Western Health Advantage

PRESCRIPTION W5045

RESUMEN DE COPAGOS

Western Health Advantage cubrirá los medicamentos con Receta Médica en Farmacias Participantes, recetados en relación a un servicio cubierto y sujetos a las condiciones, limitaciones y exclusiones dispuestas en esta Evidencia Combinada de Cobertura y Formulario de Divulgación (EOC/DF) ubicada en la barra de herramientas de MyWHA Plan en mywha.org.

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

- Los Medicamentos Genéricos Preferidos listados en la PDL están cubiertos en la menor escala de copago.
- Los Medicamentos de Marca Preferidos listados en la PDL se brindan en la segunda escala de copago.
- Los Medicamentos No Preferidos listados en la PDL están cubiertos en la tercera escala de copago.

La PDL es una lista de medicamentos desarrollada por el Comité de Farmacia y Terapéutica de WHA que incluye medicamentos elegidos en sus escalas respectivas. El comité evalúa con regularidad 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 una medicina en la PDL de WHA no garantiza que el médico del miembro le recete ese medicamento. Existe un pequeño grupo de medicamentos que, independientemente de la escala, podrían requerir una autorización previa para asegurar el uso apropiado según los criterios dispuestos por el comité.

Si desea obtener una copia de la PDL, llame a Servicios para Miembros de WHA o consulte el documento en mywha.org/pharmacy.

COPAGOS DE RECETAS MÉDICAS

Farmacia de atención al público (suministro de hasta 30 días)	**Costo para el miembro**
Escala 1 – Medicamentos genéricos preferidos	$15
Escala 2 – Medicamento de marca preferido*	$50
Escala 3 – Medicamento no preferido*	$75

Pedido por correo (suministro de hasta 90 días)	**Costo para el miembro**
Escala 1 – Medicamentos genéricos preferidos	$37.50
Escala 2 – Medicamento de marca preferido*	$125
Escala 3 – Medicamento no preferido*	$187.50

Los siguientes medicamentos recetados están cubiertos sin costo alguno para el miembro (se requiere el genérico si está disponible): aspirina, ácido fólico, (incluyendo el que se encuentra en vitaminas prenatales), fluoruro para los niños en edad preescolar, medicamentos para dejar de fumar y anticonceptivos para mujeres.

Medicamentos con receta médica cubiertos

- Los medicamentos orales que por ley federal o estatal requieran una Receta Médica deben ser recetados por un Médico Participante o un farmacéutico si la ley lo permite y surtidos por una Farmacia Participante.
- Medicamentos con Receta Médica cubiertos y surtidos por una Farmacia No Participante fuera del área de servicio de WHA solamente para atención urgente o de emergencia (puede enviarle su 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.

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

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

*Independientemente de que sea médicamente necesario o de que haya un equivalente genérico, el miembro será responsable del copago aplicable cuando le surtan un medicamento de Escala 2 o Escala 3. Si hay un medicamento de Escala 1 y el miembro pide que le surtan un medicamento de Escala 2 o de Escala 3 sin indicación médica del médico que expidió la receta, el miembro será responsable del pago de la diferencia en 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 médico de gasto de bolsillo.

Western Health Advantage cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Western Health Advantage no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Western Health Advantage:

Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:

- Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).

Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:

- Intérpretes capacitados.
- Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con Member Services Manager.

Si considera que Western Health Advantage no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona: Member Services Manager, 2349 Gateway Oaks Drive, Suite 100, Sacramento, CA 95833, 888.563.2252 o 916.563.2252, o al TYY 888.877.5378, 916.568.0126 (fax), memberservices@westernhealth.com. Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, Member Services Manager está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
800.368.1019 o al TDD 800.537.7697 TDD

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web 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 888.563.2252 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 888.563.2252, 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**888.563.2252**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 888.563.2252, 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 888.563.2252 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 888.563.2252이나 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 888.563.2252 համարով կամ TTY 888.877.5378՝ լսողության հետ խնդիրներ ունեցողների համար:

PERSIAN-FARSI
اگر شما، یا کسی که شما به او کمک میکنید ، سوال در مورد Western Health Advantage (وسترن هلث اَدونتیج) داشته باشید حق این را دارید که کمک و اطلاعات به زبان خود را به طور رایگان دریافت نمایید. لطفا با شماره تلفن 888.563.2252 تماس بگیرید. افراد ناشنوا می توانند به شماره888.877.5378 پیام تایپی 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 888.563.2252 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、888.563.2252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 تساعده أسئلة بخصوص Western Health Advantage، فلديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون اية تكلفة. للتحدث مع مترجم اتصل بـ 888.563.2252، 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। ਦੁਭਾਸੀਏ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰਨ ਲਈ, 888.563.2252 '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, អ្នកមានសិទ្ធិទទួលជំនួយនឹងព័ត៌មាន នៅក្នុងភាសារបស់អ្នក ដោយមិនអស់ប្រាក់។ ដើម្បីនិយាយជាមួយអ្នកបកប្រែ សូមទូរស័ព្ទ 888.563.2252 ឬ TTY សម្រាប់អ្នកត្រចៀកធ្ងន់ 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 888.563.2252 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। दुभाशिए के साथ बात करने के लिए, 888.563.2252 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 888.563.2252 หรือใช้TTY สำหรับคนหูหนวกโดยโทร 888.877.5378