

Prescription Medication Plan



Regence BlueCross BlueShield of Oregon is an Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

Regence BlueCross BlueShield of Oregon

Su plan de medicamentos recetados incluye:

- Medicamentos el incluir dabetico fuentes que por ley se requiere que sean preparados bajo receta.
- La Lista Preferida de Medicamentos RegenceRx, que ofrece genéricos de calidad y marcas seleccionadas.
- Copago preferido para medicamentos en la Lista Preferida de Medicamentos RegenceRx.
- La Lista Preferida de Medicamentos RegenceRx se encuentra disponible en nuestro sitio web www.regencrx.com.
- Servicio de pedidos por correo para medicamentos prescritos regularmente para condiciones crónicas.

Características de los beneficios

| | |
|---|-----------------|
| Pago anual máximo | Ninguno |
| Aviso importante: Presente su tarjeta de identificación en la farmacia para todas las recetas, tanto nuevas como de segunda preparación. | |
| Medicamentos comprados en una farmacia | |
| La cantidad máxima es una provisión para 30 días por cada receta | |
| Medicamentos genéricos | Copago de \$10 |
| Medicamentos de marcas preferidas | Copago de \$35 |
| Medicamentos de marcas no preferidas | Copago de \$50 |
| Medicamentos para quimioterapia administrados por el mismo paciente incluyendo medicamentos para quimioterapia orales | |
| La cantidad máxima es una provisión para 30 días por cada receta | |
| Medicamentos genéricos | Copago de \$10 |
| Medicamentos de marcas preferidas | Copago de \$50 |
| Medicamentos de marcas no preferidas | Copago de \$100 |
| Medicamentos comprados a través del correo | |
| La cantidad máxima es una provisión para 90 días por cada receta | |
| Medicamentos genéricos | Copago de \$30 |
| Medicamentos de marcas preferidas | Copago de \$105 |
| Medicamentos de marcas no preferidas | Copago de \$150 |
| Medicamentos auto-inyectables comprados a través del correo | |
| La cantidad máxima es una provisión para 30 días por cada receta | |
| Medicamentos genéricos | Copago de \$10 |
| Medicamentos de marcas preferidas | Copago de \$35 |
| Medicamentos de marcas no preferidas | Copago de \$50 |

Consulte la página 2 para conocer las limitaciones y exclusiones >

Limitaciones y exclusiones

ESTOS BENEFICIOS ESTÁN LIMITADOS A:

- La cantidad máxima de medicamentos comprados en la farmacia es de una provisión para 30 días.
- La cantidad máxima de medicamentos comprados por correo es de una provisión para 90 días.
- La cantidad máxima de medicamentos auto-inyectables comprados por correo es de una provisión para 30 días.
- Algunos medicamentos pueden estar limitados más por la cantidad que por la provisión diaria.
- Algunos medicamentos pueden requerir autorización previa del plan de salud.
- Los medicamentos compuestos sólo se encuentran cubiertos cuando contienen un medicamento que ha sido aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos de América.
- La medicación con hormona del crecimiento se encuentra limitada a un beneficio máximo de \$25,000 por año calendario.

SERVICIOS Y SUMINISTROS NO CUBIERTOS:

- Medicamentos experimentales, de investigación o de uso no indicado por las instrucciones.
- Medicamentos foráneos, excepto en situaciones de emergencia cuando esté viajando afuera de los Estados Unidos de América.
- Agentes para inmunización, sueros biológicos, sangre o plasma sanguíneo.
- Bombas de insulina y suministros para administración por bomba.
- Medicamentos que no se consideran auto-administrables.
- Medicamentos preparados en una institución.
- Medicamentos preparados de acuerdo a la participación en un ensayo clínico.
- Medicamentos preparados por farmacias excluidas.
- Medicamentos recetados para propósitos cosméticos.
- Medicamentos para el tratamiento del acné en cualquier persona arriba de los 39 años de edad.
- Medicamentos para el tratamiento de la impotencia, cualquiera que sea la causa.
- Medicamentos para el tratamiento de la infertilidad.
- Medicamentos para el tratamiento de hongos en las uñas.
- Medicamentos para dejar de fumar.
- Medicamentos para pérdida de peso o para el tratamiento de la obesidad.
- Medicamentos que no son médicamente necesarios.
- Medicamentos sin indicación terapéutica comprobada.
- Medicamentos sin previo examen en persona.
- Medicamentos utilizados para inhibir o suprimir la somnolencia, sueño, cansancio o agotamiento.
- Medicamentos que no requieren receta.
- Cargos profesionales por la administración de cualquier medicamento.

Por favor tenga en cuenta lo siguiente: Este resumen brinda una breve descripción de su plan de medicamentos recetados y no es una garantía de pago. Una vez inscrito, su libreta de beneficios puede verse en nuestro sitio web www.or.regence.com. Por favor, consulte su libreta de beneficios para obtener un listado completo de los beneficios, limitaciones y exclusiones que aplican.



Regence BlueCross BlueShield of Oregon is an independent
Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

Regence BlueCross BlueShield of Oregon
Llamada sin cargo, todas las áreas, al 1 (800) 228-0978
Línea TDD para personas con impedimentos auditivos 1 (800)
382-1003
www.or.regence.com