

\$10/\$35/\$60 Individual Prescription Drug Benefit Summary



This is a summary of your prescription drug benefits and Drug Fees under the Sierra Health and Life Insurance Company, Inc. (SHL) Prescription Drug Benefit Rider. A complete list of Preferred Covered Drugs can be obtained by calling SHL's Member Services Department at (702) 242-7700 or 1-800-888-2264. For more information, visit www.sierrahealthandlife.com. The Insured will pay the lowest Drug Fee for prescribed Preferred Generic Covered Drugs.

Commonly Used Plan Terms

Covered Drugs

All prescriptions must be written for Covered Drugs in order to be eligible for payment under the Plan. Covered Drugs are those which are obtained with a prescription, approved by the FDA, dispensed by a licensed pharmacist and not excluded by the Plan. Benefits for certain medically necessary Covered Drugs may require prior authorization from SHL. If such Covered Drugs are provided without prior authorization, benefits are reduced by 50% of what the Insured would have received with prior authorization.

Plan Pharmacies

Insured has access to local outlets of nationally recognized pharmacy chains. Plan Pharmacies are listed in the SHL Provider Directory.

Maintenance Drugs

Certain Preferred Maintenance Drugs may be available for up to a 90-day Maintenance Supply. This benefit allows the Insured to take advantage of our money-saving Mail Order prescription program. Examples of Preferred Maintenance Drugs include medications that are used to treat certain chronic, life threatening or long-term conditions such as diabetes, heart disease, high blood pressure and arthritis.

Retail Plan Pharmacy

Tier I: Preferred Generic Covered Drug	\$10 Drug Fee - up to a 30-day Therapeutic Supply
Tier II: Preferred Brand Name Covered Drug*	\$35 Drug Fee - up to a 30-day Therapeutic Supply
Tier III: Non-Preferred Generic or Brand Name Covered Drug*	\$60 Drug Fee - up to a 30-day Therapeutic Supply

***If a Generic Covered Drug equivalent is available, Insured pays the Tier I Covered Drug Fee plus the difference between the EME** of the Generic Covered Drug and the EME of the Brand Name Covered Drug to the Plan Pharmacy for each Therapeutic Supply.**

Retail Non-Plan Pharmacy

Prescriptions can also be filled at Non-Plan Pharmacies. When a Covered Drug is dispensed by a Non-Plan Pharmacy, the Insured will pay the full cost of the Covered Drug and submit a claim form to SHL for reimbursement. SHL pays 70% of EME for Covered Drugs less the applicable Generic, Brand Name or Non-Preferred Drug Fee per Therapeutic Supply.

Mail Order Plan Pharmacy

Preferred Maintenance Covered Drugs

The Insured pays two (2) of the applicable Drug Fees as outlined above for up to a 90-day Maintenance Supply for Preferred Maintenance Covered Drugs. Benefits for Mail Order prescriptions are available through the contracted SHL Mail Order Plan Pharmacy.

**EME (Eligible Medical Expenses) means the network pharmacy contracted cost of the Covered Drug to the Plan. Prescription drug benefits are subject to Exclusions and Limitations which are shown in the Prescription Drug Benefit Rider, Form No. SHL-IPPO-3TierSIO-2006, SHL Agreement of Coverage, Attachment A Benefit Schedule, and any other applicable Riders. Copies of these documents are available upon request. Plan documents govern in resolving any benefit questions or payments. This is a summary of covered prescription drugs.

(03/09-PDF)

41NVSHL07415

PD-4435

\$10/\$35/\$60 Resumen de los beneficios individuales de medicamentos con receta



Éste es un resumen de sus beneficios de medicamentos con receta y Tarifas por medicamento dentro del Anexo de Beneficios de medicamentos con prescripción médica del Sierra Health and Life (SHL). Es posible conseguir una lista completa de los Medicamentos cubiertos genéricos preferidos llamando al Departamento de Servicios al Miembro al teléfono (702) 242-7700 o 1-800-888-2264. Si desea más información, visite www.sierrahealthandlife.com. El Asegurado pagará la Tarifa por medicamento más bajo por los Medicamentos cubiertos genéricos preferidos que le receten.

Términos del plan utilizados comúnmente

Medicamentos cubiertos

Todas las recetas deben incluir Medicamentos cubiertos con el fin de que el Plan realice los pagos correspondientes. Los Medicamentos cubiertos son aquellos que se obtienen mediante receta, que están aprobados por la FDA, que expida un farmacólogo registrado y que no estén excluidos por el Plan. Los beneficios para algunos de los Medicamentos cubiertos médicamente necesarios requieren autorización previa de SHL. Si los Medicamentos cubiertos se surten sin una autorización previa, los beneficios se reducen en un 50% de lo que hubiera recibido el Asegurado con autorización previa.

Farmacias del Plan

El Asegurado tiene acceso a las sucursales locales de las cadenas de farmacias reconocidas en todo el país. Las Farmacias del Plan están incluidas en el Directorio de Proveedores de SHL.

Medicamentos de mantenimiento

Algunos Medicamentos de mantenimiento preferidos pueden ser sujetos de una Provisión de mantenimiento de hasta 90 días. Este beneficio le permite al Asegurado aprovechar nuestro programa de surtido de recetas por Encomienda postal que le permite economizar dinero. Entre los ejemplos de Medicamentos de mantenimiento preferidos se incluyen aquellos que se utilizan para tratar enfermedades crónicas, riesgosas o prolongadas como la diabetes, las cardiopatías, la hipertensión y la artritis.

Farmacia minorista perteneciente al Plan

Nivel I: Medicamento cubierto genérico preferido	Tarifa por medicamento de \$10 por Provisión terapéutica de hasta 30 días
Nivel II: Medicamento cubierto preferido de marca*	Tarifa por medicamento de \$35 por Provisión terapéutica de hasta 30 días
Nivel III: Medicamento genérico no preferido o Medicamento cubierto de marca*	Tarifa por medicamento de \$60 por Provisión terapéutica de hasta 30 días

***Si se tiene disponible un medicamento genérico equivalente cubierto, el Asegurado pagará la Tarifa de medicamentos cubiertos de Beneficios I más la diferencia entre el EME** del medicamento cubierto genérico y el EME del medicamento cubierto de marca a la Farmacia dentro del plan para cada suministro Terapéutico.**

Farmacia minorista no perteneciente al Plan

También se pueden preparar las recetas en Farmacias no participantes en el Plan. Cuando una Farmacia no perteneciente al Plan surta un Medicamento cubierto, el Asegurado pagará el costo total de dicho medicamento y solicitará un reembolso mediante la presentación de un formulario de reclamo a SHL. SHL pagará el 70 por ciento del EME por los Medicamentos cubiertos menos la Tarifa por medicamentos genéricos, de marca o no preferidos por Provisión Terapéutica.

Farmacia por Encomienda Postal Perteneciente al Plan

Medicamentos de mantenimiento cubiertos preferidos

El Asegurado pagará dos (2) de las Tarifas por medicamento aplicables, según se indicó anteriormente por una Provisión de mantenimiento de hasta 90 días por Medicamentos de mantenimiento cubiertos preferidos. Los beneficios para recetas por encomienda postal se encuentran disponibles a través de la farmacia de encomienda postal contratada por SHL.

**EME (Gastos médicos elegibles) se refiere al costo para el Plan por el Medicamento cubierto y que fue contratado con la farmacia de la red. Los beneficios por medicamentos que se expiden con receta médica están sujetos a Exclusiones y limitaciones adicionales que se muestran en la Cláusula adicional de beneficios de medicamentos bajo receta, Formulario No. SHL-IPPO-3TierSIO-2006, en el Acuerdo de Cobertura de SHL, Lista de beneficios Anexo A y cualesquier otras Cláusulas aplicables. Se pueden solicitar copias de estos documentos. Los documentos del Plan serán los que rijan cuando se trate de resolver cualquier pregunta sobre beneficios o pagos. Este es un resumen de los medicamentos cubiertos que se expiden con receta médica.