para inyección intravenosa, 20meq/100ml solución para inyección intravenosa, 40meq/100ml solución para inyección intravenosa),T4
Phoslyra (solución oral),T3	Potassium Chloride (20meq/15ml(10%) solución oral, 40meq/15ml(20%) solución oral),T3
Picato (0.015% gel para uso externo, 0.05% gel para uso externo),T3	Potassium Chloride (2meq/ml solución para inyección intravenosa, 2meq/ml (20ml) solución para inyección intravenosa),T4
Pifeltro (tableta oral),T5	Potassium Chloride (paquete oral),T3
Pilocarpine HCl (solución oftálmica),T3	Potassium Chloride CR (tableta oral de liberación prolongada),T2
Pilocarpine HCl (tableta oral),T4	Potassium Chloride ER (cápsula oral de liberación prolongada),T2
Pimecrolimus (crema para uso externo),T4	Potassium Chloride in Dextrose (solución para inyección intravenosa),T4
Pimozide (tableta oral),T4	Potassium Chloride in NaCl (20-0.45meq/l-% solución para inyección intravenosa),T4
Pimtrea (tableta oral),T4	Potassium Chloride in NaCl (20-0.9meq/l-% solución para inyección intravenosa, 40-0.9meq/l-% solución para inyección intravenosa),T4
Pindolol (tableta oral),T3	Potassium Citrate ER (tableta oral de liberación prolongada),T3
Pioglitazone HCl (tableta oral),T1	Praluent (autoinyectable con solución para inyección subcutánea),T3
Pioglitazone HCl-Glimepiride (tableta oral),T1	Pramipexole Dihydrochloride (tableta oral de liberación inmediata),T2
Pioglitazone HCl-Metformin HCl (tableta oral),T1	Prasugrel HCl (tableta oral),T3
Piperacillin-Tazobactam (solución reconstituida para inyección intravenosa),T4	Pravastatin Sodium (tableta oral),T1
Piqray (200mg dosis diaria) (tableta oral, paquete de tratamiento),T5	Praziquantel (tableta oral),T4
Piqray (250mg dosis diaria) (tableta oral, paquete de tratamiento),T5	Prazosin HCl (cápsula oral),T2
Piqray (300mg dosis diaria) (tableta oral, paquete de tratamiento),T5	Pred Mild (suspensión oftálmica),T4
Pirmella 1/35 (tableta oral),T4	Pred-G (suspensión oftálmica),T4
Piroxicam (cápsula oral),T3	Pred-G S.O.P. (ungüento oftálmico),T4
Plasma-Lyte 148 (solución para inyección intravenosa),T4	Prednicarbate (ungüento para uso externo),T4
Plasma-Lyte A (solución para inyección intravenosa),T4	Prednisolone (solución oral),T2
Plenamine (solución para inyección intravenosa),T4	Prednisolone Acetate (suspensión oftálmica),T3
Podofilox (solución para uso externo),T3	
Polymyxin B Sulfate (solución reconstituida para inyección),T4	
Polymyxin B-Trimethoprim (solución oftálmica),T2	
Pomalyst (cápsula oral),T5	
Portia-28 (tableta oral),T4	
Posaconazole (tableta oral de liberación	

T1 = Nivel 1

T2 = Nivel 2

T3 = Nivel 3

T4 = Nivel 4

T5 = Nivel 5

*Programa de Ahorros para la Insulina para Adultos de Edad Avanzada

Prednisolone Sodium Phosphate (1% solución oftálmica),T2	inhalación activado por la respiración),T3
Prednisolone Sodium Phosphate (25mg/5ml solución oral, 6.7mg/5ml solución oral),T2	ProQuad (suspensión reconstituida para inyección subcutánea),T3
Prednisone (10mg (21) tableta oral, paquete de tratamiento, 10mg (48) tableta oral, paquete de tratamiento, 5mg (21) tableta oral, paquete de tratamiento, 5mg (48) tableta oral, paquete de tratamiento),T1	Probenecid (tableta oral),T3
Prednisone (10mg tableta oral, 1mg tableta oral, 2.5mg tableta oral, 20mg tableta oral, 50mg tableta oral, 5mg tableta oral),T1	Probenecid-Colchicine (tableta oral),T3
Prednisone (5mg/5ml solución oral),T2	Procalamine (solución para inyección intravenosa),T4
Prednisone Intensol (concentrado oral),T2	Prochlorperazine (supositorio rectal),T4
Pregabalin (cápsula oral),T3	Prochlorperazine Maleate (tableta oral),T2
Pregabalin (solución oral),T3	Procrit (10000 unidades/ml solución para inyección, 2000 unidades/ml solución para inyección, 3000 unidades/ml solución para inyección, 4000 unidades/ml solución para inyección),T4
Premarin (tableta oral),T4	Procrit (20000 unidades/ml solución para inyección, 40000 unidades/ml solución para inyección),T5
Premarin (crema vaginal),T3	Procto-Med HC (crema para uso externo),T2
Premasol (solución para inyección intravenosa),T4	Procto-Pak (crema para uso externo),T2
Premphase (tableta oral),T4	Proctosol HC (2.5% crema para uso externo),T2
Prempro (tableta oral),T4	Proctozone-HC (crema para uso externo),T2
Prenatal (27-1mg tableta oral),T3	Procysbi (paquete oral),T5
Prevalite (paquete oral),T4	Progesterone (cápsula oral),T2
Previfem (tableta oral),T4	Prograf (paquete oral),T4
Prevymis (tableta oral),T5	Prolastin-C (solución reconstituida para inyección intravenosa),T5
Prezcobix (tableta oral),T5	Prolensa (solución oftálmica),T4
Prezista (150mg tableta oral, 600mg tableta oral, 800mg tableta oral),T5	Prolia (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea),T4
Prezista (75mg tableta oral),T4	Promacta (paquete oral),T5
Prezista (suspensión oral),T5	Promacta (tableta oral),T5
Priftin (tableta oral),T4	Promethazine HCl (jarabe oral),T3
Primaquine Phosphate (tableta oral),T4	Promethazine HCl (tableta oral),T3
Primidone (tableta oral),T2	Promethazine HCl (supositorio rectal),T4
Privigen (20g/200ml solución para inyección intravenosa),T5	Promethegan (25mg supositorio rectal),T4
ProAir HFA (solución en aerosol para inhalación),T3	Propafenone HCl (tableta oral),T2
ProAir RespiClick (polvo en aerosol para	Propafenone HCl ER (cápsula oral de liberación prolongada 12 horas),T4
	Proparacaine HCl (solución oftálmica),T2

Letra remarcada = Medicamento de marca Letra normal = Medicamento genérico

*Programa de Ahorros para la Insulina para Adultos de Edad Avanzada

Propranolol HCl (solución oral),T2	Ramelteon (tableta oral),T4
Propranolol HCl (tableta oral),T2	Ramipril (cápsula oral),T1
Propranolol HCl ER (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas),T2	Ranolazine ER (tableta oral de liberación prolongada 12 horas),T3
Propylthiouracil (tableta oral),T2	Rasagiline Mesylate (tableta oral),T4
Prosol (solución para inyección intravenosa),T4	Rasuvo (autoinyectable con solución para inyección subcutánea),T4
Protriptyline HCl (tableta oral),T4	Rayaldee (cápsula oral de liberación prolongada),T5
Pulmozyme (solución para inhalación),T5	Rebif (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea),T5
Purixan (suspensión oral),T5	Rebif Rebidose (autoinyectable con solución para inyección subcutánea),T5
Pyrazinamide (tableta oral),T4	Rebif Rebidose Titration Pack (autoinyectable con solución para inyección subcutánea),T5
Pyridostigmine Bromide (60mg tableta oral de liberación inmediata),T3	Rebif Titration Pack (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea),T5
Pyridostigmine Bromide (solución oral),T5	Reclipsen (tableta oral),T4
Pyridostigmine Bromide ER (tableta oral de liberación prolongada),T4	Recombivax HB (suspensión para inyección),T3
Pyrimethamine (tableta oral),T5	Rectiv (ungüento rectal),T4
Q	Regranex (gel para uso externo),T5
Qinlock (tableta oral),T5	Relenza Diskhaler (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración),T3
Quadracel (suspensión para inyección intramuscular),T3	Relistor (tableta oral),T5
Quetiapine Fumarate (tableta oral de liberación inmediata),T2	Relistor (solución para inyección subcutánea),T5
Quetiapine Fumarate ER (tableta oral de liberación prolongada 24 horas),T3	Repaglinide (tableta oral),T1
Quinapril HCl (tableta oral),T1	Repatha (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea),T3
Quinapril-Hydrochlorothiazide (tableta oral),T1	Repatha Pushtronex System (cartucho con solución para inyección subcutánea),T3
Quinidine Gluconate ER (tableta oral de liberación prolongada),T4	Repatha SureClick (autoinyectable con solución para inyección subcutánea),T3
Quinidine Sulfate (tableta oral),T2	Restasis Single-Use Vials (emulsión oftálmica),T3
Quinine Sulfate (cápsula oral),T4	Retacrit (solución para inyección),T4
R	Retevmo (cápsula oral),T5
RAVICTI (líquido oral),T5	Revlimid (cápsula oral),T5
RabAvert (suspensión reconstituida para inyección intramuscular),T3	Rexulti (tableta oral),T5
Rabeprazole Sodium (tableta oral de liberación retardada),T3	
Raloxifene HCl (tableta oral),T3	

T1 = Nivel 1 T2 = Nivel 2 T3 = Nivel 3 T4 = Nivel 4 T5 = Nivel 5
*Programa de Ahorros para la Insulina para Adultos de Edad Avanzada

Reyataz (paquete oral),T5	dispersable),T3
Rhopressa (solución oftálmica),T3	Rocklatan (solución oftálmica),T3
Ribavirin (tableta oral),T3	Ropinirole HCl (tableta oral de liberación inmediata),T2
Ridaura (cápsula oral),T5	Rosuvastatin Calcium (tableta oral),T1
Rifabutin (cápsula oral),T4	RotaTeq (solución oral),T3
Rifampin (150mg cápsula oral, 300mg cápsula oral),T3	Rotarix (suspensión oral reconstituida),T3
Rifampin (600mg solución reconstituida para inyección intravenosa),T4	Roweepra (tableta oral de liberación inmediata),T2
Riluzole (tableta oral),T3	Rozlytrek (cápsula oral),T5
Rimantadine HCl (tableta oral),T4	Rubraca (tableta oral),T5
Rinvoq (tableta oral de liberación prolongada 24 horas),T5	Ruconest (solución reconstituida para inyección intravenosa),T5
Risedronate Sodium (tableta oral de liberación inmediata),T3	Rufinamide (suspensión oral),T5
Risperdal Consta (12.5mg suspensión reconstituida de liberación prolongada para inyección intramuscular, 25mg suspensión reconstituida de liberación prolongada para inyección intramuscular),T4	Rufinamide (tableta oral),T5
Risperdal Consta (37.5mg suspensión reconstituida de liberación prolongada para inyección intramuscular, 50mg suspensión reconstituida de liberación prolongada para inyección intramuscular),T5	Rukobia (tableta oral de liberación prolongada 12 horas),T5
Risperidone (0.25mg tableta oral, 0.5mg tableta oral, 1mg tableta oral, 2mg tableta oral, 3mg tableta oral, 4mg tableta oral),T2	Rybelsus (tableta oral),T3
Risperidone (1mg/ml solución oral),T4	Rydapt (cápsula oral),T5
Risperidone ODT (0.25mg tableta oral dispersable, 0.5mg tableta oral dispersable, 1mg tableta oral dispersable, 2mg tableta oral dispersable, 3mg tableta oral dispersable, 4mg tableta oral dispersable),T4	Rytary (cápsula oral de liberación prolongada),T4
Ritonavir (tableta oral),T3	S
Rivastigmine (parche transdérmico 24 horas),T4	SPS (suspensión oral),T3
Rivastigmine Tartrate (cápsula oral),T3	SSD (crema para uso externo),T3
Rivelsa (tableta oral),T4	Sancuso (parche transdérmico),T5
Rizatriptan Benzoate (tableta oral),T3	Sandimmune (solución oral),T4
Rizatriptan Benzoate ODT (tableta oral	Santyl (ungüento para uso externo),T4
	Sapropterin Dihydrochloride (paquete oral),T5
	Sapropterin Dihydrochloride (tableta oral),T5
	Savella (tableta oral),T3
	Savella Titration Pack (tableta oral),T3
	Scopolamine (parche transdérmico 72 horas),T4
	Secuado (parche transdérmico 24 horas),T5
	Selegiline HCl (cápsula oral),T3
	Selegiline HCl (tableta oral),T3
	Selenium Sulfide (loción para uso externo),T2
	Selzentry (150mg tableta oral, 300mg tableta oral, 75mg tableta oral),T5

Letra remarcada = Medicamento de marca Letra normal = Medicamento genérico

*Programa de Ahorros para la Insulina para Adultos de Edad Avanzada

Selzentry (25mg tableta oral),T3	intravenosa, 3% solución para inyección intravenosa),T4
Selzentry (solución oral),T5	
Serevent Diskus (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración),T3	Sodium Chloride (5% solución para inyección intravenosa),T4
Serostim (solución reconstituida para inyección subcutánea),T5	Sodium Chloride (solución para irrigación),T3
Sertraline HCl (concentrado oral),T4	Sodium Fluoride (tableta oral),T2
Sertraline HCl (tableta oral),T1	Sodium Phenylbutyrate (polvo oral),T5
Setlakin (tableta oral),T4	Sodium Phenylbutyrate (tableta oral),T5
Sevelamer Carbonate (paquete oral),T5	Sodium Polystyrene Sulfonate (polvo oral),T3
Sevelamer Carbonate (tableta oral) (Renvela genérico),T4	Sofosbuvir-Velpatasvir (tableta oral),T5
Sharobel (tableta oral),T4	Solifenacin Succinate (tableta oral),T3
Shingrix (suspensión reconstituida para inyección intramuscular),T3	Soliqua (pluma precargada con solución para inyección subcutánea),T3*
Signifor (solución para inyección subcutánea),T5	Soltamox (solución oral),T5
Sildenafil Citrate (20mg tableta oral) (Revatio genérico),T3	Somavert (solución reconstituida para inyección subcutánea),T5
Silodosin (cápsula oral),T3	Sorine (tableta oral),T2
Silver Sulfadiazine (crema para uso externo),T3	Sotalol HCl (tableta oral),T2
Simbrinza (suspensión oftálmica),T3	Sotalol HCl AF (tableta oral),T2
Simponi (autoinyectable con solución para inyección subcutánea),T5	Sovaldi (400mg tableta oral),T5
Simponi (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea),T5	Sovaldi (paquete oral),T5
Simvastatin (tableta oral),T1	Spiriva HandiHaler (cápsula para inhalación),T3
Sirolimus (solución oral),T5	Spiriva Respimat (solución en aerosol para inhalación),T3
Sirolimus (tableta oral),T4	Spironolactone (tableta oral),T2
Sirturo (tableta oral),T5	Spironolactone-HCTZ (tableta oral),T2
Skyrizi (150mg dosis) (kit de jeringa precargada para inyección subcutánea),T5	Sprintec 28 (tableta oral),T4
Skyrizi (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea),T5	Spritam ODT (tableta oral soluble de disolución inmediata),T4
Skyrizi Pen (autoinyectable con solución para inyección subcutánea),T5	Sprycel (tableta oral),T5
Sodium Chloride (0.45% solución para inyección intravenosa),T4	Sronyx (tableta oral),T4
Sodium Chloride (0.9% solución para inyección	Stelara (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea),T5
	Stelara (solución para inyección subcutánea),T5
	Stiolto Respimat (solución en aerosol para inhalación),T3
	Stivarga (tableta oral),T5

T1 = Nivel 1

T2 = Nivel 2

T3 = Nivel 3

T4 = Nivel 4

T5 = Nivel 5

*Programa de Ahorros para la Insulina para Adultos de Edad Avanzada

Streptomycin Sulfate (solución reconstituida para inyección intramuscular),T5	SymlinPen 120 (pluma precargada con solución para inyección subcutánea),T5
Stribild (tableta oral),T5	SymlinPen 60 (pluma precargada con solución para inyección subcutánea),T5
Suboxone (película sublingual),T4	Sympazan (10mg película oral, 20mg película oral),T5
Sucraid (solución oral),T5	Sympazan (5mg película oral),T4
Sucralfate (suspensión oral),T4	Symtuza (tableta oral),T5
Sucralfate (tableta oral),T2	Synarel (solución nasal),T5
Sulfacetamide Sodium (ungüento oftálmico),T2	Synjardy (tableta oral de liberación inmediata),T3
Sulfacetamide Sodium (solución oftálmica),T2	Synjardy XR (tableta oral de liberación prolongada 24 horas),T3
Sulfacetamide-Prednisolone (solución oftálmica),T2	Synribo (solución reconstituida para inyección subcutánea),T5
Sulfadiazine (tableta oral),T4	Synthroid (tableta oral),T3
Sulfamethoxazole-Trimethoprim (suspensión oral),T3	T
Sulfamethoxazole-Trimethoprim (tableta oral),T2	TDVAX (suspensión para inyección intramuscular),T3
Sulfamylon (crema para uso externo),T4	TOBI Podhaler (cápsula para inhalación),T5
Sulfasalazine (tableta oral de liberación retardada),T2	TPN Electrolytes (concentrado para inyección intravenosa),T4
Sulfasalazine (tableta oral de liberación inmediata),T2	Tabloid (tableta oral),T4
Sulindac (tableta oral),T2	Tabrecta (tableta oral),T5
Sumatriptan (solución nasal),T4	Tacrolimus (ungüento para uso externo),T4
Sumatriptan Succinate (100mg tableta oral, 25mg tableta oral, 50mg tableta oral),T2	Tacrolimus (cápsula oral),T3
Sumatriptan Succinate (4mg/0.5ml autoinyectable con solución para inyección subcutánea, 6mg/0.5ml autoinyectable con solución para inyección subcutánea),T4	Tadalafil (hipertensión arterial pulmonar, PAH) (20mg tableta oral),T4
Sumatriptan Succinate (6mg/0.5ml solución para inyección subcutánea),T4	Tafinlar (cápsula oral),T5
Sumatriptan Succinate Refill (cartucho con solución para inyección subcutánea),T4	Tagrisso (tableta oral),T5
Suprax (500mg/5ml suspensión oral reconstituida),T3	Talzenna (cápsula oral),T5
Suprax (tableta oral masticable),T3	Tamoxifen Citrate (tableta oral),T2
Suprep Bowel Prep Kit (solución oral),T3	Tamsulosin HCl (cápsula oral),T1
Sutent (cápsula oral),T5	Targretin (gel para uso externo),T5
Syeda (tableta oral),T4	Tarina 24 Fe (tableta oral),T4
Symbicort (aerosol para inhalación),T3	Tarina Fe 1/20 EQ (tableta oral),T4
	Tasigna (cápsula oral),T5
	Tazarotene (crema para uso externo),T4
	Tazicef (solución reconstituida para

Letra remarcada = Medicamento de marca Letra normal = Medicamento genérico
*Programa de Ahorros para la Insulina para Adultos de Edad Avanzada

inyección),T4	Tetracycline HCl (cápsula oral),T4
Taztia XT (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas),T2	Thalomid (cápsula oral),T5
Tazverik (tableta oral),T5	Theophylline (solución oral),T2
Tecfidera (cápsula oral de liberación retardada),T5	Theophylline ER (300mg tableta oral de liberación prolongada 12 horas),T2
Tecfidera Starter Pack (oral),T5	Theophylline ER (tableta oral de liberación prolongada 24 horas),T2
Teflaro (solución reconstituida para inyección intravenosa),T5	Thioridazine HCl (tableta oral),T3
Tegsedi (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea),T5	Thiothixene (cápsula oral),T3
Telmisartan (tableta oral),T1	Tiadyt ER (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas),T2
Telmisartan-Amlodipine (tableta oral),T1	Tiagabine HCl (tableta oral),T4
Telmisartan-HCTZ (tableta oral),T1	Tibsovo (tableta oral),T5
Temazepam (15mg cápsula oral, 30mg cápsula oral),T2	Tigecycline (solución reconstituida para inyección intravenosa),T5
Temixys (tableta oral),T5	Tilia Fe (tableta oral),T4
Tenivac (inyectable para inyección intramuscular),T3	Timolol Maleate (0.25% solución oftálmica, 0.5% solución oftálmica) (Timoptic genérico),T1
Tenofovir Disoproxil Fumarate (tableta oral),T4	Timolol Maleate (tableta oral),T3
Tepmetko (tableta oral),T5	Timolol Maleate Ophthalmic Gel Forming (solución oftálmica) (Timoptic-XE genérico),T3
Terazosin HCl (cápsula oral),T2	Tinidazole (tableta oral),T4
Terbinafine HCl (tableta oral),T2	Tivicay (10mg tableta oral, 25mg tableta oral),T4
Terconazole (crema vaginal),T3	Tivicay (50mg tableta oral),T5
Terconazole (supositorio vaginal),T3	Tivicay PD (tableta oral soluble),T5
Teriparatide (recombinante) (pluma precargada con solución para inyección subcutánea),T5	Tizanidine HCl (tableta oral),T2
Testosterone (20.25mg/1.25g 1.62% gel transdérmico, 40.5mg/2.5g 1.62% gel transdérmico), Testosterone Pump (1.62% gel transdérmico),T4	TobraDex (ungüento oftálmico),T3
Testosterone (25mg/2.5g 1% gel transdérmico, 50mg/5g 1% gel transdérmico), Testosterone Pump (1% gel transdérmico),T3	TobraDex ST (suspensión oftálmica),T4
Testosterone Cypionate (solución para inyección intramuscular),T2	Tobramycin (solución para nebulizador para inhalación),T5
Testosterone Enanthate (solución para inyección intramuscular),T3	Tobramycin (solución oftálmica),T2
Tetrabenazine (tableta oral),T5	Tobramycin Sulfate (10mg/ml solución para inyección, 80mg/2ml solución para inyección),T4
	Tobramycin-Dexamethasone (suspensión oftálmica),T3
	Tobrex (ungüento oftálmico),T4
	Tolcapone (tableta oral),T5

T1 = Nivel 1

T2 = Nivel 2

T3 = Nivel 3

T4 = Nivel 4

T5 = Nivel 5

*Programa de Ahorros para la Insulina para Adultos de Edad Avanzada

Tolterodine Tartrate ER (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas),T4	Tresiba (solución para inyección subcutánea),T3*
Topiramate (cápsula oral con microgránulos dispersables de liberación inmediata),T2	Tresiba FlexTouch (pluma precargada con solución para inyección subcutánea),T3*
Topiramate (tableta oral),T2	Tretinoin (0.01% gel para uso externo, 0.025% gel para uso externo),T4
Toremifene Citrate (tableta oral),T5	Tretinoin (crema para uso externo),T4
Torsemide (tableta oral),T2	Tretinoin (cápsula oral),T5
Toujeo Max SoloStar (pluma precargada con solución para inyección subcutánea),T3*	Tretinoin Microsphere (gel para uso externo),T4
Toujeo SoloStar (pluma precargada con solución para inyección subcutánea),T3*	Trexall (tableta oral),T4
Tracleer (tableta oral soluble),T5	Tri-Estarylla (tableta oral),T4
Tradjenta (tableta oral),T3	Tri-Legest Fe (tableta oral),T4
Tramadol HCl (50mg tableta oral de liberación inmediata),T2	Tri-Lo-Estarylla (tableta oral),T4
Tramadol HCl ER (bifásico) (tableta oral de liberación prolongada 24 horas),T3	Tri-Lo-Sprintec (tableta oral),T4
Tramadol HCl ER (tableta oral de liberación prolongada 24 horas),T3	Tri-Mili (tableta oral),T4
Tramadol-Acetaminophen (tableta oral),T2	Tri-Nymyo (tableta oral),T4
Trandolapril (tableta oral),T1	Tri-Previfem (tableta oral),T4
Trandolapril-Verapamil HCl ER (tableta oral de liberación prolongada),T1	Tri-Sprintec (tableta oral),T4
Tranexamic Acid (tableta oral),T3	Tri-VyLibra (tableta oral),T4
Tranycypromine Sulfate (tableta oral),T4	Tri-VyLibra Lo (tableta oral),T4
Travasol (solución para inyección intravenosa),T4	TriLyte (420g solución oral reconstituida),T2
Travoprost (BAK Free) (solución oftálmica),T3	Triamcinolone Acetonide (0.025% ungüento para uso externo, 0.1% ungüento para uso externo, 0.5% ungüento para uso externo),T2
Trazodone HCl (100mg tableta oral, 150mg tableta oral, 50mg tableta oral),T1	Triamcinolone Acetonide (pasta dental),T3
Trazodone HCl (300mg tableta oral),T2	Triamcinolone Acetonide (crema para uso externo),T2
Trecator (tableta oral),T4	Triamcinolone Acetonide (loción para uso externo),T2
Trelegy Ellipta (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración),T3	Triamterene (cápsula oral),T4
Trelstar Mixject (suspensión reconstituida para inyección intramuscular),T5	Triamterene-HCTZ (cápsula oral),T1
Tremfya (pluma precargada con solución para inyección subcutánea),T5	Triamterene-HCTZ (tableta oral),T1
Tremfya (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea),T5	Triderm (crema para uso externo),T2
	Trientine HCl (cápsula oral),T5
	Trifluoperazine HCl (tableta oral),T3
	Trifluridine (solución oftálmica),T3
	Trihexyphenidyl HCl (solución oral),T2
	Trihexyphenidyl HCl (tableta oral),T2

Letra remarcada = Medicamento de marca Letra normal = Medicamento genérico

*Programa de Ahorros para la Insulina para Adultos de Edad Avanzada

Trijardy XR (tableta oral de liberación prolongada 24 horas),T3	Valsartan (tableta oral),T1
Trimethoprim (tableta oral),T2	Valsartan-Hydrochlorothiazide (tableta oral),T1
Trimipramine Maleate (cápsula oral),T4	Valtoco 10mg Dose (líquido nasal),T5
Trintellix (tableta oral),T4	Valtoco 15mg Dose (líquido nasal, paquete de tratamiento),T5
Triumeq (tableta oral),T5	Valtoco 20mg Dose (líquido nasal, paquete de tratamiento),T5
Trivora (28) (tableta oral),T4	Valtoco 5mg Dose (líquido nasal),T5
TrophAmine (10% solución para inyección intravenosa),T4	Vancomycin HCl (10g solución reconstituida para inyección intravenosa, 1g solución reconstituida para inyección intravenosa, 500mg solución reconstituida para inyección intravenosa, 750mg solución reconstituida para inyección intravenosa),T4
Trulance (tableta oral),T4	Vancomycin HCl (250mg solución reconstituida para inyección intravenosa),T4
Trulicity (pluma precargada con solución para inyección subcutánea),T3	Vancomycin HCl (cápsula oral),T4
Trumenba (jeringa precargada con suspensión para inyección intramuscular),T3	Vandazole (gel vaginal),T3
Tukysa (tableta oral),T5	Varivax (inyectable para inyección subcutánea),T3
Turalio (cápsula oral),T5	Varizig (solución para inyección intramuscular),T5
Twinrix (jeringa precargada con suspensión para inyección intramuscular),T3	Vascepa (cápsula oral),T4
Tybost (tableta oral),T4	Velivet (tableta oral),T4
Tymlos (pluma precargada con solución para inyección subcutánea),T5	Velphoro (tableta oral masticable),T5
Typhim Vi (solución para inyección intramuscular),T3	Veltassa (paquete oral),T5
U	Vemlidy (tableta oral),T5
Ukoniq (tableta oral),T5	Venclexta (100mg tableta oral, 50mg tableta oral),T5
Unithroid (tableta oral),T3	Venclexta (10mg tableta oral),T3
Ursodiol (cápsula oral),T3	Venclexta Starting Pack (tableta oral, paquete de tratamiento),T5
Ursodiol (tableta oral),T4	Venlafaxine HCl (tableta oral de liberación inmediata),T3
V	Venlafaxine HCl ER (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas),T2
VAQTA (suspensión para inyección intramuscular),T3	Ventavis (solución para inhalación),T5
Valacyclovir HCl (tableta oral),T3	Verapamil HCl (tableta oral de liberación inmediata),T1
Valchlor (gel para uso externo),T5	Verapamil HCl ER (100mg cápsula oral de
Valganciclovir HCl (450mg tableta oral),T3	
Valganciclovir HCl (50mg/ml solución oral reconstituida),T5	
Valproic Acid (cápsula oral),T2	
Valproic Acid (solución oral),T2	

T1 = Nivel 1 T2 = Nivel 2 T3 = Nivel 3 T4 = Nivel 4 T5 = Nivel 5
*Programa de Ahorros para la Insulina para Adultos de Edad Avanzada

liberación prolongada 24 horas, 200mg cápsula oral de liberación prolongada 24 horas, 300mg cápsula oral de liberación prolongada 24 horas, 360mg cápsula oral de liberación prolongada 24 horas),T3	Vosevi (tableta oral),T5
Verapamil HCl ER (120mg cápsula oral de liberación prolongada 24 horas, 180mg cápsula oral de liberación prolongada 24 horas, 240mg cápsula oral de liberación prolongada 24 horas),T3	Votrient (tableta oral),T5
Verapamil HCl ER (tableta oral de liberación prolongada),T2	Vraylar (1.5mg cápsula oral, 3mg cápsula oral, 4.5mg cápsula oral, 6mg cápsula oral),T5
Versacloz (suspensión oral),T5	Vraylar (cápsula oral, paquete de tratamiento),T4
Verzenio (tableta oral),T5	VyLibra (tableta oral),T4
Vestura (tableta oral),T4	Vyfemla (tableta oral),T4
Vibramycin (50mg/5ml jarabe oral),T4	Vyndamax (cápsula oral),T5
Victoza (pluma precargada con solución para inyección subcutánea),T3	Vyndaqel (cápsula oral),T5
Vienva (tableta oral),T4	Vyvanse (cápsula oral),T4
Vigabatrin (paquete oral),T5	Vyvanse (tableta oral masticable),T4
Vigabatrin (tableta oral),T5	Vyzulta (solución oftálmica),T4
Vigadrone (paquete oral),T5	W
Viibryd (tableta oral),T4	WYMZYA Fe (tableta oral masticable),T4
Viibryd Starter Pack (kit oral),T4	Warfarin Sodium (tableta oral),T1
Vimpat (solución oral),T4	Wixela Inhub (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración) (Advair genérico),T3
Vimpat (tableta oral),T4	X
Viracept (tableta oral),T5	Xalkori (cápsula oral),T5
Viread (150mg tableta oral, 200mg tableta oral, 250mg tableta oral),T5	Xarelto (tableta oral),T3
Viread (polvo oral),T5	Xarelto Starter Pack (tableta oral, paquete de tratamiento),T3
Vitrakvi (cápsula oral),T5	Xatmep (solución oral),T4
Vitrakvi (solución oral),T5	Xcopri (14x12.5mg y 14x25mg tableta oral, paquete de tratamiento),T4
Vivitrol (suspensión reconstituida para inyección intramuscular),T5	Xcopri (14x150mg y 14x200mg tableta oral, paquete de tratamiento, 14x50mg y 14x100mg tableta oral, paquete de tratamiento),T5
Vizimpro (tableta oral),T5	Xcopri (250mg dosis diaria) (tableta oral, paquete de tratamiento),T5
Voriconazole (solución reconstituida para inyección intravenosa),T5	Xcopri (350mg dosis diaria) (tableta oral, paquete de tratamiento),T5
Voriconazole (suspensión oral reconstituida),T4	Xcopri (tableta oral),T5
Voriconazole (tableta oral),T4	Xeljanz (solución oral),T5
	Xeljanz (tableta oral de liberación inmediata),T5

Letra remarcada = Medicamento de marca Letra normal = Medicamento genérico

*Programa de Ahorros para la Insulina para Adultos de Edad Avanzada

Xeljanz XR (tableta oral de liberación prolongada 24 horas),T5	Y
Xermelo (tableta oral),T5	YF-Vax (inyectable para inyección subcutánea),T3
Xgeva (solución para inyección subcutánea),T5	Yuvaferm (tableta vaginal),T4
Xifaxan (tableta oral),T5	Z
Xigduo XR (tableta oral de liberación prolongada 24 horas),T3	Zafemy (parche transdérmico semanal),T4
Xiidra (solución oftálmica),T4	Zafirlukast (tableta oral),T3
Xofluza (40mg dosis) (2 x 20mg tableta oral, paquete de tratamiento),T3	Zaleplon (cápsula oral),T3
Xofluza (80mg dosis) (2 x 40mg tableta oral, paquete de tratamiento),T3	Zarah (tableta oral),T4
Xolair (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea),T5	Zarxio (jeringa precargada con solución para inyección),T5
Xolair (solución reconstituida para inyección subcutánea),T5	Zejula (cápsula oral),T5
Xospata (tableta oral),T5	Zelapar ODT (tableta oral dispersable),T5
Xpovio (100mg una vez por semana) (tableta oral, paquete de tratamiento),T5	Zelboraf (tableta oral),T5
Xpovio (40mg una vez por semana) (tableta oral, paquete de tratamiento),T5	Zemaira (solución reconstituida para inyección intravenosa),T5
Xpovio (40mg dos veces por semana) (tableta oral, paquete de tratamiento),T5	Zenatane (cápsula oral),T4
Xpovio (60mg una vez por semana) (tableta oral, paquete de tratamiento),T5	Zenpep (cápsula oral con partículas de liberación retardada),T3
Xpovio (60mg dos veces por semana) (tableta oral, paquete de tratamiento),T5	Zerbaxa (solución reconstituida para inyección intravenosa),T5
Xpovio (80mg una vez por semana) (tableta oral, paquete de tratamiento),T5	Zidovudine (cápsula oral),T3
Xpovio (80mg dos veces por semana) (tableta oral, paquete de tratamiento),T5	Zidovudine (jarabe oral),T3
Xtampza ER (cápsula oral de liberación prolongada 12 horas, disuasivo del abuso de sustancias),T3	Zidovudine (tableta oral),T3
Xtandi (cápsula oral),T5	Ziextenzo (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea),T5
Xtandi (tableta oral),T5	Zileuton ER (tableta oral de liberación prolongada 12 horas),T5
Xulane (parche transdérmico semanal),T4	Ziprasidone HCl (cápsula oral),T3
Xyrem (solución oral),T5	Ziprasidone Mesylate (solución reconstituida para inyección intramuscular),T4
	Zirgan (gel oftálmico),T4
	Zolinza (cápsula oral),T5
	Zolpidem Tartrate (tableta oral de liberación inmediata),T2
	Zonisamide (cápsula oral),T2
	Zorbtive (solución reconstituida para inyección subcutánea),T5

T1 = Nivel 1

T2 = Nivel 2

T3 = Nivel 3

T4 = Nivel 4

T5 = Nivel 5

*Programa de Ahorros para la Insulina para Adultos de Edad Avanzada

Zortress (1mg tableta oral),T5	Zydelig (tableta oral),T5
Zovia 1/35 (28) (tableta oral),T4	Zyflo (tableta oral de liberación inmediata),T5
Zyclara (crema para uso externo),T5	Zykadia (tableta oral),T5
Zyclara Pump (2.5% crema para uso externo),T5	Zyprexa Relprevv (210mg suspensión reconstituída para inyección intramuscular),T4

Medicamentos cubiertos adicionales

El plan tiene cobertura adicional para los medicamentos con receta que aparecen a continuación. Estos medicamentos normalmente no están cubiertos por un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos con receta. La cantidad que usted paga cuando surte recetas de estos medicamentos no se toma en cuenta para alcanzar los costos totales de sus medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda para calificar para la Cobertura de Gastos Médicos Mayores). Además, si recibe el programa Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos con receta, este programa no le dará ninguna cantidad para pagar estos medicamentos.

Nombre del Medicamento	Nivel	Restricciones
Vitaminas		
Folic Acid (1mg tableta)	2	
Cyanocobalamin (1000mcg/ml ampolleta)	2	
Ergocalciferol (50000mcg cápsula)	2	
Erectile Dysfunction		
Sildenafil (25mg tableta)	2	Máximo de 4 tabletas cada 30 días
Sildenafil (50mg tableta)	2	Máximo de 4 tabletas cada 30 días
Sildenafil (100mg tableta)	2	Máximo de 4 tabletas cada 30 días

Medicamentos alternativos cubiertos

La Lista de Medicamentos de su plan incluye muchos tipos de medicamentos diferentes, pero no incluye todos los medicamentos. Por lo general, los medicamentos que no están cubiertos por su plan se pueden reemplazar por medicamentos alternativos. Esta es una lista **parcial** de los medicamentos alternativos que usted puede usar en lugar de algunos de los medicamentos que no están cubiertos por su plan.

Hable con su proveedor o farmacéutico para saber si los medicamentos alternativos de esta lista son apropiados para usted.

Medicamentos que no están cubiertos por el plan	Medicamentos alternativos cubiertos – Nivel
Amitiza	Linzess – 3 Lubiprostone – 3 Movantik – 3 Motegrity – 4 Relistor – 4 Trulance – 4
Basaglar	Lantus – 3 Levemir – 3 Toujeo – 3 Tresiba – 3
Cialis y Tadalafil 2.5mg y 5mg (BPH Solamente)	Alfuzosin de liberación prolongada – 2 Doxazosin – 2 Tamsulosin – 1
Fluoxetine HCL tableta	Fluoxetine cápsula de liberación inmediata – 2
Invokana	Farxiga – 3 Jardiance – 3
Invokamet e Invokamet XR	Synjardy y Synjardy XR – 3 Xigduo XR – 3
Kombiglyze XR	Janumet y Janumet XR – 3 Jentadueto y Jentadueto XR – 3
Metformin HCL de liberación prolongada (osmótico)	Metformin de liberación prolongada (Glucophage XR genérico) – 1
Novolin	Humulin – 3
Novolog	Humalog – 3 Insulin Lispro – 3 Lyumjev – 3
Onglyza	Januvia – 3 Tadjenta – 3
OxyContin	Xtampza XR – 3
Pradaxa	Eliquis – 3 Xarelto – 3

Medicamentos que no están cubiertos por el plan	Medicamentos alternativos cubiertos – Nivel
Proventil HFA	Albuterol HFA (Proair/Proventil HFA genérico) – 2 Proair HFA – 3 Proair Respiclick – 3
Qvar Redihaler	Arnuity – 3 Flovent – 3
Temazepam 7.5mg y 22.5mg	Temazepam 15mg y 30mg – 2
Venlafaxine HCL tableta de liberación prolongada	Venlafaxine HCL cápsula de liberación prolongada – 2
Ventolin HFA	Albuterol HFA (Proair/Proventil HFA genérico) – 2 Proair HFA – 3 Proair Respiclick – 3
Zolpidem Tartrate de liberación prolongada	Trazodone 50mg, 100mg, 150mg tableta – 1 Zolpidem de liberación inmediata – 2 Belsomra – 3

Letra remarcada = Medicamento de marca

Letra normal = Medicamento genérico



Nota: Los medicamentos alternativos son solamente sugerencias y pueden o no ser apropiados, según la enfermedad específica en tratamiento. La información es exacta al 1 de agosto de 2021 y puede estar sujeta a cambios. Consulte los detalles sobre la cobertura de medicamentos en la Lista de Medicamentos.

La Lista de Medicamentos puede cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando esto ocurra.

Y0066_ACD_22_SP_C

UHEX22MP5004990_000

**Listo para
inscribirse**

Resumen del plan

Queremos asegurarnos de que usted sepa qué esperar con el nuevo plan que eligió.

✓ Llene este resumen del plan con su Representante de Ventas con Licencia (si corresponde).

Información del Plan

Los siguientes son algunos detalles sobre su nuevo plan.

Mi nuevo plan es: ☐ Un plan Medicare Advantage ☐ Un plan Medicare Advantage para Personas con Necesidades Especiales
☐ Un plan de Seguro Complementario de Medicare (Medigap) ☐ Un plan de la Parte D de Medicare

El nombre de mi nuevo plan es: _____

El tipo de plan es (marque con un círculo): HMO HMO-POS LPPO RPPO PFFS

Tipo de plan: ☐ Requiere referencias ☐ No requiere referencias

☐ Incluye un deducible médico, a menos que el estado u otro tercero lo paguen por mí

☐ No incluye un deducible médico

Mi plan proporcionará: ☐ Toda cobertura de salud de Medicare

☐ Toda cobertura de medicamentos con receta de Medicare

Compré cláusulas adicionales como parte de mi plan: ☐ Sí ☐ No ☐ N/C

Fecha de vigencia propuesta: - -

Puedo cancelar mi inscripción en este plan antes de que comience mi cobertura. Una vez que comience mi cobertura, es posible que deba esperar hasta que tenga un período de elección válido para hacer un cambio de plan.

Debo vivir en el área de servicio del plan, que es _____. Si me mudo fuera del área de servicio del plan durante más de 6 meses seguidos, tendré que elegir otro plan.

Marque la respuesta correcta con un círculo: Debería / No debería tener un plan Medicare Advantage y un plan independiente de la Parte D de Medicare al mismo tiempo.

Información de la Prima

Qué debe saber sobre el pago de la prima mensual del plan.

Mi plan tiene una prima mensual de \$ _____ que debo pagar para seguir inscrito en este plan. Si califico para el programa Ayuda Adicional, mi prima podría ser más baja.* Además, debo seguir inscrito en la Parte A y la Parte B de Medicare y debo seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare, a menos que el estado u otro tercero la paguen por mí. Si adeudo una Multa por Inscripción Tardía (Late Enrollment Penalty, LEP), esta multa no está incluida en la prima. Tendré que agregarla al pago de la prima todos los meses.

* El programa Ayuda Adicional es para las personas con ingresos limitados que necesitan ayuda para pagar las primas, los deducibles y los copagos de la Parte D. Para saber si usted califica para el programa Ayuda Adicional, llame a:

- La Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213, TTY 1-800-325-0778
- La Oficina Estatal de Medicaid

 **Comuníquese con su Representante de Ventas con Licencia.** Si tengo preguntas sobre mi plan, llamaré a mi Representante de Ventas con Licencia, _____ al _____ o a Servicio al Cliente al _____.

Información de la Red

Es importante saber cómo funciona la red del plan.

Con mi plan, puedo recibir cuidado y servicios de proveedores dentro de la red. Además, puedo consultar a proveedores fuera de la red para ciertos servicios cubiertos, pero es posible que pague una parte mayor del costo. ☐ **Sí** ☐ **No**

En la siguiente tabla, indique los médicos y hospitales que usa. Además, indique si son parte de la red de proveedores y si requieren referencias.

Nombre del Proveedor	Tipo de Proveedor (cuidado primario/ especialista/hospital)	De la Red (Sí/No)	Referencia (Sí/No)
----------------------	---	----------------------	-----------------------



Cobertura de Medicamentos con Receta

Conozca qué cobertura tienen los medicamentos con receta a través de su plan.

Mi plan (marque con un círculo): **tiene / no tiene** un deducible para medicamentos con receta.

Si tengo un deducible, la cantidad es de \$ _____ y se aplica a los medicamentos del (marque las respuestas):

☐ Nivel 1 ☐ Nivel 2 ☐ Nivel 3 ☐ Nivel 4 ☐ Nivel 5 o ☐ TODOS los niveles

En la siguiente tabla, indique los medicamentos que toma. No olvide incluir el nivel del medicamento, si el medicamento tiene algún límite y si se aplica el deducible para medicamentos con receta.

Medicamentos	Nivel del Medicamento ¹	Tiene Límites ² (Sí/No)	Deducible (Sí/No)
--------------	---------------------------------------	---------------------------------------	----------------------

¹ Los gastos reales de mi bolsillo pueden variar según la etapa de medicamentos en que me encuentre, el nivel del medicamento, la farmacia que use (minorista o de pedidos por correo), y si recibo el programa Ayuda Adicional, y si mi plan participa en el Modelo de Ahorros de la Parte D para Adultos de Edad Avanzada. ² Para los medicamentos que tienen límites, es posible que tenga que comunicarme con el plan antes de poder surtir mis recetas. Puedo llamar a Servicio al Cliente para analizar las alternativas y saber qué otros medicamentos podrían estar en la Lista de Medicamentos y también puedo hablar con mi médico o farmacéutico.

Opté / No opté por acceder a algunos de los documentos del plan electrónicamente. Puedo actualizar o modificar esta opción en cualquier momento. **Proporcioné / No proporcioné** mi dirección de correo electrónico y así recibir información importante sobre mi plan por distintos medios. Puedo actualizar o modificar esta opción en cualquier momento.



Y0066_PLRCMA_2022_SP_C

EREX22PO5011919_000

Cómo inscribirse

Puede inscribirse por teléfono, por correo o por fax. Elija el método que le sea más fácil o conveniente y siga las instrucciones indicadas a continuación.



Por teléfono

Llame a uno de nuestros Representantes de Ventas con Licencia al número gratuito **1-866-774-9671, TTY 711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana para inscribirse por teléfono o para programar una cita personal con un representante de ventas con licencia en el área donde usted vive.



Por correo

Llene la Solicitud de Inscripción y envíela por correo a:
UnitedHealthcare
P.O. Box 30770
Salt Lake City, UT 84130-0770



Por fax

Llene la Solicitud de Inscripción y envíela por fax a:
Fax: 1-888-950-1170

Lista de Verificación de la Solicitud de Inscripción

- | | |
|--|--|
| ✓ Escriba su nombre tal y como aparece en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare | ✓ Firme y feche donde se le indica |
| ✓ Asegúrese de elegir el plan que sea mejor para usted | ✓ Verifique su fecha de nacimiento |
| ✓ Asegúrese de que su dirección permanente sea la correcta | ✓ Verifique que sus proveedores acepten el plan que elige |
| | ✓ Escriba el nombre de su proveedor de cuidado primario (primary care provider, PCP) |

Formulario de confirmación de temas a tratar

Antes de reunirse con un beneficiario de Medicare (o su representante autorizado), Medicare exige que los Representantes de Ventas con Licencia usen este formulario para asegurarse de que la cita se centre únicamente en el tipo de plan y los productos que le interesan al beneficiario. Se debe usar un formulario aparte por cada beneficiario de Medicare. **Marque los productos sobre los que usted desea hablar con el Representante de Ventas con Licencia (Consulte las definiciones en la parte de atrás de esta página):**

- ☐ Planes Medicare Advantage (Parte C) y Planes de Costos
- ☐ Productos dentales, de la vista o de la audición
- ☐ Plan Independiente para Medicamentos con Receta de Medicare (Parte D)
- ☐ Productos de indemnización hospitalaria
- ☐ Productos de Seguro Complementario de Medicare (Medigap)

Al firmar este formulario, usted acepta reunirse con un Representante de Ventas con Licencia para hablar sobre los productos que marcó anteriormente. El Representante de Ventas con Licencia es una persona empleada o contratada por un plan de Medicare y es posible que reciba un pago como resultado de que usted se inscriba en un plan. Esta persona NO trabaja directamente para el gobierno federal.

Su firma en este formulario NO afecta su inscripción actual o futura en un plan de Medicare, NO le inscribe en un plan de Medicare NI le obliga a inscribirse en un plan de Medicare. Toda la información que contiene este formulario es confidencial.

Firma del beneficiario o representante autorizado y fecha de la firma:

Firma del solicitante/miembro/representante autorizado

Fecha de hoy

MM-DD-YYYY

Si usted es el representante autorizado, firme arriba y escriba en letra de molde clara y legible a continuación:

Nombre (nombre y apellidos)	Relación con el beneficiario
-----------------------------	------------------------------

El representante de ventas con licencia debe llenar esta sección (escriba en letra de molde clara y legible)

Nombre del representante de ventas con licencia (nombre y apellidos)	Teléfono del representante de ventas con licencia	ID del representante de ventas con licencia
	■ ■ ■ - ■ ■ ■ - ■ ■ ■ ■	
Nombre del beneficiario (nombre y apellidos)	Teléfono del beneficiario	Fecha en que se realizará la cita
	■ ■ ■ - ■ ■ ■ - ■ ■ ■ ■	MM - DD - YYYY

Dirección del beneficiario

Método de contacto inicial	Planes que el representante de ventas con licencia explicará durante la reunión
----------------------------	---

Firma del representante de ventas con licencia

DESPRENDA AQUÍ

DESPRENDA AQUÍ

Listo para inscribirse

Planes Medicare Advantage (Parte C) y Planes de Costos

Plan de una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) de Medicare — Plan Medicare Advantage que proporciona toda la cobertura de salud de la Parte A y la Parte B de Medicare Original y, a veces, ofrece la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D. En la mayoría de los planes HMO, usted solamente puede recibir cuidado de médicos u hospitales que estén dentro de la red del plan (excepto en emergencias).

Plan de una Organización para el Mantenimiento de la Salud-Punto de Servicio (HMO-POS) de Medicare — Plan Medicare Advantage que proporciona toda la cobertura de salud de la Parte A y la Parte B de Medicare Original y, a veces, ofrece la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D. Los planes HMO-POS pueden permitirle recibir algunos servicios fuera de la red por un copago o coseguro más alto.

Plan de una Organización de Proveedores Preferidos (PPO) de Medicare — Plan Medicare Advantage que proporciona toda la cobertura de salud de la Parte A y la Parte B de Medicare Original y, a veces, ofrece la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D. Los planes PPO tienen médicos, proveedores y hospitales de la red, pero usted también puede usar proveedores fuera de la red, generalmente a un costo mayor.

Plan Privado de Tarifa por Servicio (PFFS) de Medicare — Plan Medicare Advantage en el que usted puede visitar cualquier médico, hospital y proveedor aprobado por Medicare que acepte el pago, los términos y las condiciones del plan, y que acepte atenderle, ya que no todos los proveedores lo harán. Si se inscribe en un Plan PFFS que tiene una red, usted podrá consultar a cualquier proveedor de la red que haya aceptado tratar siempre a los miembros del plan. Por lo general, pagará más por consultar a proveedores fuera de la red.

Plan para Personas con Necesidades Especiales (SNP) de Medicare — Plan Medicare Advantage que tiene un paquete de beneficios diseñado para personas con necesidades especiales de cuidado de la salud. Los ejemplos de los grupos específicos que cubre este plan incluyen a personas que tienen tanto Medicare como Medicaid, personas que residen en asilos de convalecencia y personas que tienen ciertas condiciones médicas crónicas.

Plan de Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos (MSA) de Medicare — Estos planes combinan un plan de salud con deducible alto con una cuenta bancaria. El plan deposita dinero de Medicare en la cuenta. Usted puede usarlo para pagar sus gastos médicos hasta alcanzar su deducible.

Plan de Costos de Medicare — En un Plan de Costos de Medicare, usted puede visitar proveedores tanto dentro como fuera de la red. Si recibe servicios fuera de la red del plan, Medicare Original pagará sus servicios cubiertos por Medicare, pero usted será responsable del coseguro y los deducibles de Medicare.

Plan Independiente para Medicamentos con Receta de Medicare (Parte D)

Plan de Medicamentos con Receta (PDP) de Medicare — Plan independiente de medicamentos que agrega la cobertura de medicamentos con receta a Medicare Original, algunos Planes de Costos de Medicare, algunos Planes Privados de Tarifa por Servicio de Medicare y los Planes de Cuentas de Ahorros para Gastos Médicos de Medicare.

Otros productos relacionados

Productos de Seguro Complementario de Medicare (Medigap) — Planes de seguro que ayudan a pagar algunos gastos de su bolsillo que no paga Medicare Original (Partes A y B), como los deducibles y coseguros de los servicios aprobados por Medicare.

Productos Dentales, de la Vista o de la Audición — Planes que ofrecen beneficios adicionales para consumidores que desean cubrir sus necesidades dentales, de la vista o de la audición. Estos planes no están afiliados ni relacionados con Medicare.

Productos de Indemnización Hospitalaria — Planes que ofrecen beneficios adicionales; pagaderos a los consumidores de acuerdo con su utilización médica; a veces se usan para pagar copagos y coseguros. Estos planes no están afiliados ni relacionados con Medicare.



Solicitud de Inscripción 2022

☐ Erickson Advantage® Liberty with Drugs (HMO-POS) H5652-008-000 - EL1

Elija beneficios complementarios opcionales además de lo que está incluido en su plan.

Puede agregar las siguientes cláusulas adicionales de beneficios por un costo adicional. Puede comprar la cláusula adicional ahora mientras se inscribe o durante los 3 meses después de la fecha de vigencia. Consulte el Resumen de Beneficios para obtener más información, como los costos.

☐ **Cláusula Adicional Platinum Dental**

Datos del miembro (escriba a máquina o en letra de molde con tinta negra o azul).

Apellidos	Nombre	Inicial del segundo nombre
Fecha de nacimiento		Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino
N.º de teléfono residencial () -		N.º de teléfono móvil () -
N.º de Medicare		

Dirección permanente (**no se permite casilla de correo**)

Ciudad	Condado	Estado	Código postal
--------	---------	--------	---------------

Dirección postal (**Solo si es distinta a la dirección permanente. Puede ser una casilla de correo.**)

Ciudad	Estado	Código postal
--------	--------	---------------

Dirección de correo electrónico (opcional)

¿Tiene otro seguro que cubrirá sus medicamentos con receta? ☐ Sí ☐ No

Nombre del miembro _____

Nombre / N.º de ID del agente _____

Y0066_ERFMA_2022_SP_C

EREX22PO4986422_000

DESPRENDA AQUÍ

DESPRENDA AQUÍ

Listo para inscribirse

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

(Por ejemplo: Otro seguro privado, TRICARE, cobertura de empleados federales, beneficios para Veteranos o programas estatales.)

Si respondió sí, proporcione los siguientes datos:

Nombre del otro seguro

N.º de miembro	N.º de grupo	RxBin	RxPCN (opcional)
----------------	--------------	-------	------------------

Responder a estas preguntas es su decisión. No se le denegará cobertura si decide no responderlas.

¿Qué métodos de pago desea usar?

Si usted tiene una prima mensual del plan (incluida cualquier multa por inscripción tardía que deba), puede pagar la prima mediante la deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (Railroad Retirement Board, RRB) cada mes. También puede pagar desde una cuenta bancaria a través de una Transferencia Electrónica de Fondos (Electronic Funds Transfer, EFT).

Si no elige un método de pago a continuación, recibirá una factura cada mes en su dirección postal.

Si usted debe pagar el Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso de la Parte D (Part D-Income Related Monthly Adjustment Amount, Part D-IRMAA) el Seguro Social (SS) le enviará una carta y le preguntará cómo desea pagarla:

- ☐ Con el cheque del Seguro Social
- ☐ Factura de parte de Medicare
- ☐ Factura de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB)

☐ Pago con el cheque del Seguro Social

☐ Pago con el cheque de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB)

☐ Pago directamente desde una cuenta bancaria

Tipo de Cuenta ☐ Cheques ☐ Ahorros

Nombre del titular de la cuenta: _____

N.º de ruta bancaria __/__/__/__/__/__/__/__

N.º de cuenta bancaria __/__/__/__/__/__/__/__/__

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

Su respuesta a las siguientes preguntas nos ayudará a administrar mejor el plan.

1. ¿Desea recibir información sobre el plan en otro idioma o en un formato accesible?

☐ Sí ☐ No

Seleccione una opción: ☐ Español ☐ Braille ☐ Otro _____

Si no aparece el idioma o formato que desea, llámenos al número gratuito 1-866-774-9671, TTY 711, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. O visite www.EricksonAdvantage.com para obtener ayuda por Internet.

2. ¿Trabaja usted o su cónyuge?

☐ Sí ☐ No

¿Usted o su cónyuge tienen otro seguro de salud que cubrirá servicios médicos?

(Por ejemplo: Otra cobertura de salud de grupo del empleador, cobertura por Discapacidad a Largo Plazo [Long-Term Disability, LTD], Seguro de Accidentes Laborales, Seguro de Responsabilidad Civil de Automóviles o beneficios para Veteranos)

☐ Sí ☐ No

Si respondió sí, proporcione los siguientes datos:

Nombre de la compañía de seguros de salud

N.º de miembro

3. Proporcione el nombre de su proveedor de cuidado primario (primary care provider, PCP), clínica o centro de salud.

La lista se encuentra en el sitio web del plan o en el Directorio de Proveedores.

Nombre completo del proveedor/proveedor de cuidado primario

N.º del proveedor/proveedor de cuidado primario:

(Escriba el número exactamente como aparece en el sitio web o en el Directorio de Proveedores. Es un número de 10 a 12 dígitos. No incluya guiones.)

Lea y firme.

Al llenar esta solicitud, acuerdo que:

- ☐ Debo mantener las Partes A y B para seguir inscrito en UnitedHealthcare. Debo seguir pagando la prima de la Parte B, de haberla, a menos que la pague Medicaid o un tercero.
- ☐ Entiendo que los beneficiarios de Medicare generalmente no están cubiertos por Medicare mientras están fuera del país, excepto por una cobertura limitada cerca de la frontera de los

Nombre del miembro _____
Y0066_ERFMA_2022_SP_C

EREX22PO4986422_000

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

DESPRENDA AQUÍ

DESPRENDA AQUÍ

Estados Unidos. Este plan cubre el cuidado de emergencia y de urgencia fuera de los Estados Unidos. Consulte el Resumen de Beneficios para obtener más información.

- ☐ Entiendo que cuando comience mi cobertura de UnitedHealthcare, debo recibir todos mis beneficios médicos y beneficios de medicamentos con receta de UnitedHealthcare. Los beneficios y servicios autorizados por UnitedHealthcare y contenidos en mi documento “Evidencia de Cobertura” de UnitedHealthcare (también conocido como contrato del miembro o convenio del suscriptor) estarán cubiertos. **Sin autorización, ni Medicare ni UnitedHealthcare pagarán beneficios o servicios.**
- ☐ Si actualmente tengo una póliza de Seguro Complementario de Medicare (Medigap), la cancelaré por escrito. Soy yo quien debe cancelar la póliza, no el agente de ventas. La cancelaré tan pronto como el plan nuevo confirme mi inscripción.
- ☐ **Divulgación de Información:** Al inscribirme en este Plan Medicare Advantage o Plan de Medicamentos con Receta de Medicare, reconozco que el plan divulgará mi información a Medicare y a otros planes cuando sea necesario para tratamiento, procesamiento de pagos y tareas administrativas de cuidado de la salud. También reconozco que UnitedHealthcare divulgará mi información, incluidos datos de eventos asociados a medicamentos con receta, a Medicare, que a su vez, puede divulgarla con fines de investigación y otros conforme a ley vigente federal que autoriza la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación).
- ☐ Autorizo a UnitedHealthcare para que comparta mi información de salud protegida con organizaciones o personas con fines permisibles conforme a la ley vigente según sea necesario para administrar mi plan de salud.
- ☐ Doy mi consentimiento para que todas las entidades bajo UnitedHealthcare y cualquier proveedor externo usado por UnitedHealthcare llamen a los números de teléfono que he proporcionado.
- ☐ La información de esta solicitud es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que, si proporciono intencionalmente información falsa en esta solicitud, se cancelará mi inscripción en el plan.
- ☐ Mi respuesta a esta solicitud es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta podría afectar la inscripción en el plan.

Al firmar abajo, significa que he leído y entendido la información de esta solicitud.

Si firmo como representante autorizado, significa que tengo el derecho legal a firmar conforme a la ley estatal. Si Medicare lo solicita, puedo presentar un comprobante por escrito (poder legal, tutela, etc.) de este derecho. Entiendo que tendré que presentar ante el plan un comprobante por escrito de este derecho si deseo seguir actuando en nombre del miembro después de esta solicitud. Una vez que esta solicitud haya sido aprobada y yo haya recibido mi tarjeta de ID de miembro, puedo llamar a Servicio al Cliente al número que se encuentra en mi tarjeta de ID de miembro para actualizar la información de la autorización de mi expediente.

Firma del Solicitante/Miembro/Representante Autorizado Fecha de hoy

Nombre del miembro _____
Y0066_ERFMA_2022_SP_C

EREX22PO4986422_000

Listo para inscribirse

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

***NO UN AGENTE DE VENTAS**

Apellidos		Nombre	
Dirección			
Ciudad		Estado	Código postal
N.º de teléfono () –		Relación con el solicitante	

DESPRENDA AQUÍ

Nombre del miembro _____
Y0066_ERFMA_2022_SP_C EREX22PO4986422_000

Listo para inscribirse

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

Para uso exclusivo de la agencia/del representante de ventas con licencia.

Nombre del grupo del empleador _____

ID del grupo del empleador	ID de sucursal
ID del sistema/Representante de Ventas con Licencia	Fecha de recepción inicial
Nombre del Agente/Representante de Ventas con Licencia	Fecha de vigencia propuesta

Para ser llenado por el agente de ventas

☐ IEP (miembros de MA-PD)	☐ ICEP (miembros de MA)	☐ IEP (miembros de MA-PD que cumplen los requisitos para el 2.º IEP)	☐ OEP (1 de enero a 31 de marzo)
☐ OEP (personas que acaban de empezar a cumplir los requisitos)	☐ SEP (LIS doble con cambio de estatus)	☐ SEP (cambio de residencia)	☐ SEP (pérdida de la cobertura del EGHP)
☐ SEP (condición crónica)	☐ SEP (LIS doble sin cambio de estatus)	☐ AEP (15 de octubre a 7 de diciembre)	☐ OEPI
☐ SEP (razón del Período de Elección Especial) _____			

Firma del Representante de Ventas con Licencia (opcional) Fecha:

Una vez llenada esta solicitud, envíela por correo o fax a:

UnitedHealthcare
P.O. Box 30770
Salt Lake City, UT 84130-0770

Fax: 1-888-950-1170

DESPRENDA AQUÍ

DESPRENDA AQUÍ

Listo para inscribirse

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

DESPRENDA AQUÍ

DESPRENDA AQUÍ

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD: Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) recopilan información de los planes de Medicare para llevar un registro de la inscripción de beneficiarios en Planes Medicare Advantage (MA) o en Planes de Medicamentos con Receta (Prescription Drug Plans, PDP), para mejorar el cuidado de la salud y para el pago de beneficios de Medicare. Las Secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley del Seguro Social y las Secciones 422.50, 422.60, 423.30 y 423.32 del Código de Reglamentos Federales (Code of Federal Regulations, CFR) 42 autorizan la recopilación de esta información. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid pueden usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de beneficiarios de Medicare según lo especificado en el Aviso del Sistema de Registros (System of Records Notice, SORN) “Medicamentos con Receta de Medicare Advantage (Medicare Advantage Prescription Drug, MARx)”, sistema número 09-70-0588. Su respuesta a esta solicitud es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta podría afectar su inscripción en el plan.

This information is available for free in other languages. Please call our customer service number located on the back cover of this book.

Esta información está disponible sin costo en otros idiomas. Comuníquese con nuestro número de Servicio al Cliente situado en la contraportada de este libro.

N.º de OMB 0938-1378

Vence en: 7/31/2023

Y0066_ERFMA_2022_SP_C

EREX22PO4986422_000

Listo para inscribirse

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

Lista de Verificación de Inscripción

Antes de tomar una decisión sobre la inscripción, es importante que comprenda plenamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar para hablar con un Representante de Servicio al Cliente al número que se encuentra en la contraportada de esta guía.

Explicación de los Beneficios

- ✓ Revise la lista completa de beneficios que se encuentra en la Evidencia de Cobertura (EOC), especialmente los servicios por los que consulta habitualmente a un médico. Llámenos o visítenos en Internet para ver una copia de la Evidencia de Cobertura. Nuestro número de teléfono y sitio web se encuentran en la contraportada de esta guía.
- ✓ Revise el Directorio de Proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que consulta actualmente estén dentro de la red. Si no están en la lista, significa que probablemente tendrá que elegir un nuevo médico.
- ✓ Consulte el Directorio de Farmacias para asegurarse de que la farmacia que usa para cualquier medicamento con receta esté dentro de la red. Si la farmacia no aparece en la lista, usted probablemente tendrá que elegir otra farmacia para sus medicamentos con receta.

Explicación de Reglas Importantes

- ✓ Además de la prima mensual de su plan, usted debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente se deduce de su cheque del Seguro Social cada mes.
- ✓ Es posible que los beneficios sean modificados el 1 de enero de cada año.
- ✓ Nuestro plan le permite consultar a proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Sin embargo, si bien pagaremos los servicios cubiertos prestados por un proveedor no contratado, el proveedor debe aceptar tratarle. Excepto en una situación de emergencia o de urgencia, los proveedores no contratados pueden negarse a proporcionarle cuidado. Además, usted podría tener que pagar un copago más alto por los servicios recibidos de proveedores no contratados.

DESPRENDA AQUÍ

DESPRENDA AQUÍ

Listo para inscribirse

Esta página ha sido dejada en blanco intencionalmente.

Recibo de inscripción 2022

Para ser llenado solamente si se inscribe con un Representante de Ventas con Licencia.

Use el recibo como Comprobante Temporal de Cobertura hasta que Medicare haya confirmado su inscripción y usted reciba su tarjeta de ID de miembro. El recibo no es garantía de inscripción.

Esta copia es solamente para su archivo personal. No vuelva a presentar la inscripción.

Solicitante 1:

Nombre

Fecha de la solicitud

- -

Fecha de vigencia prop.

- -

Nombre del plan

Tipo de plan

Plan de salud/N.º de PBP

N.º de registro de inscripción (si corresponde)

Solicitante 2 (si corresponde):

Nombre

Fecha de la solicitud

- -

Fecha de vigencia prop.

- -

Nombre del plan

Tipo de plan

Plan de salud/N.º de PBP

N.º de registro de inscripción (si corresponde)

Si tiene preguntas, llame a su Representante de Ventas con Licencia:

Nombre y N.º de ID del Representante de Ventas con Licencia

N.º de teléfono del Representante de Ventas con Licencia

□ □ □ - □ □ □ - □ □ □ □

RxBIN: 610097

Rx PCN: 9999

RxGRP: COS

Estamos aquí para ayudarle. Si tiene preguntas adicionales, llame a Servicio al Cliente al número gratuito 1-866-774-9671, TTY 711, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana.

Recordatorio Importante: No necesita tener un plan de Medigap ni un plan de Seguro Complementario con un plan Medicare Advantage. Si actualmente tiene un plan de Medigap, comuníquese con la compañía de seguros para cancelarlo una vez que comience la cobertura de su plan Medicare Advantage.



NOTAS

[illegible]

NOTAS

[illegible]

NOTAS

[illegible]

NOTAS

[illegible]

NOTAS

This image shows a single page of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, typical of notebook or legal stationery. There are no margins, text, or other markings on the page.

NOTAS

[illegible]

NOTAS

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Aproveche lo que sigue

Su solicitud de inscripción ha sido presentada. Use esta página para seguir las próximas comunicaciones y las medidas que puede tomar para aprovechar al máximo su nuevo plan. Estamos aquí para ayudarle en todo momento.

DESPRENDA AQUÍ



Usted está aquí
Inscripción presentada



**Guía Rápida para Comenzar
y tarjeta de ID de miembro**



**Comienza la cobertura de
su plan. Puede empezar a
usar su plan.**



Una vez que comience su cobertura

Una vez que comience su cobertura, hay cosas que usted puede hacer para aprovechar al máximo su plan.

- Programe su examen médico anual y visita de bienestar anual
- Reciba un suministro de 3 meses de sus medicamentos con receta a través del servicio de farmacia con entrega a domicilio



Gracias por elegirnos

Si tiene alguna pregunta, llame al número de Servicio al Cliente que se encuentra en su tarjeta de ID de miembro.

DESPRENDA AQUÍ

Para recibir apoyo personalizado, comuníquese con el plan o con su Representante de Ventas con Licencia.



Llame al número gratuito **1-866-774-9671**, TTY **711** de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana



www.EricksonAdvantage.com

Área de servicio: Colorado - condado de Douglas

Florida - condado de Collier

Kansas - condado de Johnson

Maryland - condados de Baltimore, Montgomery y Prince George's

Massachusetts - condados de Essex y Plymouth

Michigan - condado de Oakland

New Jersey - condados de Monmouth, Morris y Union

North Carolina - condado de Mecklenburg

Pennsylvania - condados de Bucks y Delaware

Texas - condados de Collin y Harris

Virginia - condados de Fairfax y Loudoun