

This document constitutes a Summary of Material Modifications (SMM) under the Employee Retirement Income Security Act of 1974, as amended, and summarizes recent actions taken by the Board of Trustees of UNITE HERE HEALTH. It describes benefit and administrative changes affecting the information included in your Summary Plan Description (the SPD).

Please read this information carefully; then, keep it with your SPD for future reference. Except as described in this SMM, the information otherwise contained in your SPD continues to apply.

Out-of-Pocket Limit Changes

This change only applies to the Base Plan, Alternate Plan I, and Alternate Plan II

Effective as of April 1, 2014, the non-network out-of-pocket limits are removed. However, the network out-of-pocket limits will remain in effect.

In addition, a new safety net limit is added. Your out-of-pocket costs, including most covered network expenses for copays, deductibles, and your share of costs after the Plan has paid its share, will not exceed \$6,350 per person and \$12,700 per family in a calendar year. Non-network expenses, expenses the Plan does not cover, charges in excess of any maximum benefit, copays for prescription drugs purchased through the Prescription Drug Program, dental or vision care expenses, and amounts you pay when the Medical Management Review Program is not followed will not count toward the safety net limit. These expenses will also not be paid at 100% once the safety net limit is met.

This change only applies to 174 Alternate Plan III

Effective as of April 1, 2014, the annual out-of-pocket limits are changed from \$5,000 **to \$6,350 per person and** from \$15,000 **to \$12,700 per family.**

The out-of-pocket limit includes most of your out-of-pocket costs for covered network medical expenses, including copays, deductibles, and your share of covered network expenses after the Plan has paid its share.

The following out-of-pocket expenses will not apply to the out-of-pocket limit, and the Plan will not pay 100% for these expenses, even if your out-of-pocket expense has been met:

- Non-network expenses;
- Expenses the Plan does not cover;
- Charges in excess of any maximum benefit;
- Copays for prescription drugs purchased through the Prescription Drug Program;
- Dental or vision care expenses; and

- Amounts you pay when the Medical Management Review Program is not followed.

Additions to the List of Preventive Care Paid at 100%

Beginning on and after April 1, 2014, the following services and supplies are considered preventive care and are available at no cost to qualifying individuals:

- Exercise or physical therapy and vitamin D supplementation to prevent falls in community-dwelling adults age 65 or older who are at increased risk for falls; and
- Counseling for children, adolescents, and young adults aged 10 to 24 years who have fair skin about minimizing their exposure to ultraviolet radiation to reduce risk for skin cancer.

See your SPD for more information about preventive care.

Definition of a Provider Expanded

Effective as of April 1, 2014, the definition of a covered provider is expanded to include a person who is licensed to practice any of the branches of medicine and surgery by the State in which such individual practices, provided such individual is practicing within the scope of his or her license.

Additions to the List of Exclusions

Effective as of April 1, 2014, the following services and supplies are not covered:

- Massage therapy, rolfing, acupressure, or biofeedback training;
- Naturopathy or naprapathy;
- Athletic training;
- Services provided by or through a school, school district, or community or state-based educational or intervention program, including but not limited to any part of an Individual Education Plan (IEP);

If you have any questions about this material, please call (866) 686-0003.

www.uniteherehealth.org

- Court-ordered or court-provided treatment of any kind, including any treatment otherwise covered by this Plan when such treatment is ordered as a part of any litigation, court ordered judgment or penalty;
- Treatment, therapy, or medication designed to correct a potentially harmful habit rather than to treat a specific disease, other than services or supplies specifically stated as covered;
- Megavitamin therapy, primal therapy, psychodrama, or carbon dioxide therapy;
- Genetic testing or counseling unless the result of the test will directly impact the treatment of a patient with a diagnosed medical condition; and
- Christian Science.

Improved Mental Health and Substance Abuse Treatment Benefits

Effective April 1, 2014, your covered expenses for mental health and substance abuse treatment will be paid substantially the same as your covered expenses for medical and surgical care. Benefits paid by the Plan for mental health and substance abuse treatment are changing as follows:

<i>An Overview of Your Improved Mental Health and Substance Abuse Treatment Benefits</i>		
Treatment	Network	Non-Network
Inpatient	Once you have met the calendar year deductible, the Plan pays 80% (90% for the Base Plan) of the remaining covered expenses until the out-of-pocket limit is met.	Once you have met the calendar year deductible, the Plan pays 60% of the remaining covered expenses.
	<i>Benefits may be reduced by \$150 or denied entirely if the Care Coordinators are not contacted. Call the Care Coordinators at (866) 686-0003.</i>	
Outpatient	You pay a \$10 copay for each office visit. The Plan pays 100% of the remaining covered expenses.	Once you have met the calendar year deductible, the Plan pays 60% of the remaining covered expenses.

Coverage for Clinical Trials Expanded

Effective as of April 1, 2014, routine patient costs for clinical trials will be covered, provided such routine costs:

- Are ancillary to participation in the clinical trial and would otherwise be a covered expense if the patient were not participating in the trial;
- Are not for any device, item, service or drug that is being studied as part of the trial, or are provided solely for data collection and analysis purposes instead of for clinical management of the patient;
- Are not directly supplied, provided, or dispensed by the provider of the clinical trial;
- Satisfy the protocols prescribed by the clinical trial provider;
- Are not inconsistent with widely accepted and established standards of care for a patient's diagnosis;
- Are not provided by a non-participating provider if a participating provider is willing to accept the patient into the trial; and
- The patient provides the Plan with medical and scientific information establishing that participation in the clinical trial would be medically appropriate.

Effective as of April 1, 2014, the Care Coordinators must be pre-notified of any clinical trial. A \$150 penalty may apply, or benefits may be denied entirely, if the pre-notification rules are not followed. See your SPD for information about pre-notification requirements and the Care Coordinator Program.

Correction — Benefits for Glucometers

You previously received an SMM that stated that Plan benefits are only payable for glucometers purchased through Catamaran's Diabetic Sense program. However, the SMM should have stated that the Plan only pays benefits *under the Prescription Drug Benefit* for glucometers that are purchased through Catamaran's Diabetic Sense program. Glucometers not purchased through Catamaran's Diabetic Sense program may be covered under the Comprehensive Major Medical Benefit the same as for any other durable medical equipment.

Prescription Drug Prior Authorization List Expanded

Effective as of February 1, 2014, the list of drug categories in the prior authorization program has changed. If your doctor prescribes certain drugs in the following categories, the prior authorization program may require Catamaran to approve the drug before purchase. Or, you may have to try over-the-counter, generic, or formulary version of these drugs before authorizing higher-cost drugs (called “step therapy”).

The following list of drug categories in the prior authorization program replaces the one in your SPD. The drugs listed are examples of the most common classes, but may not include every drug in this program. If you have questions about whether a specific drug is part of the prior authorization program, contact Catamaran at (866) 884-4176.

PRESCRIPTION DRUG PRIOR AUTHORIZATION PROGRAM LIST

- | | | |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">■ Acne medications for individuals over age 25■ Alkylating agents■ Alpha-1 proteinase inhibitor■ Anabolic steroids■ Analgesics (both opioid and non-opioid)■ Androgens and antiandrogens■ Angiotensin II Receptor Blockers (ARBs)■ Antiangina■ Antibiotics■ Anticoagulants■ Anticonvulsants■ Antidepressants■ Antidiabetic agents■ Antiemetics■ Antifungals■ Anti-inflammatory biologic agents■ Antilipemic■ Antimalarial■ Antimicrotubular■ Antiretrovirals (for Hepatitis B and for HIV)■ Asthma/COPD drugs■ Atypical antipsychotics■ Basal insulin and other insulin■ Beta agonists■ Bisphosphonates■ Calcium modifier■ Certain central nervous system drugs■ Collagenase■ Compounds costing \$125 or more■ Crinone, regardless of form administered■ Cystic fibrosis | <ul style="list-style-type: none">■ Cystine-depleting agents■ Depressant■ Certain dermatological drugs■ Diagnostics■ Diarrhea■ DPP-4 inhibitors■ Certain endocrine drugs■ Enzyme replacement■ Enzymes to treat gout■ Fenofibrates■ GLP-1 inhibitors■ Gonadotropins■ Growth hormones and related therapy■ Hematopoietic agents■ Hepatitis C agents■ Hormone replacement■ Hypnotics■ Immune globulins and certain other immunology drugs■ Inhaled corticosteroids/long-acting beta antagonists■ All injectables except<ul style="list-style-type: none">● Insulin● Imitrex● Glucagon● Bee sting kits● Rhogam● The initial prescription of anticoagulants■ Interferons■ Interleukins■ Intranasal steroids■ Kinase and molecular target inhibitors | <ul style="list-style-type: none">■ Leukotriene modifier■ Monoclonal antibodies■ Movement disorder agents■ Multiple sclerosis■ Neurotoxins■ Certain oncology drugs■ Ophthalmic prostaglandins and certain other ophthalmology drugs■ Opioid-induced constipation■ Osteoporosis■ Oxycontin■ Palladone■ Parkinson's■ Phenylketonuria treatment agents■ Prescription fish oil■ Proton pump inhibitors (PPIs)■ Pulmonary arterial hypertension■ Respiratory syncytial virus agents■ Retin-A and Avita for persons over age 30■ Sedative hypnotics (sleep aids)■ Selective serotonin uptake inhibitors■ Short bowel syndrome■ Somatostatin■ Stimulants■ Test strips■ Thalidomide-related agents■ Toxicology■ Triptans■ Viscosupplements■ Weight loss drugs■ Wound care supplies |
|--|--|---|

Quantity Limit Program Added

Effective as of February 1, 2014, a Quantity Limit Program is added to the Prescription Drug Program. Some drugs are commonly prescribed at dosages higher than approved by the FDA. Prescriptions for drugs in the Quantity Limit Program will only be filled up to the standard quantity limit approved by the FDA without prior authorization.

The drugs listed are examples of the most common classes, but may not include every drug in this program. If you have questions about whether a specific drug is part of the quantity limit program, contact Catamaran at (866) 884-4176.

QUANTITY LIMIT PROGRAM LIST

- | | | |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">■ Allergy (intranasal)■ ADHD agents■ Alzheimer's agents■ Anabolic steroids■ Analgesics (both opioid and non-opioid)■ Androgens and antiandrogen■ Antibiotics■ Anticoagulants■ Anticonvulsants■ Antidepressants■ Antiemetics■ Antifungals■ Anti-inflammatory (including biological agents)■ Antilipemic■ Antimalarials■ Antipsychotics■ Antiretrovirals (herpetic and influenza)■ Asthma/Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) drugs (inhaled or nebulized) | <ul style="list-style-type: none">■ Constipation■ Contraceptives■ Cystic fibrosis drugs■ Cystine-depleting agents■ Depressants■ Certain dermatological drugs■ Diabetic supplies■ Diagnostics■ Diarrhea■ Certain endocrinology■ Fertility agents■ Fibromyalgia■ Gonadotropins■ Growth hormones and related therapy■ Hematopoietic agents■ Hepatitis C agents■ Hormone replacement■ Interleukins■ Kinase and molecular target inhibitors■ Migraine■ Monoclonal antibodies | <ul style="list-style-type: none">■ Movement disorder agents■ Multiple sclerosis■ Certain central nervous system drugs■ Certain obstetrics and gynecology drugs■ Certain oncology drugs■ Certain ophthalmology drugs■ Osteoporosis drugs■ Overactive-bladder antispasmodics■ Prostaglandins■ Proton pump inhibitors (PPIs)■ Pulmonary hypertension drugs■ Respiratory syncytial viral agents■ Sedative hypnotics (sleep aids)■ Smoking cessation products■ Somatostatins■ Stimulants■ Vasopressin antagonists■ Viscosupplements■ Such other drugs or supplies as may be identified by, and based upon, clinical criteria used by Catamaran. |
|--|---|---|

Esta notificación constituye un Resumen de las Modificaciones a los Materiales (SMM, por sus siglas en inglés) en conformidad con la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974 y sus enmiendas, y describe las últimas decisiones tomadas por el Consejo de Fideicomisarios de UNITE HERE HEALTH. Aquí se describen los cambios administrativos y a los beneficios que afectan la información incluida en la Descripción Resumida del Plan (SPD, por sus siglas en inglés).

Por favor, lea atentamente esta información atentamente y guárdela junto con su SPD para futura referencia. Independientemente de las modificaciones que se describen en este SMM, la información que figura en su Descripción Resumida del Plan y los SMM aplicables continúan vigentes.

Límite de gastos directos

Esta modificación sólo se aplica al Plan Básico y a los Planes Alternativos I y II

A partir del 1 de abril de 2014, se eliminan los límites de gastos directos por servicios recibidos fuera de la red. Sin embargo, los límites de gastos directos por servicios recibidos dentro de la red seguirán vigentes.

Además, se agrega un nuevo límite de seguridad. Se establece el límite de \$6,350 por persona y \$12,700 por familia en gastos directos por servicios médicos recibidos dentro de la red por año calendario. Los gastos por servicios recibidos fuera de la red, los gastos que el Plan no cubre, los cargos que superan cualquier beneficio máximo, los gastos por medicamentos de venta bajo receta comprados a través del Programa de Medicamentos Recetados, los gastos por cuidados dentales o de la visión, y los montos que usted paga cuando no se aplica el Programa de Revisión de la Administración Médica no se contarán a la hora de calcular el límite de seguridad. Estos gastos tampoco se cubrirán al 100% una vez alcanzado el límite de seguridad.

Esta modificación sólo se aplica al Plan Alternativo III 174

A partir del 1 de abril de 2014, se modifican los límites anuales de gastos directos de \$5,000 a \$6,350 por persona y de \$15,000 a \$12,700 por familia.

El límite de gastos directos incluye la mayoría de sus gastos directos por gastos médicos de la red cubiertos, incluyendo copagos, deducibles y la parte que usted paga por gastos de la red cubiertos luego de que el Plan haya pagado la parte que le corresponde.

Los siguientes gastos directos no se contarán a la hora de calcular el límite de gastos directos, y el Plan no pagará el 100% por dichos gastos, incluso aunque se haya alcanzado el límite de gastos directos:

- Gastos fuera de la red;
- Gastos que el Plan no cubre;
- Gastos que excedan cualquier beneficio máximo;
- Costos de medicamentos de venta bajo receta adquiridos a través del Programa de Medicamentos Recetados;
- Gastos por servicios dentales o de cuidados de la visión; y
- Montos que usted paga cuando no se aplica el Programa de Revisión de la Administración Médica.

Incorporaciones a la Lista de Cuidados Preventivos que se cubren al 100%

A partir del 1 de abril de 2014, los siguientes servicios e insumos se considerarán cuidados preventivos y estarán disponibles sin ningún costo para los individuos que cumplan los requisitos:

- Terapia de ejercicios o terapia física y suplementos de vitamina D para prevenir caídas para adultos de la comunidad de 65 años o más que presentan un riesgo elevado de sufrir caídas; y
- Asesoramiento para niños, adolescentes y adultos jóvenes de 10 a 24 años de tez blanca para minimizar su exposición a la radiación ultravioleta y reducir el riesgo de sufrir cáncer de piel.

Consulte su SPD para más información sobre cuidados preventivos.

Ampliación de la definición de proveedor

A partir del 1 de abril de 2014, la definición de proveedor cubierto se ampliará para incluir a cualquier persona que tenga licencia para ejercer cualquiera de las ramas de la medicina y cirugía otorgada por el estado en el cual ejerce dicha profesión, siempre que dicha persona actúe dentro del alcance de su licencia profesional.

Incorporaciones a la lista de exclusiones

A partir del 1 de abril de 2014, no se cubrirán los siguientes servicios y suministros:

- Terapia de masajes, rolfing, acupresión o entrenamiento por biorretroalimentación;
- Naturopatía o naprapatía;
- Entrenamiento atlético;
- Servicios prestados por o a través de una escuela, un distrito escolar o un programa educativo o de intervención basado en la comunidad o el estado, por ejemplo, cualquier parte de un Plan de Educación Individual (IEP);
- Cualquier tipo de tratamiento ordenado o proporcionado por un tribunal, que incluye cualquier tratamiento que de lo contrario estaría cubierto por este Plan cuando dicho tratamiento es ordenado judicialmente como parte de un litigio, un fallo o una sanción judicial;

Si tiene preguntas sobre este material, llamando sin cargo al (866) 686-0003.

www.uniteherehealth.org

- Tratamientos, terapias o medicamentos diseñados para corregir un hábito potencialmente nocivo y no para tratar una enfermedad específica, fuera de los servicios o suministros que se detallan específicamente como servicios o suministros cubiertos;
- Terapia megavitamínica, terapia primal, psicodrama o terapia de dióxido de carbono;
- Análisis genético o asesoramiento a menos que el resultado del análisis afecte directamente el tratamiento de un paciente con una condición médica diagnosticada; y
- Ciencia cristiana. Límite de gastos directos.

Ampliación de los beneficios para tratamientos de salud mental y abuso de sustancias

A partir del 1 de abril de 2014, sus gastos cubiertos para tratamientos de salud mental y abuso de sustancias se pagarán esencialmente del mismo modo que sus gastos cubiertos para cuidados médicos y quirúrgicos. Los beneficios pagados por el Plan para tratamientos de salud mental y abuso de sustancias serán los siguientes:

Un resumen de Sus Ampliación de los Beneficios para Tratamientos de Salud Mental y Abuso de Sustancias

Tratamientos	Beneficios dentro de la red	Beneficios fuera de la red
Para tratamientos de internación	Una vez que ha alcanzado el deducible por año calendario, el Plan paga 80% (90% para el Plan Básico) del resto de los gastos cubiertos hasta que alcance el límite de gastos directos.	Una vez que ha alcanzado el deducible por año calendario, el Plan paga el 60% de los gastos cubiertos restantes.
	<p><i>Si no notifica previamente a los Coordinadores de Cuidados, se podrá reducir \$150 de los beneficios o se podrán denegar completamente los beneficios.</i></p> <p><i>Comuníquese con los Coordinadores de Cuidados llamando al (866) 686-0003.</i></p>	
Para tratamientos ambulatorios	Usted deberá pagar un copago de \$10 por cada visita al consultorio. El Plan pagará el 100% de los gastos cubiertos restantes.	Una vez que ha alcanzado el deducible por año calendario, el Plan paga el 60% de los gastos cubiertos restantes.

Ampliación de la cobertura para estudios clínicos

A partir del 1 de abril de 2014, se cubrirán los costos de los servicios de rutina para pacientes que participen en estudios clínicos, siempre que dichos servicios de rutina:

- Sean auxiliares a la participación en el estudio clínico, ya que serían un gasto cubierto si el paciente no estuviera participando en el estudio;
- No correspondan a ningún dispositivo, ítem, servicio o medicamento que esté siendo estudiado en el ensayo clínico, o sean proporcionados únicamente para fines de recolección y análisis de datos en lugar de ser para el control clínico del paciente;
- No sean suministrados, proporcionados o entregados directamente por el proveedor del estudio clínico;
- Cumplan con los protocolos indicados por el proveedor del estudio clínico;
- No sean inconsistentes con los estándares de cuidado ampliamente aceptados y establecidos para el diagnóstico de un paciente;
- No sean proporcionados por un proveedor no participante si un proveedor participante está dispuesto a aceptar al paciente en el estudio clínico; y
- El paciente le proporcione al Plan información médica y científica que indique que su participación en el estudio clínico sería médicamente adecuada.

A partir del 1 de abril de 2014, los Coordinadores de Cuidados deberán ser notificados en forma previa a cualquier estudio clínico. De lo contrario, se podrá aplicar una sanción de \$150 o se podrán denegar completamente los beneficios por no cumplir las normas de notificación previa. Consulte su SPD para más información sobre los requisitos de notificación previa y el Programa de Coordinadores de Cuidados.

Corrección: beneficios para glucómetros

Usted recibió un SMM que indicaba que el Plan sólo paga beneficios para glucómetros comprados a través del programa Diabetic Sense de Catamaran. Sin embargo, el SMM debería haber dicho que el Plan sólo paga beneficios para glucómetros comprados a través del programa Diabetic Sense de Catamaran *bajo los Beneficios de Medicamentos Recetados*. Los glucómetros comprados a través del programa Diabetic Sense de Catamaran pueden tener la misma cobertura que cualquier otro equipo médico durable bajo los Beneficios Médicos Mayor Completos.

Ampliación de la lista de medicamentos recetados que requieren autorización previa

A partir del 1 de febrero de 2014, cambiará la lista de categorías de medicamentos incluidos en el programa de autorización previa. Si su médico le receta ciertos medicamentos que se encuentran dentro de las siguientes categorías, es posible que el programa de autorización previa requiera que Catamaran apruebe el medicamento antes de que usted lo compre. Otra opción es que intente comprar una versión de dicho medicamento que sea de venta libre o genérica o esté incluida en el formulario antes de solicitar que se autorice la compra de medicamentos más costosos (lo que se denomina "terapia escalonada").

La siguiente lista de las categorías de medicamentos incluidas en el programa de preautorización reemplaza a la que figura en su SPD.

Los medicamentos que figuran en la lista son ejemplos de las categorías más comunes, pero es posible que esta lista no contenga todos los medicamentos incluidos en el programa. Si quiere averiguar si determinado medicamento forma parte del programa de preautorización, contáctese con Catamaran llamando al (866) 884-4176.

DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS RECETADOS QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN PREVIA

- Medicamentos para el acné para personas de más de 25 años
- Agentes alquilantes
- Inhibidores de proteasa alfa 1
- Esteroides anabólicos
- Analgésicos (tanto opioides como no opioides)
- Andrógenos y antiandrógenos
- Bloqueadores de los receptores de la angiotensina II (ARBs)
- Antianginosos
- Antibióticos
- Anticoagulantes
- Anticonvulsivantes
- Antidepresivos
- Agentes antidiabéticos
- Antieméticos
- Antifúngicos
- Agentes biológicos antiinflamatorios
- Antilipémicos
- Medicamentos antimalaria
- Agentes antimicrotubulares
- Antirretrovirales (para hepatitis B y VIH)
- Medicamentos para asma/EPOC
- Antipsicóticos atípicos
- Insulina basal y otros tipos de insulina
- Agonistas beta
- Bisfosfonatos
- Modificadores de calcio
- Ciertos medicamentos para el sistema nervioso central
- Colagenasa
- Compuestos que cuestan \$125 o más
- Crinone, independientemente de la forma de administración
- Fibrosis quística
- Agentes agotadores de la cistina
- Calmantes
- Ciertos medicamentos dermatológicos
- Diagnósticos
- Diarrea
- Inhibidores de DPP-4
- Ciertos medicamentos endocrinológicos
- Reemplazo de enzimas
- Enzimas para tratar la gota
- Fenofibratos
- Inhibidores de GLP-1
- Gonadotropinas
- Hormonas de crecimiento y terapia relacionada
- Agentes hematopoyéticos
- Agentes para el tratamiento de la hepatitis C
- Reemplazo de hormonas
- Hipnóticos
- Inmunoglobulinas y ciertos otros medicamentos inmunológicos
- Corticosteroides inhalables/ antagonistas beta de acción prolongada
- Todos los inyectables, salvo:
 - Insulina
 - Imitrex
 - Glucagon
 - Kits para picaduras de abeja
 - Rhogam
 - La receta inicial de anticoagulantes
- Interferones
- Interleuquinas
- Esteroides intranasales
- Inhibidores de la quinasa y la diana molecular
- Modificadores del leucotrieno
- Anticuerpos monoclonales
- Agentes para tratar trastornos del movimiento
- Esclerosis múltiple
- Neurotoxinas
- Ciertos medicamentos oncológicos
- Prostaglandinas oftálmicas y ciertos otros medicamentos oftalmológicos
- Constipación inducida por opioides
- Osteoporosis
- Oxycontin
- Palladone
- Enfermedad de Parkinson
- Agentes para el tratamiento de la fenilcetonuria
- Aceite de pescado de venta bajo receta
- Inhibidores de la bomba de protones (PPI)
- Hipertensión arterial pulmonar
- Agentes para combatir el virus sincitial respiratorio
- Retin-A y Avita para personas de más de 30 años
- Hipnóticos sedantes (medicamentos para dormir)
- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina
- Síndrome del intestino corto
- Somatostatinas
- Estimulantes
- Tiras reactivas
- Agentes para tratar condiciones relacionadas con la talidomida
- Toxicología
- Triptanes
- Viscosuplementos
- Medicamentos para bajar de peso
- Insumos para el cuidado de heridas

Incorporación del Programa de Limitación de Cantidad

A partir del 1 de febrero de 2014, se incorporará el Programa de Limitación de Cantidad al Programa de Medicamentos Recetados. Algunos medicamentos son comúnmente recetados en dosis más altas que las aprobadas por la FDA. Las recetas de medicamentos que estén incluidos en el Programa de Limitación de Cantidad sólo se abastecerán hasta el límite de cantidad estándar aprobado por la FDA sin autorización previa.

Los medicamentos que figuran en la lista son ejemplos de las categorías más comunes, pero es posible que esta lista no contenga todos los medicamentos incluidos en el programa. Si quiere averiguar si determinado medicamento forma parte del programa de limitación de cantidad, contáctese con Catamaran llamando al (866) 884-4176.

DE LA LISTA DEL PROGRAMA DE LIMITACIÓN DE CANTIDAD

- | | | |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">■ Alergia (intranasal)■ Agentes para ADHD■ Agentes para Alzheimer■ Esteroides anabólicos■ Analgésicos (tanto opioides como no opioides)■ Andrógenos y antiandrógenos■ Antibióticos■ Anticoagulantes■ Anticonvulsivantes■ Antidepresivos■ Antieméticos■ Antifúngicos■ Antiinflamatorios (incluye agentes biológicos)■ Antilipémicos■ Medicamentos antimalaria■ Antipsicóticos■ Antirretrovirales (para virus herpéticos e influenza)■ Medicamentos para asma o Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), inhalables o para nebulización■ Constipación | <ul style="list-style-type: none">■ Anticonceptivos■ Medicamentos para fibrosis quística■ Agentes agotadores de la cistina■ Calmantes■ Ciertos medicamentos dermatológicos■ Insumos para diabéticos■ Diagnósticos■ Diarrea■ Ciertos medicamentos endocrinológicos■ Agentes para la fertilidad■ Fibromialgia■ Gonadotropinas■ Hormonas de crecimiento y terapia relacionada■ Agentes hematopoyéticos■ Agentes para el tratamiento de la hepatitis C■ Reemplazo de hormonas■ Interleuquinas■ Inhibidores de la quinasa y la diana molecular■ Migraña■ Anticuerpos monoclonales■ Agentes para tratar trastornos del movimiento■ Esclerosis múltiple | <ul style="list-style-type: none">■ Ciertos medicamentos para el sistema nervioso central■ Ciertos medicamentos obstétricos y ginecológicos■ Ciertos medicamentos oncológicos■ Ciertos medicamentos oftalmológicos■ Medicamentos para la osteoporosis■ Antiespasmódicos para vejiga hiperactiva■ Prostaglandinas■ Inhibidores de la bomba de protones (PPI)■ Medicamentos para la hipertensión pulmonar■ Agentes para combatir el virus sincitial respiratorio■ Hipnóticos sedantes (medicamentos para dormir)■ Productos para el abandono del tabaco■ Somatostatinas■ Estimulantes■ Antagonistas de la vasopresina■ Viscosuplementos■ Otros medicamentos o suministros que puedan ser identificados en base a los criterios clínicos utilizados por Catamaran. |
|--|---|---|