

NY



Planes de medicamentos con receta (PDP)

First United American Part D

2012

RESUMEN DE BENEFICIOS

SELECT (PDP)
PREFERRED (PDP)

1 DE ENERO DE 2012 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2012

INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE BENEFICIOS PARA LOS PLANES DE MEDICAMENTOS CON RECETA FIRST UNITED AMERICAN PART D: SELECT (PDP) Y PREFERRED (PDP) 1 de enero de 2012 al 31 de diciembre de 2012 ESTADO DE NUEVA YORK

Gracias por su interés en los planes de medicamentos con receta (PDP, por sus siglas en inglés) First United American Part D. Nuestros planes se ofrecen a través de FIRST UNITED AMERICAN INSURANCE COMPANY, un plan de recetas médicas de Medicare que tiene un contrato con el gobierno federal. Este Resumen de Beneficios indica algunas características de nuestros planes. No recoge todos los medicamentos que cubrimos ni las limitaciones o exclusiones aplicables. Para obtener una lista completa de nuestros beneficios, llame al plan de medicamentos con receta First United American Part D y solicite la "Evidencia de cobertura".

OPCIONES DE COBERTURA DE MEDICARE DE MEDICAMENTOS CON RECETA

Como beneficiario de Medicare, puede elegir entre distintas opciones de cobertura de medicamentos con receta. Una opción es obtener una cobertura de medicamentos con receta a través de un plan de Medicare, tal como la cobertura First United American. Otra posibilidad es obtener un plan Medicare Advantage que ofrezca ese tipo de cobertura. Usted toma la decisión.

¿CÓMO PUEDO COMPARAR MIS OPCIONES?

Las tablas de este folleto indican algunos beneficios importantes en cuanto a los medicamentos. Puede utilizar este Resumen de Beneficios para comparar los beneficios de los planes First United American y los planes de Medicare, incluido el Medicare Advantage, que tengan cobertura de medicamentos con receta.

¿DÓNDE ESTÁN DISPONIBLES LOS PLANES DE MEDICAMENTOS CON RECETA FIRST UNITED AMERICAN?

El área de servicio para estos planes es: Nueva York. Usted debe residir en esta área para poder inscribirse en alguno de los planes.

¿CUÁLES SON LOS REQUISITOS DE INSCRIPCIÓN?

Puede inscribirse en uno de nuestros planes si reúne las condiciones para Medicare Part A o está inscrito en Medicare Part B y vive en el área de servicio.

Si está inscrito en un plan de cuidados coordinados de MA (HMO o PPO) o en un plan MA PFFS que incluye medicamentos con receta de Medicare, no podrá inscribirse en un PDP (Plan de medicamentos con receta) a menos que renuncie a su plan HMO, PPO o MA PFFS.

Las personas inscritas en un plan privado de pago por servicios (PFFS, por sus siglas en inglés) que no provea una cobertura de medicamentos con receta de Medicare, o bien en un plan de cuenta de ahorros médicos (MSA), podrán inscribirse en un PDP. Asimismo, las personas que tengan un plan 1876 Cost también podrán inscribirse en un PDP.

¿DÓNDE PUEDO OBTENER MIS MEDICAMENTOS?

Los planes de medicamentos con receta First United American han formado una red de farmacias participantes. Para que se apliquen los beneficios del plan, debe hacer la compra en una farmacia de la red. Salvo con ciertas excepciones, no pagaremos sus medicamentos con receta si los adquiere en una farmacia fuera de la red. Tenga en cuenta que las farmacias de nuestra red pueden cambiar en cualquier momento. Puede pedir un listado de farmacias o visitarnos en la página <http://www.fuamedicarepartd.com>. El número de servicio al cliente figura al final de esta introducción.

¿MI PLAN CUBRE LOS MEDICAMENTOS DE MEDICARE PART B O PART D?

Los planes First United American no cubren los medicamentos cubiertos en Medicare Part B, tal como son recetados y despachados. Por lo general, sólo cubrimos medicamentos, vacunas, productos biológicos y suministros médicos que estén cubiertos bajo el beneficio de recetas médicas de Medicare (Part D) y que estén incluidos en nuestro formulario de medicamentos aprobados.

¿QUÉ ES EL FORMULARIO DE MEDICAMENTOS APROBADOS?

Los planes de medicamentos con receta First United American tienen un formulario aprobado. Es una lista de los medicamentos que cubre el plan para satisfacer las necesidades de los pacientes. De manera periódica, podemos agregar, quitar o modificar los límites de cobertura de determinados medicamentos o cambiar el importe que usted debe pagar por el producto. Si realizamos alguna modificación en el formulario aprobado que impida a los afiliados adquirir sus medicamentos con receta, informaremos a las personas que se vean afectadas, antes de que se realice el cambio. Le enviaremos una copia del formulario de medicamentos aprobados. Además, puede acceder a la versión completa en nuestro sitio web:

<http://www.fuamedicarepartd.com>.

Si usted está tomando un medicamento que no aparece en nuestro formulario aprobado o está sujeto a limitaciones o requisitos adicionales, puede que le corresponda obtener un suministro provisional de ese medicamento. Póngase en contacto con nosotros si desea solicitar una excepción o elija un medicamento alternativo de nuestro formulario aprobado con la ayuda de su médico. Llámenos para consultar si podemos proporcionarle este beneficio o para obtener más información sobre nuestra política de transición de medicamentos.

¿QUÉ DEBO HACER SI TENGO OTRO SEGURO ADEMÁS DE MEDICARE?

Si tiene una póliza de Medigap (póliza de seguro suplementaria a Medicare) que incluye cobertura de medicamentos con receta, debe comunicarse con su emisor de Medigap para informarle de que se inscribió en un plan de medicamentos con receta de Medicare. En caso de que opte por conservar su póliza suplementaria de Medigap, el emisor eliminará la parte de la cobertura de medicamentos con receta de la póliza. Para obtener más información, llame a su emisor de Medigap.

Si usted o su cónyuge tiene o puede obtener una cobertura grupal por su trabajo, debe hablar con su empleador para averiguar cómo se verán afectados sus beneficios si se inscribe en el plan de medicamentos con receta First United American. Obtenga esta información antes de decidir inscribirse en uno de nuestros planes.

¿CÓMO PUEDO OBTENER AYUDA PARA PAGAR MI PLAN DE MEDICAMENTOS CON RECETA U OTROS COSTOS DE MEDICARE?

Existe la posibilidad de obtener ayuda para pagar las primas del plan, los medicamentos con receta y otros costos de Medicare. Para saber si cumple los requisitos para obtener esta ayuda adicional, comuníquese por teléfono:

* 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048, disponible las 24 horas, todos los días de la semana. Lea además la información disponible en <http://www.medicare.gov> acerca de los programas para personas con ingresos y recursos limitados ("Programs for People with Limited Income and Resources") en la publicación "Medicare & You".

* Administración de la Seguridad Social, en el 1-800-772-1213, de 7 a.m. a 7 p.m., de lunes a viernes.

Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-325-0778. O bien:

* Oficina de Medicaid en su región.

¿CUÁLES SON MIS PROTECCIONES EN ESTE PLAN?

Todos los planes de recetas médicas de Medicare aceptan permanecer en el programa durante un año calendario completo a la vez. Los beneficios del plan y los costos compartidos pueden variar de un año calendario a otro. Cada año, los planes pueden decidir si siguen participando en el programa de medicamentos con receta de Medicare. Un plan determinado puede continuar funcionando en la totalidad del área de servicio (área geográfica en la cual el plan acepta miembros) o decidir continuar solo en ciertas zonas. Asimismo, Medicare puede decidir finalizar un contrato con determinado plan. Aunque su plan de recetas médicas de Medicare abandone el programa, usted no perderá la cobertura de Medicare. Si un plan decide no continuar por un año calendario adicional, debe enviarle una carta al menos 90 días antes de que finalice su cobertura. La carta le explicará las opciones para la cobertura de Medicare en su área.

Todo afiliado de un plan de medicamentos con receta First United American puede solicitar una determinación de cobertura, que incluye la facultad de pedir una excepción, presentar una apelación si se le niega la cobertura de un medicamento o presentar un agravio formal. Usted tiene derecho de solicitar una determinación de cobertura si desea incluir un medicamento de Part D que considere que debemos cubrir. Una excepción es un tipo de determinación de cobertura. Podrá solicitar una excepción si cree que necesita un medicamento que no figura en nuestra lista de medicamentos cubiertos o considera que debe obtener un medicamento no preferido a un costo de desembolso personal inferior. También podrá pedir una excepción para las reglas de utilización; por ejemplo, en lo que se refiere a la cantidad límite de un medicamento. Si piensa que necesita una excepción, póngase en contacto con nosotros antes de obtener el medicamento en la farmacia. Será necesario que su médico proporcione un certificado médico para respaldar su solicitud de excepción. Si le negamos la cobertura de un medicamento con receta, usted tendrá derecho de apelar la decisión para que volvamos a considerar el asunto. Por último, podrá presentar un agravio formal si tiene cualquier tipo de problema con nosotros o alguna de las farmacias de nuestra red no se adhiere a la cobertura de un medicamento con receta. Si su problema está relacionado con la calidad de la atención, también tiene derecho de presentar un agravio formal ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO, por sus siglas en inglés) de su estado. Sírvese consultar la Evidencia de cobertura.

¿QUÉ ES EL PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN DE TERAPIA CON MEDICAMENTOS (MTM)?

Un Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (MTM, por sus siglas en inglés) es un servicio gratuito que ofrecemos. Es posible que se lo invite a participar en un programa diseñado para sus necesidades específicas de salud y de medicamentos. Usted puede decidir no participar si es seleccionado para este tipo de programa, pero le recomendamos que saque el mayor provecho de este servicio cubierto. Para obtener más información, póngase en contacto con los planes de medicamentos con receta First United American.

¿DÓNDE PUEDO ENCONTRAR INFORMACIÓN ACERCA DE LAS CALIFICACIONES DE LOS PLANES?

Las calificaciones de los planes de Medicare se dividen en varias categorías (por ejemplo, detección y prevención de enfermedades, calificaciones de pacientes y servicio al cliente). Si tiene acceso a Internet, puede utilizar las herramientas en línea disponibles en <http://www.medicare.gov>, seleccionar "Health and Drug Plans" y luego "Compare Drug and Health Plans" para comparar las calificaciones de los diferentes planes de Medicare en su zona. También puede llamarnos directamente para obtener una copia de las calificaciones de este plan. Nuestro número de atención al cliente figura más abajo.

Para obtener más información acerca de los planes de medicamentos con receta First United American, comuníquese directamente con First United American Life Insurance Company.

Visite <http://www.fuamedicarepartd.com> o comuníquese con nosotros:

Horario del servicio de atención al cliente: En su zona horaria local, los siete días de la semana de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

Los afiliados actuales o las personas interesadas pueden comunicarse sin cargo al (866) 524-4171. TTY/TDD (866) 524-4172.

Para obtener más información de Medicare, comuníquese al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas, todos los días de la semana.

También puede visitar la página <http://www.medicare.gov> en Internet.

Este documento puede estar disponible en otros formatos como braille, letra grande, etc.

Este documento también está disponible en otros idiomas. Para más información, comuníquese con el servicio de atención al cliente llamando al número mencionado anteriormente.

Esta información está disponible gratuitamente en otros idiomas. Póngase en contacto con nuestro número de servicio al cliente al 1-866-524-4171 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-866-524-4172).

El servicio de atención está disponible de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. en su zona horaria local, todos los días de la semana.

El servicio al cliente cuenta con intérpretes para hablantes de otros idiomas distintos al inglés.

RESUMEN DE BENEFICIOS PARA EL CONTRATO S5580, PLANES 006/003

BENEFICIO	ORIGINAL MEDICARE	FIRST UNITED AMERICAN SELECT (PDP)	FIRST UNITED AMERICAN PREFERRED (PDP)
Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios	La mayor parte de los medicamentos no está cubierta por el plan Original Medicare. Usted puede agregar cobertura de medicamentos con receta a Original Medicare si se afilia a un plan de recetas médicas de Medicare, o puede obtener toda la cobertura de Medicare, incluyendo cobertura de medicamentos con receta si se afilia a un plan Medicare Advantage o a un plan Medicare Cost que ofrezca cobertura de medicamentos con receta.	Medicamentos cubiertos por Medicare Part D General Este plan tiene un formulario de medicamentos aprobados. El plan le enviará el formulario. También puede ver el formulario en la página http://www.fuamedicarepartd.com en Internet.	Medicamentos cubiertos por Medicare Part D General Este plan tiene un formulario de medicamentos aprobados. El plan le enviará el formulario. También puede ver el formulario en la página http://www.fuamedicarepartd.com en Internet.
		Se pueden aplicar costos de desembolso personal distintos para las personas que: - tienen ingresos limitados, - viven en instituciones de atención a largo plazo, o bien - tienen acceso a instituciones indígenas/tribales/urbanas (servicio de salud indígena).	Se pueden aplicar costos de desembolso personal distintos para las personas que: - tienen ingresos limitados, - viven en instituciones de atención a largo plazo, o bien - tienen acceso a instituciones indígenas/tribales/urbanas (servicio de salud indígena).
		Prima mensual de \$37.40	Prima mensual de \$51.50
		La mayoría de las personas pagan la prima Part D. Sin embargo, algunas personas pagan una prima más alta debido a sus ingresos anuales (superiores a \$85,000 para personas solteras y \$170,000 para parejas casadas). Para obtener más información acerca de las primas Part D con base en los ingresos, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede llamar a la Administración de la Seguridad Social al 1-800-772-1213 (TTY: 1-800-325-0778).	La mayoría de las personas pagan la prima Part D. Sin embargo, algunas personas pagan una prima más alta debido a sus ingresos anuales (superiores a \$85,000 para personas solteras y \$170,000 para parejas casadas). Para obtener más información acerca de las primas Part D con base en los ingresos, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede llamar a la Administración de la Seguridad Social al 1-800-772-1213 (TTY: 1-800-325-0778).
		El plan ofrece cobertura nacional para recetas médicas en proveedores dentro de la red (es decir, esto incluiría los 50 estados y Washington D.C.). Esto significa que usted pagará el mismo costo compartido por un medicamento con receta si lo obtiene en una farmacia de la red, fuera del área de servicio del plan (por ejemplo, cuando viaja).	El plan ofrece cobertura nacional para recetas médicas en proveedores dentro de la red (es decir, esto incluiría los 50 estados y Washington D.C.). Esto significa que usted pagará el mismo costo compartido por un medicamento con receta si lo obtiene en una farmacia de la red, fuera del área de servicio del plan (por ejemplo, cuando viaja).
		El total de los costos anuales de los medicamentos abarca los importes pagados por usted y un plan Part D.	El total de los costos anuales de los medicamentos abarca los importes pagados por usted y un plan Part D.
		Antes de cubrir un medicamento distinto para tratar la enfermedad, el plan puede exigir que usted pruebe primero un medicamento específico.	Antes de cubrir un medicamento distinto para tratar la enfermedad, el plan puede exigir que usted pruebe primero un medicamento específico.
		Algunos medicamentos tienen límites de cantidad.	Algunos medicamentos tienen límites de cantidad.
		Su proveedor debe obtener una autorización previa de First United American Select (PDP) para ciertos medicamentos.	Su proveedor debe obtener una autorización previa de First United American Preferred (PDP) para ciertos medicamentos.
		Usted debe acudir a determinadas farmacias para un número muy limitado de medicamentos, debido a requisitos especiales de manipulación, coordinación de proveedores o educación de pacientes que no pueda cubrir la mayor parte de las farmacias en su red. Estos medicamentos están indicados en el sitio Web del plan, en el formulario y en el material impreso, así como en la herramienta Medicare Prescription Drug Plan Finder disponible en http://www.medicare.gov .	Usted debe acudir a determinadas farmacias para un número muy limitado de medicamentos, debido a requisitos especiales de manipulación, coordinación de proveedores o educación de pacientes que no pueda cubrir la mayor parte de las farmacias en su red. Estos medicamentos están indicados en el sitio Web del plan, en el formulario y en el material impreso, así como en la herramienta Medicare Prescription Drug Plan Finder disponible en http://www.medicare.gov .

FIRST UNITED AMERICAN SELECT (PDP)	FIRST UNITED AMERICAN PREFERRED (PDP)
Si el costo real de un medicamento es menor que los costos compartidos normales para ese medicamento, usted pagará el costo real y no el monto más alto del costo compartido.	Si el costo real de un medicamento es menor que los costos compartidos normales para ese medicamento, usted pagará el costo real y no el monto más alto del costo compartido.
Si solicita una excepción del formulario para un medicamento y First United American la aprueba, pagará el costo compartido de la Categoría 4: Medicamentos de marca no preferida, para ese medicamento.	Si solicita una excepción del formulario para un medicamento y First United American la aprueba, pagará el costo compartido de la Categoría 4: Medicamentos de marca no preferida, para ese medicamento.
Dentro de la red Deducible anual de \$320.	Dentro de la red: Deducible de \$140 para todos los medicamentos, excepto los de Categoría 1: Medicamentos genéricos preferidos, y los de Categoría 2: Medicamentos genéricos no preferidos.
Cobertura inicial Después de pagar el deducible anual, usted pagará lo siguiente hasta que el costo anual total por medicamentos alcance los \$2,930:	Cobertura inicial Después de pagar el deducible anual, usted pagará lo siguiente hasta que el costo anual total por medicamentos alcance los \$2,930:
Farmacia minorista	Farmacia minorista
Categoría 1: Medicamentos genéricos preferidos	Categoría 1: Medicamentos genéricos preferidos
- Copago de \$3 por un suministro de un mes (34 días) de medicamentos de esta categoría	- Copago de \$3 por un suministro de un mes (34 días) de medicamentos de esta categoría
- Copago de \$9 por un suministro de tres meses (90 días) de medicamentos de esta categoría	- Copago de \$9 por un suministro de tres meses (90 días) de medicamentos de esta categoría
Categoría 2: Medicamentos genéricos no preferidos	Categoría 2: Medicamentos genéricos no preferidos
- Copago de \$9 por un suministro de un mes (34 días) de medicamentos de esta categoría	- Copago de \$9 por un suministro de un mes (34 días) de medicamentos de esta categoría
- Copago de \$27 por un suministro de tres meses (90 días) de medicamentos de esta categoría	- Copago de \$27 por un suministro de tres meses (90 días) de medicamentos de esta categoría
Categoría 3: Medicamentos de marca preferida	Categoría 3: Medicamentos de marca preferida
- Copago de \$45 por un suministro de un mes (34 días) de medicamentos de esta categoría	- Copago de \$45 por un suministro de un mes (34 días) de medicamentos de esta categoría
- Copago de \$135 por un suministro de tres meses (90 días) de medicamentos de esta categoría	- Copago de \$113 por un suministro de tres meses (90 días) de medicamentos de esta categoría
Categoría 4: Medicamentos de marca no preferida	Categoría 4: Medicamentos de marca no preferida
- Copago de \$95 por un suministro de un mes (34 días) de medicamentos de esta categoría	- Copago de \$95 por un suministro de un mes (34 días) de medicamentos de esta categoría
- Copago de \$285 por un suministro de tres meses (90 días) de medicamentos de esta categoría	- Copago de \$238 por un suministro de tres meses (90 días) de medicamentos de esta categoría
Categoría 5: Medicamentos de categoría especial	Categoría 5: Medicamentos de categoría especial
- 25% de coaseguro por un suministro de un mes (34 días) de medicamentos de esta categoría	- 29% de coaseguro por un suministro de un mes (34 días) de medicamentos de esta categoría
- 25% de coaseguro por un suministro de tres meses (90 días) de medicamentos de esta categoría	- 29% de coaseguro por un suministro de tres meses (90 días) de medicamentos de esta categoría
Farmacia de atención a largo plazo	Farmacia de atención a largo plazo
Categoría 1: Medicamentos genéricos preferidos	Categoría 1: Medicamentos genéricos preferidos
- Copago de \$3 por un suministro de un mes (34 días) de medicamentos de esta categoría	- Copago de \$3 por un suministro de un mes (34 días) de medicamentos de esta categoría
Categoría 2: Medicamentos genéricos no preferidos	Categoría 2: Medicamentos genéricos no preferidos
- Copago de \$9 por un suministro de un mes (34 días) de medicamentos de esta categoría	- Copago de \$9 por un suministro de un mes (34 días) de medicamentos de esta categoría
Categoría 3: Medicamentos de marca preferida	Categoría 3: Medicamentos de marca preferida
- Copago de \$45 por un suministro de un mes (34 días) de medicamentos de esta categoría	- Copago de \$45 por un suministro de un mes (34 días) de medicamentos de esta categoría
Categoría 4: Medicamentos de marca no preferida	Categoría 4: Medicamentos de marca no preferida
- Copago de \$95 por un suministro de un mes (34 días) de medicamentos de esta categoría	- Copago de \$95 por un suministro de un mes (34 días) de medicamentos de esta categoría
Categoría 5: Medicamentos de categoría especial	Categoría 5: Medicamentos de categoría especial
- 25% de coaseguro por un suministro de un mes (34 días) de medicamentos de esta categoría	- 29% de coaseguro por un suministro de un mes (34 días) de medicamentos de esta categoría
Pedido por correo	Pedido por correo
Categoría 1: Medicamentos genéricos preferidos	Categoría 1: Medicamentos genéricos preferidos
- Copago de \$0 por un suministro de tres meses (90 días) de medicamentos de esta categoría	- Copago de \$0 por un suministro de tres meses (90 días) de medicamentos de esta categoría
Categoría 2: Medicamentos genéricos no preferidos	Categoría 2: Medicamentos genéricos no preferidos
- Copago de \$24 por un suministro de tres meses (90 días) de medicamentos de esta categoría	- Copago de \$21 por un suministro de tres meses (90 días) de medicamentos de esta categoría
Categoría 3: Medicamentos de marca preferida	Categoría 3: Medicamentos de marca preferida
- Copago de \$122 por un suministro de tres meses (90 días) de medicamentos de esta categoría	- Copago de \$90 por un suministro de tres meses (90 días) de medicamentos de esta categoría

FIRST UNITED AMERICAN SELECT (PDP)	FIRST UNITED AMERICAN PREFERRED (PDP)
Categoría 4: Medicamentos de marca no preferida	Categoría 4: Medicamentos de marca no preferida
- Copago de \$257 por un suministro de tres meses (90 días) de medicamentos de esta categoría	- Copago de \$190 por un suministro de tres meses (90 días) de medicamentos de esta categoría
Categoría 5: Medicamentos de categoría especial	Categoría 5: Medicamentos de categoría especial
- 25% de coaseguro por un suministro de tres meses (90 días) de medicamentos de esta categoría	- 29% de coaseguro por un suministro de tres meses (90 días) de medicamentos de esta categoría
Vacío de cobertura	Vacío de cobertura
Si el costo anual total de los medicamentos supera \$2,930, usted recibirá un descuento en medicamentos de marca y pagará un 86% de los costos del plan para cualquier medicamento genérico hasta que su desembolso personal anual en medicamentos llegue a \$4,700.	Si el costo anual total de los medicamentos supera \$2,930, usted recibirá un descuento en medicamentos de marca y pagará un 86% de los costos del plan para cualquier medicamento genérico hasta que su desembolso personal anual en medicamentos llegue a \$4,700.
Cobertura para situaciones catastróficas	Cobertura para situaciones catastróficas
Una vez que su desembolso personal anual haya alcanzado \$4,700, usted pagará la cantidad que resulte ser mayor entre: un 5% de coaseguro y un copago de \$2.60 para medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca que se tratan como genéricos) o un copago de \$6.50 para todos los demás medicamentos.	Una vez que su desembolso personal anual haya alcanzado \$4,700, usted pagará la cantidad que resulte ser mayor entre: un 5% de coaseguro y un copago de \$2.60 para medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca que se tratan como genéricos) o un copago de \$6.50 para todos los demás medicamentos.
Fuera de la red	Fuera de la red
Los medicamentos del plan pueden estar cubiertos en circunstancias especiales; por ejemplo, si usted se enferma mientras viaja fuera del área de servicio del plan donde no haya farmacias de la red. Es posible que deba pagar más del importe normal del costo compartido si adquiere los medicamentos en una farmacia que esté fuera de la red. Además, es probable que deba pagar el precio completo del medicamento en la farmacia y enviar documentación para recibir un reembolso de First United American Select (PDP).	Los medicamentos del plan pueden estar cubiertos en circunstancias especiales; por ejemplo, si usted se enferma mientras viaja fuera del área de servicio del plan donde no haya farmacias de la red. Es posible que deba pagar más del importe normal del costo compartido si adquiere los medicamentos en una farmacia que esté fuera de la red. Además, es probable que deba pagar el precio completo del medicamento en la farmacia y enviar documentación para recibir un reembolso de First United American Preferred (PDP).
Cobertura inicial fuera de la red	Cobertura inicial fuera de la red
Después de que haya pagado el deducible anual correspondiente, se le reembolsará como máximo el precio del medicamento del plan menos lo siguiente por medicamentos adquiridos fuera de la red, hasta que el costo total anual de los medicamentos llegue a \$2,930:	Después de que haya pagado el deducible anual correspondiente, se le reembolsará como máximo el precio del medicamento del plan menos lo siguiente por medicamentos adquiridos fuera de la red, hasta que el costo total anual de los medicamentos llegue a \$2,930:
Categoría 1: Medicamentos genéricos preferidos	Categoría 1: Medicamentos genéricos preferidos
- Copago de \$3 por un suministro de un mes (34 días) de medicamentos de esta categoría	- Copago de \$3 por un suministro de un mes (34 días) de medicamentos de esta categoría
Categoría 2: Medicamentos genéricos no preferidos	Categoría 2: Medicamentos genéricos no preferidos
- Copago de \$9 por un suministro de un mes (34 días) de medicamentos de esta categoría	- Copago de \$9 por un suministro de un mes (34 días) de medicamentos de esta categoría
Categoría 3: Medicamentos de marca preferida	Categoría 3: Medicamentos de marca preferida
- Copago de \$45 por un suministro de un mes (34 días) de medicamentos de esta categoría	- Copago de \$45 por un suministro de un mes (34 días) de medicamentos de esta categoría
Categoría 4: Medicamentos de marca no preferida	Categoría 4: Medicamentos de marca no preferida
- Copago de \$95 por un suministro de un mes (34 días) de medicamentos de esta categoría	- Copago de \$95 por un suministro de un mes (34 días) de medicamentos de esta categoría
Categoría 5: Medicamentos de categoría especial	Categoría 5: Medicamentos de categoría especial
- 25% de coaseguro por un suministro de un mes (34 días) de medicamentos de esta categoría	- 29% de coaseguro por un suministro de un mes (34 días) de medicamentos de esta categoría
Vacío de cobertura adicional fuera de la red	Vacío de cobertura adicional fuera de la red
Se le reembolsará hasta un 14% del costo permitido por el plan de medicamentos genéricos adquiridos fuera de la red, hasta que su desembolso total anual en medicamentos llegue a \$4,700. Se le reembolsará hasta el precio de descuento de medicamentos de marca adquiridos fuera de la red, hasta que su desembolso total anual en medicamentos llegue a \$4,700.	Se le reembolsará hasta un 14% del costo permitido por el plan de medicamentos genéricos adquiridos fuera de la red, hasta que su desembolso total anual en medicamentos llegue a \$4,700. Se le reembolsará hasta el precio de descuento de medicamentos de marca adquiridos fuera de la red, hasta que su desembolso total anual en medicamentos llegue a \$4,700.
Cobertura para situaciones catastróficas fuera de la red	Cobertura para situaciones catastróficas fuera de la red
Una vez que su desembolso personal anual haya alcanzado \$4,700, se le reembolsarán los medicamentos adquiridos fuera de la red al precio del plan para ese medicamento menos su costo compartido, que es lo que resulte ser mayor entre: un 5% de coaseguro y un copago de \$2.60 para medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca que se tratan como genéricos) o un copago de \$6.50 para todos los demás medicamentos.	Una vez que su desembolso personal anual haya alcanzado \$4,700, se le reembolsarán los medicamentos adquiridos fuera de la red al precio del plan para ese medicamento menos su costo compartido, que es lo que resulte ser mayor entre: un 5% de coaseguro y un copago de \$2.60 para medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca que se tratan como genéricos) o un copago de \$6.50 para todos los demás medicamentos.