

GUÍA DE BENEFICIOS DE FARMACIA

Aprovechando al máximo su
beneficio de farmacia

2026



 **US-R_x Care**



Estimado miembro,

¡Bienvenido a US-Rx Care! Nos complace anunciar que su administrador de beneficios de farmacia hizo la transición a US-Rx Care, una empresa dedicada a brindar atención y apoyo mejorados para su cobertura de medicamentos. Hay varios recursos disponibles para responder preguntas y ayudarlo a aprovechar al máximo su beneficio de farmacia y al mismo tiempo minimizar sus costos de bolsillo.

US-Rx Care ha servido a empleadores, grupos sindicales y patrocinadores de planes de Medicare y Medicaid, para brindar servicios de beneficios de farmacia de manera eficiente durante más de 20 años. A continuación, se presentan consejos y fuentes de recursos disponibles a través de US-Rx Care.

Su nueva tarjeta de beneficios

Recibirá una nueva tarjeta de seguro, la cual utilizará para tener acceso a la cobertura de todos los servicios médicos, incluidos los medicamentos recetados. Simplemente presente la nueva tarjeta a la farmacia de su elección, y ellos actualizarán su registro de seguro en su sistema. En caso de que en la farmacia le digan que no posee cobertura o una solicitud no está siendo procesada adecuadamente, la farmacia puede llamar al número de apoyo impreso en su tarjeta de beneficios a cualquier hora del día, los 365 días del año al 1-877-200-5533. Un representante de soporte asistirá a la farmacia en la resolución de cualquier error en el registro de datos u otras necesidades para procesar su solicitud adecuadamente.

¿Sabía que su farmacia de elección puede hacer una diferencia?

Aunque puede surtir su receta en más de 60,000 farmacias contratadas en todo el país, los precios varían de una farmacia a otra. Por ejemplo, las grandes cadenas de farmacias como Walgreens y CVS se encuentran entre las farmacias de mayor costo del país. ¿Cómo le afecta eso a usted?

Si bien el costo de bolsillo nunca excederá el copago del plan, en ocasiones el costo total de su medicamento será inferior al copago; en ese caso, usted pagará el monto mínimo. Sin embargo, en una farmacia de cadena, el costo total seguramente será mayor. Esto también puede ser beneficioso si su plan tiene un deducible y todavía no se ha cubierto. Usted será responsable del 100% del costo de sus medicamentos hasta que se alcance su deducible. Ir a una farmacia de menor costo disminuirá los costos que usted deberá cubrir.

Un listado de farmacias de menor costo en su comunidad estará disponible a través del departamento de recursos humanos para su referencia. También puede buscar las farmacias de menor costo directamente desde el sitio web de US-Rx Care en <https://usrxcare.com/member>. Para su conveniencia, hemos incluido nuestra guía instructiva de la herramienta de búsqueda de farmacias en su paquete de Materiales para miembros para ayudarlo a guiarlo a través del proceso de la herramienta de búsqueda. Cualquier reabastecimiento que quede en una receta se puede transferir a una farmacia de menor costo con una llamada rápida de la farmacia de menor costo a la anterior.

¿ALGUNA PREGUNTA? LLAME A SERVICIOS AL MIEMBRO AT 1-877-200-5533



Portal para miembros de US-Rx Care

El portal para miembros es un sitio web que brinda a los miembros acceso conveniente las 24 horas a información personal de salud desde cualquier lugar con conexión a Internet. Hay dos maneras de obtener su información personal de salud electrónicamente. Tendrá acceso a su información medica de forma conveniente a través del portal para miembros. Refiérase a la Guía del usuario del Portal para miembros incluida en sus Materiales para miembros. Puede acceder al Portal para miembros en <https://usrxcare.com/member>.

¿Cómo aprovechar al máximo su beneficio, mientras minimiza su costo de bolsillo?

Al igual que todos los planes de medicamentos recetados, el plan de beneficios de farmacia está asociado con un “formulario”. El formulario determina qué nivel de copago se aplica a cada medicamento cubierto por el plan. El plan de beneficios de medicamentos recetados para empleados tiene varios niveles de copago. Si está en un plan con un deducible alto, pagará de su bolsillo sus medicamentos hasta que se cumpla el deducible, momento en el cual pueden aplicarse copagos.

Debido a que no todos los formularios son idénticos, puede experimentar un cambio en su copago con el formulario de US-Rx Care. Si el costo de bolsillo de un medicamento ha aumentado, eso significa que el plan ofrece una opción preferida de menor costo. Puede solicitar una copia del formulario del plan para compartir con su médico para que puedan optar por recetarle un equivalente de copago más bajo.

Suministros de prueba de glucosa de menor costo

Hay muchas opciones para la tecnología de prueba de glucosa con la calificación más alta de precisión y facilidad de uso, pero los costos varían ampliamente según el fabricante. El medidor y las tiras de prueba de glucosa contratadas preferidas son el medidor y las tiras reactivas TRUE METRIX. Simplemente pida a su médico que envíe la prescripción a su farmacia y presente su tarjeta de beneficios a su farmacéutico cuando compre sus suministros de prueba. Ellos le proporcionarán un medidor TRUE METRIX gratuito, y las tiras reactivas están cubiertas por el plan en el copago de Nivel 1. El copago de nivel 2 o nivel 3 puede aplicarse a otras tiras reactivas. El medidor y las tiras reactivas TRUE METRIX serán el de mejor valor.

Programa CopayAssist

CopayAssist es un programa que utiliza fondos disponibles a través de fabricantes de medicamentos para cubrir una cantidad significativa del costo de más de 360 medicamentos especializados y de alto costo. En el pasado, las farmacias pueden haber puesto asistencia de copago a disposición de algunos participantes del plan, pero el programa CopayAssist garantiza que todos los miembros elegibles puedan aprovechar los subsidios de copago a través de los fabricantes de medicamentos cuando estén disponibles.

¿ALGUNA PREGUNTA? LLAME A SERVICIOS AL MIEMBRO AT 1-877-200-5533



Si le han recetado un medicamento elegible para recibir subsidio a través del programa CopayAssist, US-Rx Care se comunicará con usted para informarlo sobre los detalles del programa y ayudarlo en el proceso de inscripción. Tenga en cuenta que, si está tomando un medicamento elegible para el programa Copay Assist y decide no participar, el costo de su medicamento de bolsillo bajo el plan podría aumentar hasta en un 100% del costo del medicamento, dependiendo de su plan. Por lo tanto, es importante que se comunique con US-Rx Care para confirmar su elegibilidad para esta importante opción de beneficios.

Farmacia de pedidos por correo

Su plan de medicamentos de prescripción incluye acceso a farmacias de pedidos por correo. El proveedor de farmacia de pedidos por correo es Prescription Mart, con sede en Beaumont, Texas. La farmacia de pedidos por correo puede ser una alternativa de menor costo para sus medicamentos de mantenimiento que toma regularmente y a largo plazo al ordenar la provisión de 90 días. Sin embargo, aunque es infrecuente, en algunas ocasiones el precio pactado con una farmacia local puede ser más barato que el de una farmacia por correo.

La forma más fácil y rápida de explorar la opción de farmacia por correo es llamando a Prescription Mart para inscribirse y poner sus ordenes. Contacte a su médico para que mande prescripciones y rellenos a 90 días a Prescription Mart. Su médico puede enviar sus prescripciones por teléfono, fax o vía electrónica. También podrá enviar por correo versiones físicas de sus recetas. Recetas enviadas a través de fax, por ley, solo pueden ser enviadas de la oficina del doctor.

La información de contacto de Prescription Mart, farmacia de pedidos por correo es:

Teléfono: (800) 630-3206

Fax: (409) 866-1317

Prescription Mart Pharmacy

PO Box 12607

Beaumont, TX 77726

¿Qué hacer si una farmacia tiene problemas procesando su cobertura para un medicamento de prescripción?

Si una farmacia experimenta dificultades procesando su prescripción a través de su beneficio farmacéutico, por cualquier motivo, usted puede solicitar al farmacéutico que llame al centro de asistencia para farmacias utilizando el número telefónico proporcionado en su tarjeta de beneficios: 877-200-5533. El centro de asistencias puede ayudar al farmacéutico asegurarse de haber introducido los códigos de beneficios correctos y la información del miembro, así como asistir en la resolución de otros problemas vía telefónica.

¿ALGUNA PREGUNTA? LLAME A SERVICIOS AL MIEMBRO AT 1-877-200-5533



Si usted decide pagar el costo total de la prescripción, sin utilizar su tarjeta de beneficios, usted puede solicitar a su farmacia que reprocese su prescripción utilizando su tarjeta de beneficios dentro de los siguientes 7 a 14 días calendario (dependiendo de la farmacia) y obtener el reembolso del excedente pagado sobre su copago, siempre y cuando el medicamento esté cubierto por su plan.

Esperamos continuar atendiendo sus necesidades como su administrador de beneficios farmacéuticos.

Atentamente Servicios Farmacéuticos
US-Rx Care

Utilice este enlace para revisar el video de educación para miembros <https://usrxcare.com/membereducation> respecto a sus beneficios de farmacia o escanee el código QR.





GUÍA DE ASISTENCIA DE BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS

Qué hacer en la farmacia si:

1. Se le informa que usted o uno de sus dependientes no tiene cobertura:

- Entregue su tarjeta de beneficios al farmacéutico para confirmar que ingresó la información correcta.
- Si es correcto, solicite a la farmacia que llame a la línea de ayuda en su tarjeta de beneficios: **877-200-5533** para obtener asistencia (24/7, 365 días del año).
- Si sus registros de beneficios muestran una cobertura inactiva, llame al administrador de su plan de salud para actualizar o corregir el estado de inscripción de su plan. Ese número de teléfono también debe aparecer en su tarjeta de beneficios.

2. El costo que debe pagar de su bolsillo por su medicamento es mayor de lo que recuerda por última vez

- Consulte la lista de farmacias de menor costo proporcionada por su organización o realice una búsqueda de farmacias de menor costo en www.usrxcare.com/member. Las grandes cadenas como CVS, Walgreens, Target y Walmart suelen ser más costosas que las farmacias independientes y muchas cadenas de supermercados.
- Solicite al farmacéutico que confirme si su cobertura está activa según el plan o si el medicamento está cubierto y si el precio del fabricante del medicamento ha cambiado.
- Inicie sesión en el portal para miembros para acceder a los precios en tiempo real de sus medicamentos en las farmacias locales de su elección. Visite www.usrxcare.com/member para obtener más detalles y un enlace al portal para miembros.
- Si su plan tiene un deducible, parte o la totalidad del costo del medicamento se puede aplicar a su deducible.

3. Se le informa que su prescripción ha sido rechazada:

- Consulte al farmacéutico el motivo del rechazo y si pueden resolverlo.
- Solicite al farmacéutico que llame al **877-200-5533** (24/7 365 días del año) para recibir ayuda resolviendo el rechazo.

4. Se le informa que el medicamento no está cubierto y/o se necesita una autorización previa.

- Pida al farmacéutico que contacte a su médico o al teléfono provisto en el sistema para iniciar una revisión a su cobertura o autorización previa.
- Si ha estado tomando este medicamento a través de un administrador de beneficios anterior, puede ser elegible para uno o dos resurtidos durante el proceso de revisión de cobertura. Por favor, llame al teléfono en su tarjeta: **877-200-5533**
- Si se trata de una receta nueva, la revisión de cobertura debe completarse antes de que se pueda surtir su receta. Si llama al teléfono en su tarjeta (**877-200-5533**) un representante de US-Rx Care contactará a su doctor para obtener la información necesaria. Cuanto más rápido su médico proporcione los registros necesarios, más rápido se podrá completar la revisión.

5. Se le informa que ha alcanzó un límite de costo máximo.

- Esta notificación no significa que se hayan excedido los beneficios del plan o que el medicamento no pueda ser cubierto por el plan. Simplemente significa que se requiere una revisión adicional.
- Pídale al farmacéutico que llame al número provisto en su sistema informático para iniciar una revisión de cobertura. Si se trata de un resurtido, US-Rx Care revisará la receta y puede autorizar un suministro provisional hasta que se complete la revisión.

6. Se le informa que su medicamento debe ser surtido en una farmacia especializada.

- El diseño de beneficios de su plan puede requerir que se le envíen ciertos medicamentos desde una farmacia especializada contratada. Esta puede ser una farmacia diferente de la que surtió su receta anteriormente.
- Una vez se realice la pre aprobación, un representante de US-Rx Care se comunicará con su médico para brindarle instrucciones sobre dónde enviar su receta.

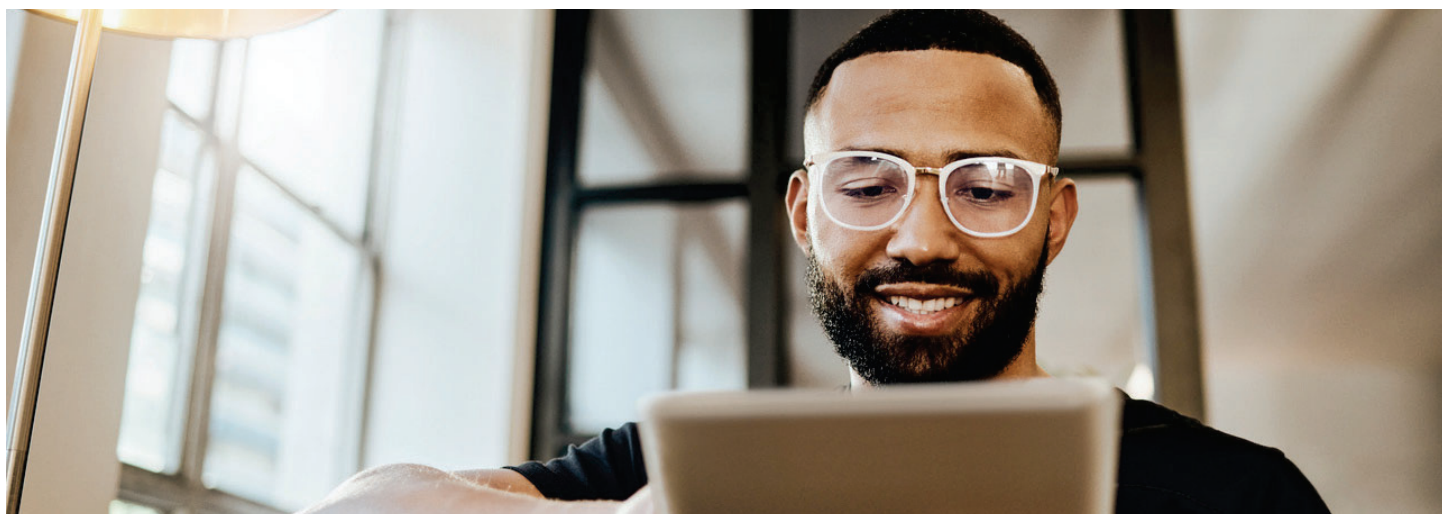
Si tiene alguna pregunta adicional, comuníquese al **877-200-5533**. El centro de llamadas puede reenviar su consulta a un miembro del equipo clínico. En este caso, si no está disponible de inmediato, esa persona se comunicará con usted normalmente dentro de las 24 horas.



GUÍA DE INICIO RÁPIDO DEL PORTAL PARA MIEMBROS DE US-RX CARE

Para registrarse en el portal de miembros, necesitará la tarjeta de identificación como miembro. También necesitará su número de **grupo Rx**. Si no puede ubicar su número de grupo Rx en su tarjeta de identificación, puede obtenerla llamando a servicios para miembros al **877-200-5533**.

NOTA: *Dependientes mayores a la edad de 18 años debe registrarse para sus propias cuentas.*



A continuación, se encuentran las instrucciones para registrarse en el Portal para miembros de US-Rx Care:

Paso 1 ▶ Visite <https://usrxcare.com/member>

Paso 2 ▶ Haga click en *Active Members Login* (inicio de miembros activos)
Member Portal

As of January 1, 2022 the member portal has been updated to add new features and functions. For security purposes, you will need to re-register for the new portal and update your login and password as well.

Active Members Login



Paso 3 ▶ Haga click en *Register* (registrar) en la parte superior de la

[Register](#) [Login](#)



Paso 4 ▶ Complete todos los campos. Haga  para ver una definición de cada uno.

REGISTER

All fields except for the Prescription Number and Coverage Date are required. For more information about a particular field, click the  info button in the far right of the field.

ID de grupo RX

Inserte el número de grupo RX en su tarjeta de miembro.

Contraseña

Ingrese la contraseña que desea utilizar para ingresar a su perfil.

Su contraseña debe ser al menos de ocho caracteres y puede consistir de letras, números o caracteres especiales (@#\$%^&*). La contraseña DEBE contener al menos una letra, un dígito y un caracter especial.

First Name	
Primer nombre	
Last Name	
Apellido	
Member Id	
Id de miembro	
Rx Group Id	
Id de grupo RX	
Date of Birth	
Fecha de nacimiento	
Email Address	
Correo electrónico	
Phone	
Teléfono	
User ID	
A value is required.	
Id de usuario	
Password	
A value is required.	
Contraseña	
Verify Password	
Verificar contraseña	

ID de miembro

Ingrese el número de suscriptor mostrado en su tarjeta de miembro,

ID de usuario

Ingrese su identificación de usuario que usará para acceder al sitio web para miembros. Puedes usar cualquier identificación que quieras, pero solo puede constar de letras y números, y debe tener al menos 8 caracteres

Paso 5 ▶ Los campos opcionales no son requeridos para registrarse.

Optional Fields Campos opcionales

Prescription Number	Número de prescripción
	
Coverage Date	Fecha de cobertura
	

Paso 6 ▶ Haga clic en **Register** **Registrar**



Paso 7 Si olvidó su contraseña, en la página de inicio de sesión, haga clic en Forgot Your Password? (¿olvidó su contraseña?)

Formulario de inicio de sesión con campos para Password (Contraseña) y Login (Id de usuario). Incluye un enlace para Forgot Your Password? (Olvidó su contraseña?).

Paso 8 Ingrese su información en ¿olvidó su contraseña? y presione submit (enviar), una nueva contraseña será enviada a su correo.

Formulario FORGOT PASSWORD (Olvidó su contraseña). Incluye instrucciones y campos para First Name (Primer nombre), Last Name (Apellido), Date of Birth (Fecha de nacimiento) y User ID (Id de usuario). Incluye un botón Submit (Enviar).

Paso 9 Si olvida su identificación de usuario, puede registrarse nuevamente y usar una identificación de usuario diferente. Asegúrese de escribir un usuario fácil de recordar. Puede utilizar la misma dirección de correo electrónico que utilizó originalmente.

Paso 10 Una vez registrado, se encontrará en la página de inicio.

Página de inicio

El portal le dará acceso para ver su historial de recetas, consultar precios de medicamentos y encontrar farmacias participantes.

Formulario WELCOME (Bienvenido) con secciones para LOOK UP DRUG COSTS, FIND A NETWORK PHARMACY, SEE WHAT'S COVERED y LEARN ABOUT YOUR DRUGS.



US-RX CARE - BÚSQUEDA DE FARMACIAS DE BAJO COSTO

A través de la web, entre a: <https://usrxcare.com/member>

Haga click en la pestaña Pharmacy Search (búsqueda de farmacias). Desplace hacia abajo la pestaña, en la esquina inferior derecha encontrará la búsqueda de farmacias.

Pharmacy Search

Búsqueda de farmacias

Lowest cost pharmacy search.

Búsqueda de farmacias de menor

Enter zip code(s)

Go

To enter more than one zip code, separate them with comma

☐ Lowest Cost Pharmacies ☒ All Pharmacies

Farmacias de menor costo Todas las farmacias

“Todas las farmacias” (Ejemplo)

Pharmacy Search

Lowest cost pharmacy search.

33009

Go

To enter more than one zip code, separate them with comma

☐ Lowest Cost Pharmacies ☒ All Pharmacies

Your search returned **13** locations.

Pharmacies highlighted in **green** are the lowest cost options and ones highlighted in **red** are higher cost options.

Pharmacy Name: BUDGET DRUGS

Address: 2500 E HALLANDALE BEACH BLVD
HALLANDALE BEACH, FL 33009

Phone: (954) 457-8011

Fax: (954) 457-7164

Open 24hrs?: No

Pharmacy Name: CVS PHARMACY #10078

Address: 2101 E HALLANDALE BEACH BLVD
HALLANDALE BEACH, FL 33009

Phone: (954) 457-4949

Fax: (401) 770-7108

Open 24hrs?: Yes

Pharmacy Name: DIRECT MEDS OF FLORIDA AND
PERSONAL BOTTOMS

Address: 800 E HALLANDALE BEACH BLVD
STE 18
SUITE 17 AND 18
HALLANDALE BEACH, FL 33009

Phone: (954) 454-8118

Store hours can change without notice. Call pharmacy directly to confirm store hours.

“Farmacias de menor costo” (Ejemplo)

Pharmacy Search

Lowest cost pharmacy search.

33009

Go

To enter more than one zip code, separate them with comma

☒ Lowest Cost Pharmacies ☐ All Pharmacies

Your search returned **9** locations.

Pharmacies highlighted in **green** are the lowest cost options and ones highlighted in **red** are higher cost options.

Pharmacy Name: BUDGET DRUGS

Address: 2500 E HALLANDALE BEACH BLVD
HALLANDALE BEACH, FL 33009

Phone: (954) 457-8011

Fax: (954) 457-7164

Open 24hrs?: No

Pharmacy Name: DIRECT MEDS OF FLORIDA AND
PERSONAL BOTTOMS

Address: 800 E HALLANDALE BEACH BLVD
STE 18
SUITE 17 AND 18
HALLANDALE BEACH, FL 33009

Phone: (954) 454-8118

Fax: (954) 454-9898

Open 24hrs?: No

Pharmacy Name: LOCATEL HEALTH AND WELLNESS

Address: 1715 E HALLANDALE BEACH BLVD
HALLANDALE BCH, FL 33009

Phone: (954) 416-1202

Store hours can change without notice. Call pharmacy directly to confirm store hours.

¿ALGUNA PREGUNTA? LLAME A SERVICIOS AL MIEMBRO AT 1-877-200-5533



INSTRUCCIONES:

1. Escriba los códigos postales de interés

- a. Para ingresar más de un código postal, separe cada uno con un (por ejemplo, 22202,22214,22204)
- b. **Nota:** Solo se desplegarán las farmacias dentro de los códigos postales especificados.(Búsqueda por radio de distancia, próximamente)
 1. Intente buscar “mapa de códigos postales de estados unidos” en un motor de búsqueda de mapas interactivos gratuitos que pueden ayudar a identificar los códigos postales vecinos

2. Seleccione “Farmacias de menor costo” o “Todas las farmacias”

- a. Si seleccionó “Todas las farmacias”:
 - Se mostrarán todas las farmacias dentro de los códigos postales especificados
 - Las farmacias de menor costo aparecerán con un fondo verde.

Nota: es posible que no haya ninguna farmacia dentro de los códigos postales especificados, particularmente si es una zona rural o densamente poblado.

- b. Si seleccionó “Farmacias de menor costo”
 - Solo se mostrarán las farmacias de menor costo (si existen).
 - Si no se muestra ninguna farmacias:
 1. Pruebe utilizando códigos postales vecinos
 2. Pruebe “Todas las farmacias.”

Nota: la presencia de “Farmacias de mayor costo” NO garantiza la presencia de “Farmacias de menor costo” en los mismos códigos postales

Nota: Es posible que no haya farmacias dentro de los códigos postales especificados, especialmente si el código postal es zona rural o está densamente poblado.

3. Seleccione “Go” (Ir)

Nota: debe seleccionar “Ir” cada vez que se agregan o cambian los códigos postales, o se cambia entre “Todas las farmacias” y “Farmacias de menor costo”.

4. Confirme el horario de la tienda llamando al número de teléfono proporcionado por cada farmacia.



ACCIONES A TOMAR CUANDO UN MEDICAMENTO RECETADO REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA

¿Por qué algunos medicamentos requieren autorización previa para la cobertura del plan?

Los medicamentos que requieren autorización previa de su plan de salud, pasan por un proceso de revisión para evaluar si el medicamento es o no reembolsable según el plan. Como parte del proceso de revisión, se contacta al médico que prescribe para obtener el historial médico y otros registros necesarios para completar la revisión.

Tenga en cuenta que el proceso de autorización previa sigue los pasos requeridos por su plan de salud y se aplica de manera uniforme y consistente para todas las personas inscritas en el plan. Los representantes DE US-RX Care con gusto lo ayudarán a comprender y navegar el proceso, pero no pueden modificar el proceso ni eludir los criterios de cobertura del plan para casos individuales.

Estos son los pasos que puede seguir según el estado del medicamento solicitado en el proceso de autorización previa.

Escenario 1: US-Rx Care se comunicó con su médico para obtener la información necesaria para realizar una revisión de autorización previa.



Paso s a seguir

Llame a su médico para asegurarse de que proporcionen a US-RX Care.

La razón más común de retraso es la falta de respuesta o una respuesta incompleta del médico que prescribe. Un formulario de autorización previa está disponible en www.usrxcare.com/providers para que los médicos lo completen y lo envíen a US-Rx Care junto con los registros médicos necesarios.

Escenario 2: Se ha denegado una solicitud de autorización previa por falta de información recibida del prescriptor.

Pasos a seguir

La razón más común de retraso es la falta de respuesta o una respuesta incompleta del médico que prescribe.

Llame a su médico para asegurarse de que proporcionen a US-Rx Care TODOS los documentos solicitados. Si creen que han proporcionado todos los documentos necesarios, pídales que llamen a la línea de asistencia para recetadores de US-Rx Care al **877-249-8892** para confirmar qué información faltante impide completar la revisión de la autorización previa.



Escenario 3: Se ha aprobado una solicitud de autorización previa.

Pasos a seguir

Llame a su médico para recibir instrucciones especiales. Si el medicamento solo se puede obtener en una farmacia especializada, a su médico se le ha proporcionado el nombre y la información de contacto de la farmacia.

Los medicamentos especializados generalmente requieren un manejo especial y, por lo tanto, los dispensan farmacias especializadas en este tipo de medicamentos. Todos los demás medicamentos puede surtirlos en cualquier farmacia minorista local o la farmacia de pedidos por correo del plan. Siempre se recomienda que sus primeros 1 o 2 surtidos provengan de una farmacia local (para asegurarse de que todo sea como se espera con el medicamento), antes de enviar por correo suministros para 90 días.

La farmacia dispensadora necesitará una receta de su médico (que puede recibir electrónicamente, fax o teléfono). Confirme con su médico dónde se dispensará el medicamento y asegúrese de que su médico envíe una receta allí para que se le surta.

Escenario 4: Se ha aprobado una un medicamento alternativo al solicitado por su médico.

Pasos a seguir

A través del proceso de revisión para la autorización previa, se puede aprobar un medicamento alternativo en lugar del medicamento solicitado originalmente por su médico. Puede haber múltiples razones cuando esto sucede, incluyendo una o más de las siguientes:

- El medicamento solicitado no está cubierto por el plan (artículo no incluido en el formulario/no cubierto).
- El medicamento alternativo es una terapia de “primera línea” requerida, antes de agregar o tomar una terapia de “segunda línea” solicitada.
- El medicamento solicitado no está aprobado por la FDA para el uso recetado o no es un estándar de atención reconocido.

Las alternativas aprobadas son siempre terapias bien establecidas, seguras y efectivas para la afección que se está tratando. Pídale a su médico que envíe

una receta a la farmacia para que pueda comenzar a tomar su medicamento de inmediato. Si usted o su médico no están de acuerdo con el resultado de una revisión de autorización previa, puede presentar una apelación. El proceso de apelación se puede encontrar en el documento de beneficios de su plan, o puede comunicarse con US-Rx Care al **877-249-8892** para obtener instrucciones. Es posible que su médico desee que comience a tomar la terapia aprobada, durante el proceso de apelación, para que no se quede sin ningún medicamento para su afección. Es posible que descubra que la terapia aprobada funciona bien para usted.

Escenario 5: Un medicamento solicitado por su médico no está cubierto por el plan y no se puede aprobar ninguna alternativa según el plan.

Pasos a seguir

El motivo más común de denegación de cobertura es una afección que se está tratando y que no es elegible para la cobertura de medicamentos a través del plan. Por ejemplo, un fármaco utilizado con fines cosméticos, como las arrugas. En tales casos, no se cubriría ningún medicamento alternativo, nuevamente debido a la afección que se está tratando. Otra razón común es la falta de necesidad médica o el diagnóstico incorrecto de la afección a tratar. Por ejemplo, el uso de testosterona o de la hormona del crecimiento cuando los análisis de sangre requeridos muestran niveles normales de la(s) hormona(s).

Si usted o su médico no están de acuerdo con el resultado de una revisión de autorización previa, puede presentar una apelación. El proceso de apelación se puede encontrar en el documento de beneficios de su plan, o también puede comunicarse con US-Rx Care al **877-249-8892** para obtener instrucciones.

Si ninguno de los escenarios anteriores se ajusta a su caso, llame a US-Rx Care al **877-249-8892** para que un representante pueda ayudarlo a navegar su caso específico.

Tenga en cuenta que el proceso de autorización previa sigue los requisitos de su plan y se aplica de manera equitativa y uniforme para todas las personas inscritas en el plan.

CONSEJOS ÚTILES Y PASOS A SEGUIR CUANDO ALGO IMPIDE QUE SU FARMACIA DISPENSE MEDICAMENTOS

ESCENARIO 1:

El medicamento no está cubierto

Pasos a seguir

1. Consulte la lista de medicamentos cubiertos por el plan (formulario) para confirmar que el medicamento no está cubierto. Puede estar cubierto, pero requiere autorización previa.

El formulario está disponible en las siguientes fuentes:

- Portal de miembros www.usrxcare.com/member
- Una versión PDF de RRHH
- La línea de ayuda de US-Rx Care al **1-877-200-5533**

2. Si el medicamento no está cubierto, comparta la lista de medicamentos cubiertos por el plan (formulario) con su médico y pídale que seleccione una alternativa y envíe una nueva receta a la farmacia.



ESCENARIO 2:

El medicamento requiere autorización previa

Pasos a seguir

1. Puede buscar proactivamente el medicamento en el portal para miembros: www.usrxcare.com/member para ver si se requiere autorización previa.
2. Aunque su farmacéutico normalmente informará a los médicos cuando una receta requiera autorización previa, usted también puede ayudar.

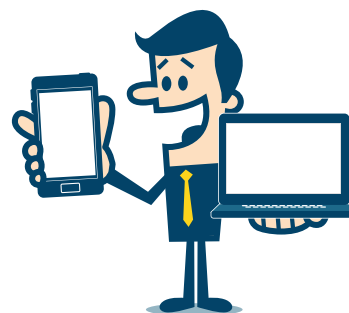


- Llame a su médico para asegurarse de que se comuniquen con US-Rx Care para iniciar el proceso de autorización previa.
 - Un formulario de autorización previa está disponible en www.usrxcare.com/providers para que los médicos completen y envíen a US-Rx Care.
3. Si usted o su médico no están de acuerdo con el resultado de una revisión de autorización previa, puede presentar una apelación. El proceso se encuentra en el documento de beneficios del plan o también puede comunicarse al **800-340-6746** para obtener instrucciones sobre la apelación.

ESCENARIO 3:

La farmacia quiere cobrarle más que EL copago por un medicamento cubierto

Pasos a seguir



1. Acceda al portal para miembros en www.usrxcare.com/member para determinar si su deducible se alcanzó o si el medicamento no es un artículo cubierto por el plan. También puede comunicarse con Servicios para Miembros al **1-877-200-5533** para confirmar la cobertura.
2. Además, el medicamento puede ser objeto de cobertura bajo uno o más programas de acceso de bajo costo/sin costo, como la asistencia de copago del fabricante o ScriptSourcing.

Es posible que un representante ScriptSourcing ya se haya comunicado con usted para inscribirlo. Puede comunicarse con un representante de ScriptSourcing al **410-902-8811** para confirmar si el medicamento está destinado a uno de estos programas. Le ayudarán a ponerse en contacto con un especialista en inscripción.



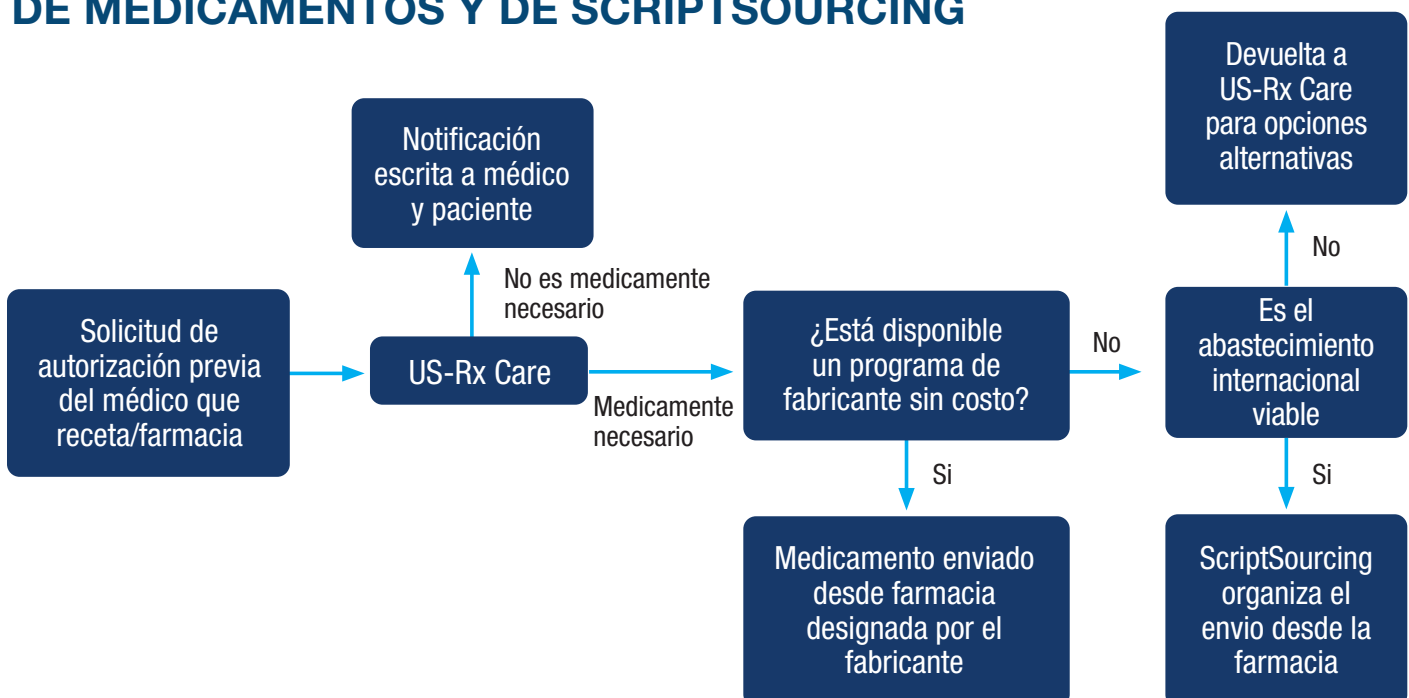
¿Sabía usted?

HAY UNA OPCIÓN SIN COSTO INTEGRADA EN SU BENEFICIO DE MEDICAMENTOS RECETADOS.

Esta opción está disponible a través de un programa llamado **ScriptSourcing**. Los medicamentos que requieren autorización previa a través de US-Rx Care (el administrador de beneficios de farmacia del plan) y que se determina que son medicamento necesarios se remiten a ScriptSourcing. Un representante de **ScriptSourcing** se comunicará con usted para ver si califica para obtener sus medicamentos GRATIS. No se aplican copagos ni deducibles para los medicamentos obtenidos a través del programa ScriptSourcing.

Si califica para un programa directo del fabricante, su medicamento será enviado desde un fabricante-farmacia designada GRATIS. Para los medicamentos a los que no se puede acceder a través de esta opción, ScriptSourcing puede organizar la entrega a domicilio de su medicamento enviado directamente desde una farmacia internacional en países como Canadá, Inglaterra, Nueva Zelanda o Australia, nuevamente, sin costo alguno para usted.

FLUJO DEL PROCESO DE AUTORIZACIÓN PREVIA DE MEDICAMENTOS Y DE SCRIPTSOURCING





RECETAS POR CORREO

Las recetas de pedido por correo de US-Rx Care para medicamentos que no son de especialidad se entregan a través de Prescription Mart, su farmacia de pedido por correo contratada.

Información para médicos que recetan

Su médico puede:

- Recetar electrónicamente directamente a: Prescription Mart (NPI: 1821120981)
- Enviar recetas por fax a: 409-866-1317

Nota: La farmacia solo puede aceptar recetas enviadas por fax recibidas directamente de la oficina de su médico que receta.

Información de contacto de farmacia

Teléfono: 800-630-3206

Horarios de farmacia

Lunes a viernes	7 am – 6 pm CST
Sabados	7 am – 1 pm CST
Domingos	Cerrado

Dirección de correo de farmaci
Prescription Mart
P.O. Box 12607
Beaumont, TX 77726

Debe registrarse antes de obtener sus medicamentos. Hay dos formas de registrarse:

- **En Línea:** Para un registro más rápido, simplemente regístrese en línea en www.presmartinc.com
- **Por correo:** Para asegurarse de que la farmacia tenga toda la información necesaria antes de dispensarle el medicamento, complete el formulario adjunto at www.prescriptionmartpharmacy.com/patient-profile-form y envíelo por correo junto con sus recetas a Prescription Mart.

Prescription Mart se comunicará con usted por teléfono antes de enviarle su medicamento por correo. Además, verificarán que se esté dispensando el medicamento correcto, confirmarán la información de su tarjeta de crédito para fines de facturación y verificarán sus instrucciones de envío.

Si tiene preguntas generales sobre su beneficio de farmacia, comuníquese con servicios para miembros de US-Rx Care en (877) 200-5533.



FORMULARIO DE REEMBOLSO DIRECTO A MIEMBROS

Nota: Favor enviar a US-Rx Care en los 14 días después de la compra

Envíe por correo o fax este formulario y una copia del recibo de

Dirección: 4600 Sheridan Street, Suite 200, Hollywood, FL 33021

Fax: 888-389-9668

Empleador

Nombre del paciente

Apellido del empleado (molde)

Primer nombre

Inicial

Segundo nombre

Número

de identificación de miembro

Dirección de casa del empleado

Ciudad

Estado

Código postal

Nombre y teléfono de la farmacia

Días de abastecimiento

Cantidad dispensada

NDC (si está disponible)

Fecha de entrega

*Solo las compras de recetas cubiertas por su plan de beneficios son elegibles para reembolso.
El monto de reembolso elegible es hasta el monto contratado de la red menos el copago
aplicable según el plan de beneficios.*

Nombre

Firma

Fecha

US-Rx Care

4600 Sheridan Street, Suite 200
Hollywood, FL 33021



ASPECTOS DESTACADOS DEL PROGRAMA COPAYASSIST

Como participante de nuestro plan de salud, tiene un nuevo programa disponible. Se ha incorporado al plan de beneficios de farmacia de la compañía bajo US-Rx Care llamado Programa **CopayAssist**.

CopayAssist es un programa que utiliza los fondos disponibles a través de los fabricantes de medicamentos para cubrir una cantidad significativa del costo de más de 360 medicamentos especiales y de alto costo. En el pasado, es posible que las farmacias pusieran a disposición asistencia para copagos para algunos participantes del plan, pero el programa **CopayAssist** garantiza que todos los miembros elegibles puedan aprovechar los subsidios para copagos a través de los fabricantes de medicamentos cuando estén disponibles.

Si le recetaron un medicamento elegible para financiamiento a través del programa **CopayAssist**, US-Rx Care se comunicará con usted para informarle sobre los detalles del programa y ayudarlo en el proceso de inscripción. Tenga en cuenta que si está tomando un medicamento elegible para el programa **CopayAssist** y elige no participar, el costo de su bolsillo por medicamentos según el plan podría aumentar hasta en un 100 % del costo del medicamento. Por lo tanto, es importante que se comunique con US-Rx Care para confirmar su elegibilidad para esta importante opción de beneficios si se comunican con usted.

Por favor, asegúrese de que su número de teléfono de contacto principal esté actualizado con la Oficina de beneficios para que US-Rx Care pueda comunicarse con usted de manera oportuna. Puede comunicarse con los representantes de US-Rx Care **CopayAssist** al **1-800-490-3550**.

Sus comunicaciones con US-Rx Care siempre serán estrictamente confidenciales.



PREGUNTAS FRECUENTES DE COPAYASSIST

1. ¿Por qué el copago aumentó repentinamente para mi medicamento especializado?

Si le recetan un medicamento que es elegible para el programa CopayAssist, US-Rx Care se comunicará con usted (por correo y por teléfono) para ayudarlo con la inscripción. Cuando US-Rx Care puede utilizar la asistencia de copago del fabricante para un medicamento, el costo de su bolsillo se reduce a cero (o, en algunos casos, una cantidad baja requerida por el fabricante). Si recibió una carta o un mensaje telefónico de US-Rx Care, pero no ha respondido, llame al (877) 200-5533 para hablar con un representante de US-Rx Care. Cuanto antes se comunique con US-Rx Care, mejor, para que no pague de más por sus medicamentos.

Tenga en cuenta que si elige no participar en el programa CopayAssist, el costo de su bolsillo por medicamentos según el plan podría aumentar hasta en un 100 %, según su plan.

Por lo tanto, es importante que se comunique con US-Rx Care lo antes posible para confirmar su elegibilidad para esta importante opción de beneficios.

2. ¿Qué puedo esperar del equipo de atención de US-Rx?

Si actualmente toma uno o más medicamentos para los cuales hay asistencia de copago disponible, puede esperar una llamada telefónica de US-Rx Care para ayudarlo a inscribirse en los programas de asistencia de

copago correspondientes. El Equipo continuará monitoreando sus reclamos mientras toman su medicamento elegible para asistencia con copagos y asegurarse de que sus copagos se procesen correctamente. Los representantes de US-Rx Care también están disponibles para ayudarlo con cualquier pregunta o inquietud que pueda tener con respecto al programa.

3. En el pasado, cuando usaba un programa de asistencia de copago del fabricante, el fabricante cubría mis gastos de bolsillo en su totalidad, dejándome un saldo de cero, y la cantidad que contribuyó el fabricante (la cantidad que no tuve que pagar) también se acumuló hacia mi deducible y gastos de bolsillo. Si me inscribo a través de CopayAssist, el monto que no pagué ya no se acumula para mi deducible y costo de bolsillo. Prefiero utilizar el programa de asistencia de copago del fabricante por mi cuenta, por lo que los montos que no pagué aún se acumulan para mi deducible y costos de desembolso personal.

Según el plan de la compañía, usted es responsable de cumplir con los montos de deducibles y de desembolso correspondientes antes de que se apliquen otros beneficios. Por lo tanto, solo los montos que realmente pagó se aplican a su deducible y máximo anual de gastos de bolsillo. El uso de la asistencia de copago del fabricante, aunque también es un beneficio para usted y para el plan, no pretende ser un medio para eludir (o eliminar) el requisito de satisfacer el deducible o el desembolso máximo anual según el plan.



A través del programa CopayAssist, se realiza el seguimiento de su gasto de bolsillo real a lo largo de cada año de beneficios, para garantizar que obtenga el máximo beneficio de los programas de asistencia de copago disponibles del fabricante, al mismo tiempo que refleja correctamente los montos que realmente pagó por su medicamento.

No es nuestra intención hacer correcciones retroactivas a su deducible y gastos máximos anuales de su bolsillo en función de cualquier uso anterior por su parte de un programa de asistencia con copagos del fabricante por su cuenta; sin embargo, el uso futuro de la asistencia con copagos del fabricante debe reflejarse con precisión; en montos que se acumulan para su deducible y desembolso anual máximos de bolsillo.

Tome en cuenta que si elige no participar en el programa CopayAssist, el costo de su bolsillo por medicamentos según el plan podría aumentar hasta en un 100%.

4. Mi estado aprobó una ley que requiere que los fondos aplicados a los programas de asistencia de copago del fabricante también se apliquen a cualquier deducible y desembolso máximo anual.

A través de amplios esfuerzos de influencia política por parte de los fabricantes de medicamentos, algunos estados han aprobado leyes que se aplican únicamente a los planes de salud totalmente asegurados.

El plan de salud de la empresa es un plan autofinanciado (o auto asegurado) financiado directamente a través de la empresa, no a través de una aseguradora externa. La ley federal establece las normas para los planes de salud autofinanciados en la industria privada. De acuerdo con la ley federal, solo las cantidades reales aportadas por usted para el costo de su medicamento se aplican a su deducible y gasto máximo anual de su bolsillo.