



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

This is a summary of your prescription drug benefits and copayments under the Health Plan of Nevada (HPN) Prescription Drug Benefit Rider. A complete list of Preferred Covered Drugs can be obtained by calling HPN's Member Services Department at (702) 242-7300 or 1-800-777-1840. For more information, visit our web site at [www.healthplanofnevada.com](http://www.healthplanofnevada.com). Members will pay the lowest copayment when their Providers prescribe 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, prescribed by a Plan Provider and not excluded by the Plan. Benefits for certain medically necessary Covered Drugs may require prior authorization from HPN. If such Covered Drugs are provided without prior authorization, there is no benefit coverage.

#### Plan Pharmacies

Members have access to local outlets of nationally recognized pharmacy chains. Plan Pharmacies are listed in the HPN Provider Directory. Prescriptions must be filled at Plan Pharmacies in order for benefits to be payable, unless dispensed in connection with an emergency or urgent condition.

#### Maintenance Drugs

Certain Preferred Maintenance Drugs may be available for up to a 90-day Maintenance Supply. This benefit allows members 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

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

**\*If a Generic Covered Drug equivalent is available, Member pays the Tier I Covered Drug copayment 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.**

### Mail Order Plan Pharmacy

#### Preferred Maintenance Covered Drugs

The Member pays two (2) of the applicable copayments 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 HPN 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. HPN-NV-Ind-3TierSIO-2006, HPN Evidence 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.



**\$10/\$35/\$60**

## **Resumen de los beneficios individuales de medicamentos con receta**

Éste es un resumen de sus beneficios de medicamentos con receta y copagos dentro del Anexo de Beneficios de medicamentos con prescripción médica del Health Plan of Nevada (HPN). Es posible conseguir una lista completa de los Medicamentos cubiertos genéricos preferidos llamando al Departamento de Servicios al Miembro al teléfono (702) 242-7300 o 1-800-777-1840. Si desea más información, visite nuestro sitio web [www.healthplanofnevada.com](http://www.healthplanofnevada.com). Los asegurados pagarán el copago más bajo cuando sus Proveedores le receten Medicamentos cubiertos genéricos preferidos.

### **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, que recete un Proveedor del Plan y que no estén excluidos por el Plan. Los beneficios para algunos de los Medicamentos cubiertos médicamente necesarios requieren autorización previa de HPN. Si esos Medicamentos Cubiertos se suministran sin autorización previa, no es un beneficio cubierto.

#### *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 HPN. Las recetas deberán surtirse en Farmacias del Plan para que se paguen los beneficios, a no ser que se hayan surtido en caso de emergencia o por algún problema urgente.

#### *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**

<b>Nivel I: Medicamento cubierto genérico preferido</b>	Copago de \$10 por Provisión terapéutica de hasta 30 días
<b>Nivel II: Medicamento cubierto preferido de marca*</b>	Copago de \$35 por Provisión terapéutica de hasta 30 días
<b>Nivel III: Medicamento genérico no preferido o Medicamento cubierto de marca*</b>	Copago de \$60 por Provisión terapéutica de hasta 30 días

**\*Si se tiene disponible un medicamento genérico equivalente cubierto, el Miembro paga el copago 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 por Encomienda Postal Perteneciente al Plan**

#### **Medicamentos de mantenimiento cubiertos preferidos**

El Miembro paga dos (2) de los copagos 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 HPN.

\*\*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. HPN-NV-Ind-3TierSIO-2006, en el Certificado de Cobertura de HPN, 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.