

RECETA MÉDICA M

RESUMEN DE COPAGOS

Western Health Advantage cubrirá los medicamentos con receta médica en farmacias participantes, recetados en relación con un servicio cubierto y sujeto a las condiciones, limitaciones y exclusiones dispuestas en el Documento Combinado de Evidencia de Cobertura y Formulario de Divulgación (EOC/DF), ubicado en la barra de herramientas de MyWHA Plan en mywha.org.

Los medicamentos en el **plan de recetas médicas tres escalas** de un miembro se clasifican de la siguiente manera en la **Lista de Medicamentos Preferidos (PDL)** de WHA:

- Los medicamentos genéricos preferidos que figuran en la PDL están cubiertos a la menor escala de copago
- Los medicamentos de marca preferidos que figuran en la PDL se proporcionan en la segunda escala de copago
- Los medicamentos no preferidos que figuran en la PDL están cubiertos a la tercera escala de copago

La PDL es una lista de medicamentos desarrollada por el Comité de Farmacia y Terapéutica de WHA como medicamentos de elección en sus respectivas escalas. El Comité evalúa periódicamente los medicamentos para asegurar el uso racional y económico de los agentes farmacéuticos. El Comité evalúa todos los medicamentos para determinar su eficacia, calidad, seguridad, alternativas similares y costo en la determinación de su inclusión en la PDL.

Tenga en cuenta que la presencia de un medicamento en la PDL de WHA no garantiza que el médico del miembro le recete dicho medicamento. Existe un pequeño grupo de medicamentos que, independientemente de la escala, podrían requerir autorización previa para asegurar el uso apropiado en función de los criterios dispuestos por el Comité.

Los miembros pueden solicitar una copia de la PDL llamando a Servicios para Miembros de WHA o pueden consultar el documento en línea en mywha.org/pharmacy.

COSTO DE LA RECETA MÉDICA PARA EL MIEMBRO

Farmacia de atención al público (suministro de hasta 30 días)

\$5	Escala 1 – Medicamento genérico preferido
\$20	Escala 2 – Medicamento de marca preferido*
\$40	Escala 3 – Medicamento no preferido*

Pedido por correo (suministro de hasta 90 días)

\$10	Escala 1 – Medicamento genérico preferido
\$40	Escala 2 – Medicamento de marca preferido*
\$80	Escala 3 – Medicamento no preferido*

Cobertura de otras recetas médicas

20%**	Medicamento autoinyectable en el hogar, hasta \$100 máximo por suministro de 30 días
50%**	Medicamento para la disfunción eréctil*, hasta \$250 máximo por suministro de 30 días
ninguno	aspirina, ácido fólico, (incluido el que se encuentra en vitaminas prenatales), fluoruro para los niños en edad preescolar, medicamentos para dejar de fumar y anticonceptivos para mujeres; se requiere el genérico si está disponible

En las farmacias de atención al público, si el costo real del medicamento con receta médica es menos que el copago aplicable, el miembro solo será responsable de pagar el costo real del medicamento.

Los medicamentos especializados no inyectables pueden estar clasificados en las Escalas 1-3. Independientemente de la escala, todos los medicamentos especializados están limitados a un suministro de 30 días.

Los copagos de recetas médicas aportan al máximo gasto anual de bolsillo médico.

*Independientemente de que sea medicamento necesario o de que haya disponible un equivalente genérico, el miembro será responsable del copago aplicable cuando le entreguen un medicamento de Escala 2 o Escala 3. Si un medicamento de Escala 1 está disponible y el miembro solicita que le brinden un medicamento de Escala 2 o de Escala 3 sin indicación médica del médico que expidió la receta, el miembro será responsable de pagar la diferencia en el costo entre el medicamento de Escala 1 y el medicamento comprado, además del copago de Escala 1. El monto pagado por la diferencia en el costo no contribuye al máximo gasto de bolsillo médico.

**Los copagos estructurados como un porcentaje del costo total se basan en las tarifas contractuales que tiene WHA con el proveedor del servicio.

Medicamentos con receta médica cubiertos

- Medicamentos orales que requieren una receta médica por ley federal o estatal, recetados por un médico participante o farmacéutico si lo permite la ley, y distribuidos por una farmacia participante.
- Medicamentos con receta médica cubiertos distribuidos por una farmacia no participante fuera del área de servicio de WHA solamente para atención urgente o de emergencia (se puede enviar el recibo a WHA para obtener un reembolso).
- Medicamentos con receta médica compuestos para los cuales no existe una alternativa aprobada por la FDA y contienen por lo menos un ingrediente de la receta médica.
- Insulina, jeringas para insulina con agujas, tabletas y tiras para prueba de glucosa.
- Anticonceptivos orales y diafragmas.

Western Health Advantage cumple con las leyes de derechos civiles federales y de California aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad, según corresponda. Western Health Advantage no excluye a las personas ni las trata diferente por motivos de raza, color, origen nacional, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad.

Western Health Advantage:

Proporciona ayudas y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para comunicarse eficazmente con nosotros, tales como:

- Intérpretes calificados en el lenguaje de señas
- Información escrita en otros formatos (impresión grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)

Proporciona servicios gratuitos de idiomas a personas que no hablan inglés como idioma materno, tales como:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, póngase en contacto con el Administrador de Servicios para Miembros al 888.563.2250 y encuentre más información en línea en <https://www.westernhealth.com/legal/non-discrimination-notice/>.

Si usted cree que Western Health Advantage no ha brindado estos servicios o ha sido discriminado de otra manera por motivos de raza, color, origen nacional, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad, puede presentar una queja formal por teléfono, correo, fax, correo electrónico o en línea: Administrador de Servicios para Miembros, 2349 Gateway Oaks Drive, Suite 100, Sacramento, CA 95833, 888.563.2250 o 916.563.2250, 888.877.5378 (TTY), 916.568.0126 (fax), memberservices@westernhealth.com, <https://www.westernhealth.com/legal/grievance-form>.

Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el Administrador de Servicios para Miembros está disponible para ayudarlo. Para obtener más información sobre el proceso de queja formal de Western Health Advantage y sus derechos de queja formal ante el Departamento de Atención Médica Administrada de California, visite nuestro sitio web en <https://www.westernhealth.com/legal/grievance-form/>.

Si existe una preocupación de discriminación basada en raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, también puede presentar una queja sobre derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, electrónicamente a través del portal de la Oficina de Quejas sobre Derechos Civiles disponible en:

Sitio web: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>; Por correo: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509 F, HHH Building, Washington, D.C. 20201; Teléfono: 800.368.1019 o 800.537.7697 (TDD); Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

ENGLISH

If you, or someone you're helping, have questions about Western Health Advantage, you have the right to get help and information in your language at no cost. To talk to an interpreter, call 888.563.2250 or TTY 888.877.5378.

SPANISH

Si usted, o alguien a quien usted está ayudando, tiene preguntas acerca de Western Health Advantage, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 888.563.2250, o al TTY 888.877.5378 si tiene dificultades auditivas.

CHINESE

如果您，或是您正在協助的對象，有關於Western Health Advantage方面的問題，您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息。洽詢一位翻譯員，請撥電話888.563.2250或聽障人士專線(TTY) 888.877.5378。

VIETNAMESE

Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Western Health Advantage, quý vị sẽ có quyền được giúp và có thêm thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin gọi số 888.563.2250, hoặc gọi đường dây TTY dành cho người khiếm thính tại số 888.877.5378.

TAGALOG

Kung ikaw, o ang iyong tinutulangan, ay may mga katanungan tungkol sa Western Health Advantage, may karapatan ka na makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika ng walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalin, tumawag sa 888.563.2250 o TTY para sa may kapansanan sa pandinig sa 888.877.5378.

KOREAN

만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이 Western Health Advantage에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담 없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 888.563.2250이나 청각 장애인용 TTY 888.877.5378로 연락하십시오.

ARMENIAN

Եթե Դուք կամ Ձեր կողմից օգնություն ստացող անձը հարցեր ունի Western Health Advantage-ի մասին, Դուք իրավունք ունեք անվճար օգնություն և տեղեկություններ ստանալու Ձեր նախընտրած լեզվով: Թարգմանչի հետ խոսելու համար զանգահարե՛ք 888.563.2250 համարով կամ TTY 888.877.5378՝ լսողության հետ խնդիրներ ունեցողների համար:

PERSIAN-FARSI

اگر شما، یا کسی که شما به او کم کمک کنید ، سوال در مورد Western Health Advantage (وسترن هلث انفو نتیج) داشته باشید حق این را دارید که کمی اطلاعات به زبان خود را به طور رایگان دریافت نمایید. لطفاً با شماره تلفن 888.563.2250 تماس بگیرید. افراد ناشنوا می توانند به شماره 888.877.5378 پیام تاییپی ارسال کنند

RUSSIAN

Если у вас или лица, которому вы помогаете, имеются вопросы по поводу Western Health Advantage, то вы имеете право на бесплатное получение помощи и информации на вашем языке. Для разговора с переводчиком позвоните по телефону 888.563.2250 или воспользуйтесь линией TTY для лиц с нарушениями слуха по номеру 888.877.5378.

JAPANESE

ご本人様、またはお客様の身の回りの方でも、Western Health Advantageについてご質問がございましたら、ご希望の言語でサポートを受けたり、情報を入手したりすることができます。料金はかかりません。通訳とお話される場合、888.563.2250までお電話ください。聴覚障がい者用TTYをご利用の場合は、888.877.5378までお電話ください。

ARABIC

إن كان لديك أو لدى شخص تساعدُه أسئلة بخصوص Western Health Advantage، فلدیک الد وقفي الحصوص على المساعدة والمعلوما ت الضرورية بلغتك من دون اية تكلفة. للتحدث مع مترجم اتصل بـ 888.563.2250، أو برقم الهاتف النصي (TTY) لضعاف السمع 888.877.5378.

PUNJABI

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ, ਜਾਂ ਜਿਸ ਕਿਸੇ ਦੀ ਤੁਸੀਂ ਮਦਦ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਦੇ Western Health Advantage ਬਾਰੇ ਸਵਾਲ ਹਨ ਤਾਂ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਅਤੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹਾਸਲ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ। ਦੁਆਰਾ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰਨ ਲਈ, 888.563.2250 'ਤੇ ਜਾਂ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸੁਣਨ ਵਿੱਚ ਅਸਮਰਥ ਟੀਟੀਵਾਈ ਲਈ 888.877.5378 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

CAMBODIAN-MON-KHMER

ប្រសិនបើអ្នក ឬនរណាម្នាក់ដែលកំពុងជួយអ្នក មានសំណួរអំពី Western Health Advantage ទេ, អ្នកមានសិទ្ធិទទួលជំនួយនិងព័ត៌មាន នៅក្នុងភាសារបស់អ្នក ដោយមិនអស់ប្រាក់។ ដើម្បីនិយាយជាមួយអ្នកបកប្រែ សូមទូរស័ព្ទ 888.563.2250 ឬ TTY សម្រាប់អ្នកត្រចៀកច្រន់ តាមលេខ 888.877.5378។

HMONG

Yog koj, los yog tej tus neeg uas koj pab ntawd, muaj lus nug txog Western Health Advantage, koj muaj cai kom lawv muab cov ntshiab lus qhia uas tau muab sau ua koj hom lus pub dawb rau koj. Yog koj xav nrog ib tug neeg txhais lus tham, hu rau 888.563.2250 los sis TTY rau cov neeg uas tsis hnov lus zoo nyob ntawm 888.877.5378.

HINDI

यदि आप, या जिस किसी की आप मदद कर रहे हो, के Western Health Advantage के बारे में प्रश्न हैं तो, आपको अपनी भाषा में मदद तथा जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है। दुआशिए के साथ बात करने के लिए, 888.563.2250 पर या पूरी तरह श्रवण में असमर्थ टीटीवाई के लिए 888.877.5378 पर कॉल करो।

THAI

หากคุณ หรือคนที่คุณกำลังช่วยเหลือมีคำถามเกี่ยวกับ Western Health Advantage คุณมีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือและข้อมูลในภาษาของคุณได้โดยไม่มีค่าใช้จ่าย เพื่อพูดคุยกับล่าม โทร 888.563.2250 หรือใช้TTY สำหรับคนหูหนวกโดยโทร 888.877.5378