[***Note****: Instructions for sponsors appear below in italicized text. Text in square brackets must be included if the text accurately describes the plan’s benefit structure. Carets are placeholders for variable fields that must be filled in accurately.*

*Below is a template that may be used for an abridged or comprehensive formulary except when noted as applicable to one form or the other. When indicated as “mandatory,” sponsors must provide the name by which their plan is known (HPMS Plan Name). In all other instances, sponsors may replace <plan name> as appropriate with “plan” or “our plan” and may use those terms interchangeably. Sponsors may also use the terms “we,” “us”, or “our,” to refer to themselves. Sponsors may also change references to Member Services and Pharmacy Directory with the appropriate name your plan uses.*

*This form may also be used for defined standard plans, whose marketing materials are required to reflect a single tier regardless of whether the formulary submitted to CMS is also associated with a multi-tier formulary.*

*Plans should also consult the most recent applicable chapters of the Prescription Drug Benefit Manual (PDBM) for more information on benefits and beneficiary protections, beneficiary communications, and formularies (these would include PDBM chapters 5 and 6), and 42 CFR Part 423 Subparts C (Benefits and Beneficiary Protections) and V (Part D Communication Requirements).*]

[*The following items must appear on the cover page:*]

**< *mandatory* Plan/Sponsor Name>**

**Formulario de <Year>** **[<Abridged>]**

**(Lista [<Partial>]** de medicamentos cubiertos o   
“Lista de medicamentos”)

**LEA LO SIGUIENTE: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN**

**ACERCA DE [***insert the following when applicable:* **<SOME OF>]** **LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN**

[*Insert* <HPMS Approved Formulary File Submission ID>]

*In the document footer, plans should provide the date the formulary was updated and available to enrollees. Dates used in the front and back of the formulary covers should be the same as the date of the last update in the footer.*

[*The following information must appear on both the front and back covers of abridged formularies:* [*Insert one* <Este formulario resumido se actualizó el <MM/DD/YYYY>.> *<*No hemos realizado cambios en este formulario resumido desde el MM/DD/YYYY.>] Esta no es una lista completa de los medicamentos que cubre nuestro plan. Para consultar un listado completo o si tiene otras preguntas, comuníquese con [*Optional insert <*us*>,*] [*Insert mandatory* <plan /sponsor name>] Servicios para los [*Insert* <Customer/Member> al <phone number> (los usuarios de TTY deben llamar al <TTY number>), <days/hours of operation>, o visite <web address>.]

[*The following information must appear on both the front and back covers of comprehensive formularies*. *Insert one* <Este Formulario se actualizó el <MM/DD/YYYY>.> *<*No hemos realizado cambios en este Formulario desde el MM/DD/YYYY.>] [*Insert <*Este formulario se actualizó el <MM/DD/YYYY>. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con [*Optional insert <*us*>,*] [*Insert mandatory* <plan /sponsor name>] Servicios para los [*Insert* <Customer/Member> al <phone number> (los usuarios de TTY deben llamar al <TTY number>), <days/hours of operation>, o visite <web address>.]

[*The rest of the language need not appear on the cover page.*]

**Nota para los miembros actuales**: Este Formulario ha cambiado con respecto al año pasado. Revise este documento para asegurarse de que aún contiene los medicamentos que toma.

Cuando esta Lista de medicamentos (Formulario) menciona “nosotros”, “nos” o “nuestro”, hace referencia a [*Insert* <plan/sponsor name>]. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a [*Insert* <Plan Name>.]

Este documento incluye una Lista de medicamentos (Formulario) [*For abridged formularies insert* <a partial>] de nuestro plan, que está vigente a partir del [*Insert* <formulary revision date>.] [*For abridged formularies insert* <a complete,>] [*For comprehensive formularies insert* <an>] Lista de medicamentos (Formulario) actualizada, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización de la Lista de medicamentos (Formulario), aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

Generalmente, debe concurrir a las farmacias de la red para usar el beneficio de medicamentos con receta. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias los copagos y el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de [*Insert* <benefit year>] y periódicamente durante el año.

# ¿Qué es el Formulario de [*Insert mandatory* <plan/sponsor name>] [*Insert when applicable* <Abridged>]?

En este documento, los términos Lista de medicamentos y Formulario significan lo mismo. Un Formulario es una Lista de medicamentos cubiertos seleccionados por [*Insert* <plan/sponsor name>] con la colaboración de un equipo de proveedores de atención médica, que representa los tratamientos con receta que se consideran una parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Normalmente, [*Insert* <plan/sponsor>] cubrirá los medicamentos incluidos en el formulario, siempre que el medicamento sea médicamente necesario, el medicamento con receta se obtenga en una farmacia de la red de [*Insert* <plan/sponsor name>] y se cumpla con otras normas del plan. Para obtener más información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta, consulte la Evidencia de cobertura.

[*Insert for abridged formularies* <Este documento es un formulario parcial y solo incluye algunos de los medicamentos cubiertos por [*Insert* <plan/sponsor name>]. Para consultar la lista completa de todos los medicamentos con receta cubiertos por [*Insert* <plan/sponsor name>], visite nuestro sitio web o llámenos. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

# ¿El Formulario puede cambiar?

La mayoría de los cambios en la cobertura de los medicamentos ocurre el 1 de enero, pero [*Insert one* <we> <plan/sponsor name>] podríamos/podría agregar o quitar medicamentos del Formulario durante el año, moverlos a diferentes niveles de costo compartido o agregar nuevas restricciones. Debemos seguir las normas de Medicare al hacer estos cambios. Las actualizaciones del Formulario se publican todos los meses en nuestro sitio web: [*Plan sponsors should insert URL showing website address with most recent version of the formulary.*].

**Cambios que pueden afectarlo este año:** En los casos a continuación, usted se verá afectado por los cambios de cobertura durante el año: [*Plan sponsors that otherwise meet all requirements and want the option to make immediate substitutions (for instance, immediately replace brand name drugs with their new generic equivalents or immediately replace reference products with interchangeable biological products) must include advance general notice of changes in the bullet entitled “ Immediate substitutions of certain new versions of brand name drugs and original biological products” below.*]

* + **Sustitución inmediata de determinadas versiones nuevas de medicamentos de marca y productos biológicos originales.** Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de nuestro Formulario si lo reemplazamos con una cierta versión nueva de ese medicamento que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel de costo compartido más bajo y con las mismas restricciones o menos [*plans that do not use tiers may omit* “on the same or lower cost-sharing tier and”]. Cuando agregamos una nueva versión de un medicamento a nuestro Formulario, podemos decidir mantener el medicamento de marca o productos biológicos originales en nuestro Formulario, pero inmediatamente moverlo a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones [*plans that do not use tiers may omit* “different cost-sharing tier or”].

Podemos realizar estos cambios inmediatos solo si estamos sumando una nueva versión genérica de un medicamento de marca, o si agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original, que ya estaba en el Formulario (por ejemplo, agregar un biosimilar intercambiable que puede ser sustituido por un producto biológico original por una farmacia sin una receta nueva).

Si actualmente está tomando el medicamento de marca o el producto biológico original, quizás no le informemos con anticipación que realizaremos un cambio inmediato, pero más adelante le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hemos realizado.

Si realizamos un cambio, usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo para usted el medicamento que se cambiará. Para obtener más información, consulte la sección a continuación titulada “¿Cómo puedo solicitar una excepción al Formulario de [*Insert mandatory* < plan/sponsor name>]?”]

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para obtener más información, consulte la sección a continuación titulada “¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?”.

* + **Medicamentos retirados del mercado.** Si un fabricante retira un medicamento de la venta o la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) determina que se debe retirar por razones de seguridad o eficacia, podemos eliminar inmediatamente el medicamento de nuestro Formulario y, luego, notificarles a los miembros que toman el medicamento.
  + **Otros cambios.** Podemos hacer otros cambios que afectan a los miembros que actualmente toman un medicamento. Por ejemplo, [Plan sponsors that are not choosing to make any immediate substitutions insert <podemos agregar un nuevo medicamento genérico para reemplazar un medicamento de marca que actualmente se encuentra en el Formulario, agregar un nuevo biosimilar para reemplazar un producto biológico original que actualmente se encuentra en el Formulario, agregar nuevas restricciones o mover un medicamento que se mantendrá en el Formulario a un nivel de costo compartido más alto, o ambas cosas después de agregar un medicamento correspondiente.>] [Plan sponsors that otherwise meet requirements to make immediate substitutions insert <podemos eliminar un medicamento de marca del Formulario cuando agreguemos un equivalente genérico o eliminar un producto biológico original cuando agreguemos un biosimilar. También podemos aplicar nuevas restricciones al medicamento de marca o al producto biológico original, moverlo a un nivel de costo compartido diferente, o ambas.>] [All plan sponsors insert <Podemos realizar cambios en función de las nuevas pautas clínicas. Si retiramos medicamentos de nuestro Formulario; agregamos autorizaciones previas, restricciones de límite de cantidad o de tratamiento escalonado sobre un medicamento; o pasamos un medicamento a un nivel de costo compartido más alto [Plan sponsors with one tier may remove “o pasamos un medicamento a un nivel de costo compartido más alto” and insert an “Formulario o” in place of “Formulario,”], debemos notificar a los miembros afectados por el cambio al menos 30 días antes de que entre en vigencia el cambio. Alternativamente, cuando un miembro solicita un resurtido del medicamento, puede recibir un suministro del medicamento para un [Insert supply limit (must be at least the number of days in the plan’s one month supply)]-días y un aviso del cambio.>

Si realizamos estos otros cambios, usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción para usted y continuemos la cobertura del medicamento que ha estado tomando. En el aviso que le proporcionamos también se incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y también puede encontrar información en la sección a continuación titulada “¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de [*Insert mandatory* <plan/sponsor name>]?”.

**Cambios que no lo afectarán si actualmente toma el medicamento.** En general, si usted toma un medicamento de nuestro Formulario para [*Insert* <contract year>] que estaba cubierto al comienzo del año, nosotros no discontinuaremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura [*Insert* < contract year>], excepto como se describe anteriormente. Esto significa que, por el resto del año de cobertura, estos medicamentos continuarán disponibles al mismo costo compartido y sin nuevas restricciones para aquellos miembros que estén tomándolos. No recibirá un aviso directo este año sobre cambios que no lo afectan. Sin embargo, dichos cambios lo afectarían a partir del 1 de enero del año siguiente, y es importante que verifique el Formulario del nuevo año de beneficios por cualquier cambio en los medicamentos.

El Formulario adjunto entra en vigencia el [*Insert* <last formulary update>. *Date should match the date used in the footer.*] Para recibir información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por [*Insert* <plan/sponsor name>] comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en las páginas de la portada y la portada posterior. [*Insert information about plan’s process for updating print formularies (e.g. via formulary errata sheets) in the event of mid-year non-maintenance formulary changes.*]

# ¿Cómo utilizo el Formulario?

Hay dos formas para encontrar su medicamento dentro del formulario:

## Afección médica

El Formulario comienza en la página [*Insert* <table page number>]. Los medicamentos de este Formulario están agrupados en categorías según el tipo de afección médica para cuyo tratamiento se los emplea. Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar una afección cardíaca se enumeran dentro de la categoría [*Insert* <category name example>]. Si sabe para qué se utiliza su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que empieza en la página [*Insert* < page number >]. Luego, busque su medicamento debajo del nombre de la categoría.

## Listado alfabético

Si no está seguro de qué categoría consultar, debe buscar su medicamento en el Índice que comienza en la página [*Insert* <index page number>]. El Índice proporciona una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. En el Índice, están tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Busque en el Índice y encuentre su medicamento. Junto a su medicamento, verá el número de página donde puede encontrar información acerca de la cobertura. Vaya a la página que figura en el Índice y encuentre el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

# ¿Qué son los medicamentos genéricos?

[*Insert* <plan/sponsor name>] cubre tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Un medicamento genérico está aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) dado que se considera que tiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca.  Por lo general, los medicamentos genéricos funcionan igual de bien y, suelen costar menos que los de marca. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca. Normalmente, los medicamentos genéricos pueden sustituir a los medicamentos de marca en la farmacia sin necesidad de obtener una receta nueva, según las leyes estatales.

# ¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?

En el Formulario, cuando nos referimos a medicamentos, esto podría significar un medicamento o un producto biológico. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos habituales. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, tienen alternativas que se denominan biosimilares. Por lo general, los biosimilares funcionan tan bien como el producto biológico original y pueden costar menos. Existen alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según las leyes estatales, pueden reemplazar al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituir a medicamentos de marca.

* Para consultar los tipos de medicamentos, consulte la Evidencia de cobertura, Capítulo *[MA-PD insert* *<*5*>]* *[PDP insert <*3*>]*, Sección 3.1, “La ‘Lista de medicamentos’ indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos”.*]*

# ¿Hay alguna restricción en mi cobertura?

Algunos medicamentos cubiertos pueden tener requisitos o límites adicionales de cobertura. Estos requisitos y límites pueden incluir lo siguiente: [*Plans may omit bullets as needed in order to reflect actual utilization management procedures used by the plan.*]

* **Autorización previa**: [*Insert* <plan/sponsor name>] exige que usted [or your prescriber] obtenga una autorización previa para determinados medicamentos. Esto significa que necesitará contar con la aprobación de [*Insert* <plan/sponsor name>] antes de obtener sus medicamentos con receta. Si no consigue la autorización, es posible que [*Insert* <plan/sponsor name>] no cubra el medicamento.
* **Límites de cantidad:** Para ciertos medicamentos, [*Insert* <plan/sponsor name>] limita la cantidad del medicamento que [*Insert* <plan/sponsor name>] cubrirá. Por ejemplo, [*Insert* <plan/sponsor name>] proporciona <number of units> por receta para <drug name>. Esto puede ser complementario a un suministro estándar para un mes o tres meses.
* **Tratamiento escalonado:** En algunos casos, [*Insert* <plan/sponsor name>] requiere que usted primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su afección médica antes de que cubramos otro medicamento para esa enfermedad. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan su afección médica, es posible que [*Insert* <plan/sponsor name>] no cubra el medicamento B a menos que usted pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, entonces [*Insert* <plan/sponsor name>] cubrirá el medicamento B.

Para averiguar si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales, consulte el Formulario que empieza en la página [*Insert* <table page number>]. También puede obtener más información sobre las restricciones que se aplican a medicamentos cubiertos específicos en nuestro sitio web. [*Plans/sponsors that apply prior authorization and/or step therapy insert the following with applicable information* <Hemos publicado en línea [*Insert one* <un documento><documentos>] para explicar nuestra [*Insert when applicable <*restricción de autorización previa> <nuestra restricción de tratamiento escalonado> <nuestras restricciones de autorización previa y de tratamiento escalonado.>] También puede solicitarnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

Puede pedirle a [*Insert* <plan/sponsor name>] que haga una excepción a estas restricciones o límites, o puede solicitarle una lista de otros medicamentos similares que podrían tratar su afección médica. Consulte la sección “¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de [*Insert* <plan/sponsor name>]?” en la página [*Insert* <exception page number>] para obtener información acerca de cómo solicitar una excepción.

# [¿Qué son los medicamentos de venta libre (over-the-counter, OTC)?

Los medicamentos de venta libre (over-the-counter, OTC) son medicamentos sin receta que, normalmente, no están cubiertos por un plan de medicamentos con receta de Medicare. [*Insert* <plan/sponsor name>] paga por ciertos medicamentos de venta libre *[Note: Include a list of OTC drugs the plan pays for with administrative funds.*] [*Insert* <plan/sponsor name>] proporcionará estos medicamentos de venta libre, sin costo alguno para usted. El costo para [*Insert* <plan/sponsor name>] de estos medicamentos de venta libre no se tendrá en cuenta para los costos totales de medicamentos de la Parte D.

# ¿Qué pasa si mi medicamento no está en el Formulario?

Si el medicamento que toma no está incluido en este Formulario (lista de medicamentos cubiertos), primero debe comunicarse con Servicios para los miembros y preguntar si su medicamento está cubierto. [*Insert for abridged formularies* <Este documento incluye solo una lista parcial de los medicamentos cubiertos; por eso, es posible que [*Insert* <plan/sponsor name>] cubra su medicamento. Para obtener más información, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.>]

Si resulta que [*Insert* <plan/sponsor name>] no cubre el medicamento que toma, tiene dos alternativas:

* Puede pedir a Servicios para los miembros una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por [*Insert* <plan/sponsor name>.] Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por [*Insert* <plan/sponsor name>].
* Puede solicitar que [*Insert* <plan/sponsor name>] haga una excepción y cubra su medicamento. Consulte a continuación para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

# ¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de [*Insert mandatory* <plan/sponsor name>]?

Puede solicitar a [*Insert* <plan/sponsor name>] que haga una excepción a nuestras normas de cobertura. Hay varios tipos de excepciones que puede solicitarnos.

* [Puede pedirnos que cubramos un medicamento, incluso si no está en nuestro Formulario. Si se aprueba, este medicamento estará cubierto a un nivel de costo compartido predeterminado, y usted no podrá pedirnos que le brindemos el medicamento a un nivel de costo compartido menor.]
* Puede pedirnos que no apliquemos una restricción de cobertura, incluidos la autorización previa, el tratamiento escalonado o el límite de cantidad de su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, [*Insert* <plan/sponsor name>] limita la cantidad del medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede pedirnos que hagamos una excepción al límite y cubramos una cantidad mayor.
* [*Insert if plan has multiple tiers with no specialty tier, or has a specialty tier but does not exclude it from the exceptions process:* Puede pedirnos que cubramos un medicamento del Formulario a un nivel de costo compartido menor.] [*Insert if plan has only one specialty tier and chooses to exclude this tier from the tier exceptions process:* Puede pedirnos que cubramos un medicamento del Formulario a un nivel de costo compartido menor, a menos que el medicamento esté en el nivel de especialidad]. [*Insert if plan has two specialty tiers*: Puede pedirnos que cubramos un medicamento del formulario a un nivel de costo compartido menor, a menos que el medicamento esté en nuestro nivel de especialidad de costo compartido más bajo. En el caso de los medicamentos del formulario que se encuentran en el nivel de especialidad de costo compartido más alto, puede solicitar cobertura en el nivel de especialidad de menor costo compartido.] Si se aprueba, esto reduciría el monto que usted debe pagar por su medicamento.]

Por lo general, [*Insert* <plan/sponsor name>] solo aprobará su solicitud de una excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el Formulario del plan, [the lower cost-sharing drug,] o la aplicación de la restricción no fueran tan efectivos para usted o pudieran causarle efectos adversos.

Usted o la persona autorizada a dar recetas deben comunicarse con nosotros para solicitar una [*insert if plan has multiple tiers:* <tiering or,>] excepción al Formulario, incluida una excepción a una restricción de cobertura. **Cuando solicita una excepción, la persona autorizada a dar recetas tendrá que explicar las razones médicas por las que necesita la excepción.** Por lo general, debemos tomar una decisión dentro de las 72 horas a partir de la fecha de haber recibido la declaración que respalda su solicitud por parte de la persona autorizada a dar recetas. Puede pedir una decisión acelerada (rápida) si usted considera, y nosotros estamos de acuerdo, que esperar 72 horas para la toma de la decisión podría perjudicar gravemente su salud. Si aceptamos, o si la persona autorizada a dar recetas pide una decisión rápida, debemos comunicarle nuestra decisión, a más tardar, en un período de 24 horas después de recibir la declaración que respalda su solicitud por parte de la persona autorizada a dar recetas.

# ¿Qué puedo hacer si mi medicamento no está en el Formulario o si tiene una restricción?

Como miembro nuevo o permanente de nuestro plan, es posible que esté tomando medicamentos que no están incluidos en el formulario. También es posible que esté tomando un medicamento que está en nuestro Formulario, pero que tiene una restricción de cobertura, como la autorización previa. Debe hablar con la persona autorizada a dar recetas para solicitar una decisión de cobertura para demostrar que cumple con los criterios de aprobación, cambiar a un medicamento alternativo que cubramos o solicitar una excepción al Formulario para que cubramos el medicamento que toma. Mientras usted y su médico determinan el procedimiento adecuado para seguir en su caso, podemos cubrir su medicamento, en ciertos casos, durante los primeros <*must be at least 90*> días en que usted sea miembro de nuestro plan.

Para cada uno de los medicamentos que no están en nuestro Formulario o que tienen una restricción de cobertura, cubriremos un suministro temporal de [*insert number of days that corresponds to the number of days designated as a month’s supply in the approved plan benefit package*] días. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos que realice resurtidos del medicamento por un máximo de hasta [*insert supply limit - must be at least a one month supply based on approved plan benefit package*] días . Si no se aprueba la cobertura, después del primer suministro para [*insert number of days that corresponds to the number of days designated as a month’s supply in the approved plan benefit package*] días, no seguiremos pagando estos medicamentos, incluso si ha sido miembro del plan durante menos de <*must be at least 90*> días.

Si es residente de un centro de atención a largo plazo y necesita un medicamento que no está en el Formulario o si su capacidad para conseguir los medicamentos es limitada, pero ya pasaron los primeros <*must be at least 90*> días de membresía en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia del medicamento para <*must be at least 31*> días mientras solicita la excepción al formulario.

[***Note:*** *Plans must insert their transition policy for current enrollees with level of care changes, if applicable.*]

# Para obtener más información

Para obtener información más detallada sobre la cobertura para medicamentos con receta de [*Insert* <plan/sponsor name>], consulte la Evidencia de cobertura y otra documentación del plan.

Si tiene alguna pregunta sobre [*Insert* <plan/sponsor name>], comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

Si tiene preguntas generales sobre su cobertura para medicamentos con receta de Medicare, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O visite http://www.medicare.gov.

# Formulario de [*Insert* <plan/sponsor name>]

El formulario [*Insert for abridged formularies* <abridged>] [*Insert as applicable* <below> <that begins on the next page>] proporciona información acerca de la cobertura de [*Insert for abridged formularies* <some of>] los medicamentos que cubre [*Insert* <plan/sponsor name>]. Si tiene alguna dificultad para encontrar el medicamento que toma en la lista, consulte el Índice que comienza en la página [*Insert* <index page number>].

[*Insert the following paragraph for abridged formularies only <*Remember: This is only a partial list of drugs covered by [*Insert* <plan/sponsor name>]. Si su medicamento con receta no se encuentra en este formulario parcial, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.>]

La primera columna de la tabla menciona el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca están en letra mayúscula (por ejemplo, <BRAND NAME EXAMPLE>), y los medicamentos genéricos están en letra minúscula y cursiva (por ejemplo, *<generic example>*).

La información incluida en la columna de Requisitos/límites indica si [*Insert* <plan/sponsor name>] tiene algún requisito especial para la cobertura del medicamento.

[***Note:*** *Sponsors must provide information on the following items when applicable to specific drugs and define any symbols or abbreviations used to indicate their application: utilization management restrictions; drugs that are available via mail-order, drugs that are limited to a one month supply even when the drug is on a tier that otherwise allows for an extended day supply, excluded drugs that are covered by the plan; free first fill drugs; limited access drugs; and drugs covered under the medical benefit (for home infusion drugs only). While these symbols and abbreviations must appear whenever applicable, sponsors are not required to provide associated explanations on every page. They must, however, provide a general footnote on every page stating* “Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en[*Insert of description where information is available, such as* número de página *or* final [*or*] inicio de esta tabla*.*]*”*

* *Plans that cover excluded drugs must use this column to indicate that certain drugs are available only through their benefit. Plans may indicate this with an asterisk/other symbol and a footnote that states:* “Este medicamento con receta por lo general no está cubierto en un plan de medicamentos con receta de Medicare. El monto que paga cuando obtiene uno de estos medicamentos con receta no se tiene en cuenta en sus costos totales de medicamentos (es decir, el monto que usted paga no lo ayuda a calificar para la cobertura en situaciones catastróficas). Además, si recibe ayuda adicional para pagar sus medicamentos con receta, no recibirá ninguna ayuda adicional para pagar este medicamento. [***Note****: Plans must insert any additional restrictions on this coverage, including any capped benefit limit.*]
* *Plans that offer generic-use incentive programs permitting zero (or reduced) cost sharing on first generic fills when a member agrees to use the generic rather than the brand name version of a medication must indicate the drugs to which this program applies. Plans may indicate this with an asterisk/other symbol and a footnote that states:* “Este medicamento con receta se proporcionará con <zero>/<reduced> costo compartido la primera vez que lo obtenga”.
* *Plans that restrict access to any drugs by limiting distribution to a subset of network pharmacies must indicate these drugs. Plans may indicate this with an asterisk/other symbol or footnote states:* “Estos medicamentos con receta pueden estar disponibles solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte su Directorio de farmacias o llame a [*Insert* <Customer/Member> Service at <phone number> (TTY users should call <TTY number>), <days/hours of operation>, or visit <web address>.].
* *Plans that provide quantity limits for certain drugs must indicate the amount (days’ supply or amount dispensed).*
* MA-PD or cost plans choosing to provide coverage for any Part D home infusion drugs as part of a bundled payment under a Part C supplemental benefit should indicate this with an asterisk/other symbol and a footnote that states, “Este medicamento con receta <is>/<may be> cubierto por nuestro beneficio médico. Para obtener más información, llame a Servicios para los[*Insert* <Customer/Member> al <phone number> (los usuarios de TTY deben llamar al <TTY number>), <days/hours of operation>, o visite <web address>.]

*Tabla de medicamentos. Opción 1*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre del medicamento** | **Nivel del medicamento**  *[Column is optional for single tier formularies.]* | **Requisitos/límites** |
| **<Therapeutic Category Name 1> - [Optional: <Plain Language Description>]** | | |
| <Drug Name 1, Dosage Form A, Strength A> | <Tier 1> | <Util. Mgmt.> |
| <Drug Name 2, Dosage Form A, Strength A > | <Tier 1> | <Util. Mgmt.> |
| <Drug Name 2, Dosage Form B, Strength A > | <Tier 2> | <Util. Mgmt.> |
| <Drug Name 2, Dosage Form B, Strength B > | <Tier 3> | <Util. Mgmt.> |
| <Drug Name 3, Strength A> | <Tier 4> | <Util. Mgmt.> |
| **<Therapeutic Category Name 2> - [Optional: <Plain Language Description>]** | | |
| <Drug Name 3, Dosage Form A, Strength A > | <Tier> | <Util. Mgmt.> |
| <Drug Name 4> | <Tier> | <Util. Mgmt.> |

*Tabla de medicamentos. Opción 2*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre del medicamento** | **Nivel del medicamento**  *[Column is optional for single tier formularies.]* | **Requisitos/límites** |
| **<Therapeutic Category Name 1> - [Optional: <Plain Language Description>]** | | |
| *<Therapeutic Class Name 1> - [Optional: <Plain Language Description>]* | | |
| <Drug Name 1> | <Tier 1> | <Util. Mgmt.> |
| <Drug Name 2, Dosage Form A, Strength A > | <Tier 1> | <Util. Mgmt.> |
| <Drug Name 2, Dosage Form B, Strength A > | <Tier 2> | <Util. Mgmt.> |
| <Drug Name 2, Dosage Form B, Strength B > | <Tier 3> | <Util. Mgmt.> |
| *<Therapeutic Class Name 2> - [Optional: <Plain Language Description>]* | | |
| <Drug Name 3> | <Tier 2> | <Util. Mgmt.> |
| <Drug Name 4 Dosage Form A, Strength B> | <Tier 1> | <Util. Mgmt.> |
| <Drug Name 4, Dosage Form A, Strength B > | <Tier 1> | <Util. Mgmt.> |
| <Drug Name 2, Dosage Form A, Strength C > | <Tier 2> | <Util. Mgmt.> |
| **<Therapeutic Category Name 2> - [Optional: <Plain Language Description>]** | | |
| *<Therapeutic Class Name 1> - [Optional: <Plain Language Description>]* | | |
| <Drug Name 5> | <Tier> | <Util. Mgmt.> |
| <Drug Name 6> | <Tier> | <Util. Mgmt.> |

*General Drug Table instructions:*

*OTC drugs may not be included in the formulary table that lists drugs adjudicated at sale but must appear in a separate list or table.*

*Column headings should be repeated on each page of the table.*

*For table sub-headings, plans have the option to use either the therapeutic category only (Table Option 1) or both the therapeutic category and therapeutic class (Table Option 2). The category or class names must be the same as those found on the CMS-approved formulary.*

*Plans have the option of including a “plain-language” description of the therapeutic category/class next to the name of each category/class. For example, instead of only including the category, “Dermatological Agents,” Plans may include “Dermatological Agents – Drugs to treat skin conditions.”*

*For Table Option 1, the therapeutic categories should be listed alphabetically within the table. The drugs should then be listed alphabetically under the appropriate therapeutic category; they should not be sorted by therapeutic class. For Table Option 2, the therapeutic categories should be listed alphabetically and the therapeutic classes listed alphabetically under the appropriate category. The drugs should then be listed alphabetically under the appropriate therapeutic class.*

*For an abridged formulary, the chart must include at least two covered drugs for each therapeutic category/class except when only one drug exists in the category or class or when two drugs exist in the category or class but one is clinically superior to the other as per your CMS-approved formulary.*

*Drug Name column instructions:*

*Brand name drugs should be capitalized, e.g., DRUG A. Generic drugs should be lower-case and italicized, e.g., penicillin. Plans may include the generic name of a drug next to the brand name.*

*If there are differences in formulary status, tier placement, quantity limit, prior authorization, step therapy, or other restrictions or benefit offerings (e.g., available via mail order, etc.) for a drug based on its differing dosage forms or strengths, the formulary must clearly identify how it will treat the different formulations of that same drug. For instance, if a drug has a different tier placement depending on the dosage (e.g., 20 mg is in Tier 1 and 40 mg is in Tier 4), plans must include the drug twice within the table with the varying dosage listed next to the drug name (e.g., DRUG A, 20 mg and DRUG A, 40 mg). Differences in dosage forms should be simplified, and abbreviations/acronyms defined for beneficiary understanding. The drug will be counted as a single drug when determining whether the plan has included two drugs within each therapeutic category/class.*

*Drug Tier column instructions:*

*For plans that provide different levels of cost sharing for drugs depending on their tier, sponsors must include a column indicating the drug’s tier placement. For single tier plans (for instance, all defined standard plans), sponsors have the option to delete the column. Plans may choose from several methods to indicate the tier placement including tier numbers from your plan benefit package (e.g., 1/ 2/ 3), standard tier names from your plan benefit package (e.g., generic/ preferred brand/ other brand), copayment amounts (e.g., $10/$20/$35), or coinsurance percentages (e.g., 10%/25%). The latter two methods are preferred since they are generally easier for members to understand. If one of the two former methods are used, plans must provide an explanation before the table explaining the copayment amount or coinsurance percentage associated with each tier number or tier name. The above choices are also available to sponsors with single tier plans, in that plans would be expected to enter the same information in the column beside every drug listed (for instance, identifying all drugs as Tier 1 or subject to a 25% coinsurance).*

*Plans that have different copayment amounts or coinsurance percentages for retail and mail-order prescriptions may include both retail and mail order amounts within the same column or include separate columns for retail and mail order prescriptions.*

*Requirements/Limits column instructions:*

*Part D Plans must indicate any applicable utilization management procedures (e.g., prior authorization, step therapy, quantity limits, etc.), special coverage rules, and/or mail-order procedures for each drug within the Requirement/Limits column.*

*Plans may include abbreviations within this column (e.g., QL for quantity limits) but must include an explanation at the beginning of the formulary table explaining each abbreviation.*

# Índice de medicamentos

[*Pursuant to 42 CFR §423.2267, applicable disclaimers must be included in this document.*]

*[BACK COVER]*

*[Please see the front cover for information that must also appear on the back cover.]*