Instructions to Health Plan

* [Where the template instructs inclusion of a phone number, plan must ensure it is a toll-free number and include a toll-free TTY number and days and hours of operation.]
* [Plan should note that the EOC is referred to as the “Member Handbook.” If plan does not use the term “Member Handbook,” plan should replace it with the term the plan uses.]
* [Plan should include all drugs/items covered under the Part D and Medicaid pharmacy benefits. This includes only those drugs on plan’s approved Part D formulary and approved Additional Demonstration Drug (ADD) file. Planmay notinclude OTC drugs and/or items offered as a plan supplemental benefit that are in excess of Medicaid-required OTC drugs and/or items.]
* [Plan may place a QR code on materials to provide an option for members to go online.]
* [Plan has the option of deleting the footer following the introduction (e.g., the footer is not necessary in the actual list of drugs).]
* [Wherever possible, plan is encouraged to adopt good formatting practices that make information easier for English-speaking and non-English-speaking enrollees to read and understand. Plan instructions in this document are in English. Some instructions permit flexibility for plans to modify language, replace references with terms each plan prefers to use, include examples and descriptions, and/or add instructions or navigational aids. In such cases, each plan is responsible for ensuring that member-facing language is in the translated language (e.g., Spanish) and consistent with other good formatting practices. The following are based on input from beneficiary interviews:
* Format a section, chart, table, or block of text to fit onto a single page. In instances where plan-customized information causes an item or text to continue on the following page, enter a blank return before right aligning with clear indication that the item continues (for example, similar to the Benefits Chart in Chapter 4 of the Member Handbook, insert: **Esta sección continúa en la página siguiente**).
* Ensure plan-customized text is in plain language and complies with reading level requirements established in the three-way contract.
* Break up large blocks of plan-customized text into short paragraphs or bulleted lists and give a couple of plan-specific examples as applicable.
* Spell out an acronym or abbreviations before its first use in a document or on a page (for example, Long-term services and supports (LTSS) or low-income subsidy (LIS)).
* Include the meaning of any plan-specific acronym, abbreviation, or key term with its first use.
* Avoid separating a heading or subheading from the text that follows when paginating the model.
* Use universal symbols or commonly understood pictorials.
* Draft and format plan-customized text and terminology in translated models to be culturally and linguistically appropriate for non-English speakers.
* Consider using regionally appropriate terms or common dialect in translated models.
* Include instructions and navigational aids in translated models in the translated language rather than in English.]

**<Plan Name> | *Lista de medicamentos cubiertos para* 2025 (*Lista de medicamentos* o Formulario)**

Introducción

[*Insert on the front cover the HPMS Approved Formulary File Submission ID, Version Number.*]

Este documento se llama la *Lista de medicamentos cubiertos* (también conocido como *Lista de medicamentos*).Le informa sobre cuáles de sus medicamentos de receta [insert if applicable:y medicamentos de venta sin receta médica] [insert if applicable:y artículos de venta sin receta médica] están cubiertos por <plan name>. La *Lista de medicamentos* también le notifica si hay reglas especiales o restricciones en algunos de los medicamentos cubiertos por <plan name>. Los términos clave y sus definiciones se encuentran en el último capítulo del *Manual del miembro*.

[In accordance with CMS formulary guidance and the Prescription Drug Benefit Manual, plan must indicate when the document was last updated by including either“Actualizada el MM/DD/YYYY.” or “Sin cambios desde el MM/DD/YYYY.”

Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, llame al <toll-free number> y <TTY number>, <days and hours of operation> o visite <URL>.” on both the front and back covers of this document. Plan may include the Material ID only on the front cover.]

[*Dates used in the front and back of the formulary covers should be the same as the footer of the document.*]

[Plan must update the Table of Contents to this document to accurately reflect where the information is found on each page after plan adds plan-customized information to this template.]

Tabla de contenidos

[A. Declaraciones requeridas 5](#_Toc170208779)

[B. Preguntas frecuentes (FAQ) 6](#_Toc170208780)

[B1. ¿Qué medicamentos de receta se encuentran en la *Lista de medicamentos cubiertos*? (Llamamos “Lista de medicamentos” a la *Lista de medicamentos cubiertos* para abreviar.) 6](#_Toc170208781)

[B2. ¿La *Lista de medicamentos* cambia alguna vez? 7](#_Toc170208782)

[B3. ¿Qué sucederá cuando haya un cambio en la *Lista de medicamentos*? 7](#_Toc170208783)

[B4. ¿La cobertura de medicamentos tiene alguna restricción o límite, o hay que hacer algo en particular para obtener ciertos medicamentos? 9](#_Toc170208784)

[B5. ¿Cómo sabré si el medicamento que quiero tiene límites o si tengo que hacer algo para obtenerlo? 10](#_Toc170208785)

[B6. ¿Qué sucederá si <plan name> cambia sus reglas sobre cómo cubre algunos medicamentos (por ejemplo, requisitos de PA [aprobación], límites de cantidad o restricciones de terapia escalonada)? 10](#_Toc170208786)

[B7. ¿Cómo puedo encontrar un medicamento en la *Lista de medicamentos*? 11](#_Toc170208787)

[B8. ¿Qué pasará si el medicamento que quiero tomar no está en la *Lista de medicamentos*? 11](#_Toc170208788)

[B9. ¿Qué pasa si soy un miembro nuevo de <plan name> y no puedo encontrar mi medicamento en la *Lista de medicamentos* o tengo problemas para obtener mi medicamento? 11](#_Toc170208789)

[B10. ¿Puedo pedir al plan que haga una excepción para cubrir mi medicamento? 12](#_Toc170208790)

[B11. ¿Cómo puedo pedir una excepción? 13](#_Toc170208791)

[B12. ¿Cuánto tiempo lleva obtener una excepción? 13](#_Toc170208792)

[B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos? 13](#_Toc170208793)

[B14. ¿Qué son los productos biológicos originales y qué relación tienen con los biosimilares? 13](#_Toc170208794)

[B15. ¿Qué son los medicamentos de venta sin receta médica (OTC)? 14](#_Toc170208795)

[B16. ¿<Plan name> cubre algún producto de venta sin receta médica (OTC) que no sea un medicamento? 14](#_Toc170208796)

[B17. ¿Cuánto es mi copago? 14](#_Toc170208797)

[B18. ¿Qué son los niveles de medicamentos? 15](#_Toc170208798)

[C. Resumen de la *Lista de medicamentos cubiertos* 16](#_Toc170208799)

[C1. Medicamentos agrupados por tipos de enfermedades 17](#_Toc170208800)

[D. Índice de medicamentos cubiertos 21](#_Toc170208801)

# Declaraciones requeridas

Esta es una lista de medicamentos que los miembros pueden obtener en <plan name>.

* [Plan must include all applicable disclaimers as required in the State-specific Marketing Guidance.]
* Usted siempre puede revisar la *Lista de medicamentos cubiertos* actualizada de <plan name> en Internet, en <URL>.
* [Plans may include either the current multi-language insert or provide a Notice of Availability. Plans that choose to use the current multi-language insert per 42 CFR §§ 422.2267(e)(31) and (e)(33) should include: Contamos con servicios de interpretación gratuitos para responder sus consultas sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, llámenos al <phone number>. Una persona que hable <language> lo ayudará. Este servicio es gratuito. [This information must be included in the following languages: Spanish, Chinese, Tagalog, French, Vietnamese, German, Korean, Russian, Arabic, Italian, Portuguese, French Creole, Polish, Hindi, Japanese, and any additional languages required by the state.]

OR

Per the final rule CMS-4205-F released on April 4, 2024, §§ 422.2267(e)(31) and 423.2267(e)(33), plans may choose to provide a Notice of Availability of language assistance services and auxiliary aids and services that at a minimum states that the plan provides language assistance services and appropriate auxiliary aids and services free of charge. The plan must provide the notice in English and at least the 15 languages most commonly spoken by individuals with limited English proficiency in Illinois and must provide the notice in alternate formats for individuals with disabilities who require auxiliary aids and services to ensure effective communication.]

* Usted puede obtener este documento gratis en otros formatos, como, por ejemplo, con letra grande, en braille o en audio. Llame a Servicios al miembro al <toll-free number>, <days and hours of operation>. Los usuarios de TTY deben llamar al <TTY number>. La llamada es gratuita. [Plans must provide the information in alternate formats when a member asks for it or when the plan identifies a member who needs it.]
* [Plans that meet the 5% alternative language or Medicaid required language threshold insert: Este documento está disponible en forma gratuita en [*insert* languages that meet the threshold *as described the “Standards for required materials and content section” of the Marketing Guidance for Rhode Island Medicare-Medicaid Plans*]*.*]
* [*Plan also must simply describe:*
  + *how it will request a member’s preferred language other than English and/or alternate format,*
  + *how it will keep the member’s information as a standing request for future mailings and communications so the member does not need to make a separate request each time,* ***and***
  + *how a member can change a standing request for preferred language and/or format.*]

# Preguntas frecuentes (FAQ)

Aquí encontrará las respuestas a las preguntas que pueda tener sobre esta *Lista de medicamentos cubiertos*. Para obtener más información o buscar preguntas y respuestas, usted puede leer todas las Preguntas frecuentes. [*Plans that do not include B14, B15, and/or B17 must renumber remaining FAQs sequentially and update the Table of Contents accordingly.*]

## B1. ¿Qué medicamentos de receta se encuentran en la *Lista de medicamentos cubiertos*? (Llamamos “Lista de medicamentos” a la *Lista de medicamentos cubiertos* para abreviar.)

Los medicamentos de la *Lista de medicamentos cubiertos* en la sección <section letter> son los medicamentos cubiertos por <plan name>. Los medicamentos están disponibles en las farmacias dentro de nuestra red. Una farmacia está en nuestra red si tenemos un acuerdo con ellos para que pueda trabajar con nosotros y pueda proporcionarle servicios a usted. Nos referimos a estas farmacias como “farmacias de la red”.

* <Plan name> cubrirá todos los medicamentos médicamente necesarios de la *Lista de medicamentos*, si:
* su médico u otro profesional autorizado dice que usted los necesita para mejorar o para seguir sano, **y**
* usted surte la receta en una farmacia de la red de <plan name>.
* <Plan name> podría tener pasos adicionales para tener acceso a ciertos tipos de medicamentos (consulte la pregunta B4 abajo).

[*Plan that offers indication-based formulary design must include:* Si cubrimos un medicamento solamente para algunas afecciones médicas, lo identificamos claramente en *la Lista de medicamentos* junto con las afecciones médicas específicas que están cubiertas.]

Usted puede también consultar una lista actualizada de los medicamentos que cubrimos en nuestro sitio web en <URL> o llamando a Servicios al miembro al <toll-free number>.

## B2. ¿La *Lista de medicamentos* cambia alguna vez?

Sí, y <plan name> debe seguir las reglas de Medicare y Rhode Island Medicaid cuando se realicen cambios. Podríamos agregar o quitar medicamentos de la *Lista de medicamentos* durante el año.

También podríamos cambiar nuestras reglas sobre algunos medicamentos. Por ejemplo, podríamos:

* Decidir requerir o no requerir autorización previa (PA) o aprobación para algún medicamento. (PA es el permiso de <plan name> antes de que usted pueda obtener un medicamento).
* Aumentar o reducir la cantidad de un medicamento que usted puede obtener (llamado límite de cantidad).
* Agregar o cambiar restricciones a la terapia escalonada de un medicamento. (Terapia escalonada significa que usted podría tener que probar un medicamento antes que cubramos otro medicamento.)

Para obtener más información acerca de estas restricciones, consulte la pregunta B4 <page number>.

Si está tomando un medicamento que estaba cubierto al **principio** del año, generalmente no eliminaremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año,** a menos que:

* salga al mercado un medicamento nuevo y más barato que funcione tan bien como un medicamento en la *Lista de medicamentos* actual, **o**
* nos demos cuenta de que un medicamento no es seguro, **o**
* un medicamento sea retirado del mercado.

Las preguntas B3 y B6 de abajo contienen más información sobre lo que sucederá cuando la *Lista de medicamentos* cambie.

* Usted siempre puede leer la *Lista de medicamentos* actualizada de <plan name> en Internet, en <URL>. Las actualizaciones de la *Lista de medicamentos* se publican cada mes en nuestro sitio web.
* También puede llamar a Servicios al miembro para revisar la *Lista de medicamentos* actual al <toll-free number>.

## B3. ¿Qué sucederá cuando haya un cambio en la *Lista de medicamentos*?

Algunos cambios a la *Lista de medicamentos* ocurren **de inmediato**. Por ejemplo:

* [Plan that otherwise meets all requirements and want the option make immediate substitutions of certain new drugs (for instance, to immediately replace brand name drugs with their generic equivalents or immediately replace reference products with interchangeable biological products) must provide the following advance general notice of changes: **Sustitución de determinadas versiones nuevas de medicamentos.** Podemos eliminar en forma inmediata el medicamento de la Lista de medicamentos si lo reemplazamos por una versión nueva del medicamento, pero su gasto para el medicamento nuevo seguirá siendo el mismo [insert if applicable, for example, if the plan’s Drug List has differential cost-sharing for some generics: o será más bajo]. Cuando agregamos una nueva versión del medicamento, podemos también decidir mantener el medicamento de marca o el producto biológico original en la lista, pero cambiar sus reglas de cobertura o sus límites.
* Es posible que no le informemos antes de hacer este cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico una vez realizado.
  + Podemos hacer estos cambios solo si el medicamento que agregamos:
    - Es una nueva version genérica de un medicamento de marca o
* Es una nueva versión de ciertos biosimilares o productos biológicos originales de la *Lista de medicamentos* (por ejemplo, si agregamos un biosimilar intercambiable que puede ser sustituido por un producto biológico original sin una receta nueva).

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para obtener más información, consulte la Sección B14.

* Usted o su proveedor pueden pedir una “excepción” de estos cambios. Le mandaremos un aviso con los pasos que puede tomar para pedir una excepción. Para obtener más información sobre las excepciones, consulte la pregunta B10.]
* **Un medicamento se retira del mercado**. Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) determina que un medicamento que usted está tomando no es seguro o eficaz, o si el fabricante del medicamento lo retira del mercado, lo eliminaremos inmediatamente de la *Lista de medicamentos*. Si usted está tomando el medicamento, le enviaremos un aviso luego de realizar el cambio. [Plan should include information advising members what to do after they are notified (e.g., contact the prescribing proveedor, etc.).]

**Es posible que hagamos otros cambios que pueden afectar a los medicamentos que usted toma.** Le informaremos por adelantado sobre estos cambios en la *Lista de medicamentos*. Estos cambios pueden ocurrir si:

* La FDA provee nuevas guías o hay nuevas pautas clínicas sobre un medicamento.
* [Plan that wants the option to immediately substitute a new generic drug, insert: Eliminamos un medicamento de marca de la *Lista de medicamentos* al agregar un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado, o
* eliminamos un producto biológico original al agregar un biosimilar, o
* cambiamos las reglas de cobertura o los límites para el medicamento de marca.]
* [Plans that are not making immediate generic substitutions, insert: Agregamos un medicamento genérico y reemplazamos un medicamento de marca vigente en la *Lista de medicamentos,* o
* agregamos un biosimilar nuevo para reemplazar un producto biológico original que está en la Lista de medicamentos actualmente, o
* cambiamos las reglas de cobertura o los límites para el medicamento de marca.]

Cuando sucedan estos cambios:

* le informaremos al menos 30 días antes de que realicemos el cambio en la *Lista de medicamentos*, **o**
* le informaremos y le proporcionaremos un suministro para [*insert supply limit (must be at least the number of days in the plan’s one-month supply)*] días del medicamento luego de que usted solicite un nuevo surtido.

Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otro profesional autorizado, que pueden ayudarlo a decidir:

* si hay un medicamento similar en la *Lista de medicamentos* que usted puede tomar en su lugar **o**
* si tiene que pedir una excepción a estos cambios. Para obtener más información sobre excepciones, consulte la pregunta B10.

## B4. ¿La cobertura de medicamentos tiene alguna restricción o límite, o hay que hacer algo en particular para obtener ciertos medicamentos?

Sí, algunos medicamentos tienen reglas de cobertura o tienen límites de cantidad que usted puede obtener. En algunos casos, usted o su médico u otro profesional autorizado tendrán que hacer algo antes de poder obtener el medicamento. Por ejemplo: [Plan should omit bullets as needed and reflect only those utilization management procedures actually used by the plan]

* **Autorización previa (PA) o aprobación:** Para algunos medicamentos, usted, su médico u otro profesional de la salud deben obtener una PA de <plan name> antes de surtir su receta. <Plan name> podría no cubrir el medicamento si usted no consigue la aprobación.
* **Límites de cantidad:** A veces <plan name> limita la cantidad de un medicamento que usted puede obtener.
* **Terapia escalonada:** A veces <plan name> exige que usted siga una terapia escalonada. Esto significa que usted tendrá que probar los medicamentos para su enfermedad en un cierto orden. Usted podría tener que probar un medicamento antes de que cubramos otro medicamento. Si a su médico le parece que el primer medicamento no funciona para usted, entonces cubriremos el segundo.
* **Cobertura basada en una indicación:** Si <plan name> cubre un medicamento solo para algunas afecciones médicas, lo identificamos claramente en la *Lista de medicamentos* junto con las afecciones médicas específicas que están cubiertas.

Para averiguar si su medicamento tiene algún requisito o límite adicional, consulte la tabla de la sección <section letter/number>. Usted también puede obtener más información visitando nuestro sitio web en <URL>. [If the plan applies PA and/or step therapy, insert the following with applicable information: Tenemos en Internet [insert: un documento or documentos] que [insert: explica o explican] [insert as applicable: nuestra restricción de PA **or** nuestra restricción de terapia escalonada **or** nuestras restricciones de PA y de terapia escalonada].] También puede pedirnos que le enviemos una copia.

Usted puede pedir una excepción a esos límites. Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otro profesional autorizado. Ellos podrán ayudarle a decidir si hay algún otro medicamento similar en la *Lista de medicamentos* que usted puede tomar en su lugar o si tiene que pedir una excepción. Para obtener más información sobre las excepciones, consulte las preguntas B10 - B12.

## B5. ¿Cómo sabré si el medicamento que quiero tiene límites o si tengo que hacer algo para obtenerlo?

La tabla de medicamentosde la sección <section letter/number> tiene una columna llamada “Medidas necesarias, restricciones o límites de uso”.

## B6. ¿Qué sucederá si <plan name> cambia sus reglas sobre cómo cubre algunos medicamentos (por ejemplo, requisitos de PA [aprobación], límites de cantidad o restricciones de terapia escalonada)?

[Plan should omit information as needed and reflect only those utilization management procedures actually used by the plan.] En algunos casos, le avisaremos por adelantado si agregamos o cambiamos requisitos de PA, límites de cantidad y restricciones de terapia escalonada a un medicamento. Para obtener más información sobre este aviso por adelantado y sobre las situaciones en las cuales no le notificaremos por adelantado cuando cambiemos nuestras reglas sobre medicamentos en la Lista de medicamentos, consulte la pregunta B3.

## B7. ¿Cómo puedo encontrar un medicamento en la *Lista de medicamentos*?

Hay dos maneras de encontrar un medicamento:

* Puede buscar por orden alfabético, por el nombre del medicamento **o**
* Puede buscar por enfermedad.

Para buscar **por orden alfabético**, vaya a la Sección de Índice alfabético de medicamentos cubiertos. Usted puede encontrarla [give instructions].

Para buscar **por enfermedad**, busque la sección titulada “Medicamentos agrupados por tipos de enfermedades” de la sección <section letter/number>. Los medicamentos de esta sección están agrupados en categorías, de acuerdo con el tipo de enfermedades para las que se usan como tratamiento. Por ejemplo, si usted tiene una enfermedad del corazón, debe buscar en la categoría <therapeutic category name example>. Ahí encontrará los medicamentos que traten enfermedades del corazón.

## B8. ¿Qué pasará si el medicamento que quiero tomar no está en la *Lista de medicamentos*?

Si usted no encuentra su medicamento en la *Lista de medicamentos*, llame a Servicios al miembro al <toll-free number> y pregunte por él. Si se entera de que <plan name> no cubrirá el medicamento, usted puede hacer lo siguiente:

* Pedir a Servicios al miembro una lista de medicamentos similares al que quiere tomar. Luego, muestre la lista a su médico u otro profesional autorizado. Este podrá recetarle un medicamento similar al de la *Lista de medicamentos* que usted quiere tomar. **O**
* Pedir al plan de salud que haga una excepción para cubrir su medicamento. Para obtener más información sobre las excepciones, consulte las preguntas B10 - B12.

## B9. ¿Qué pasa si soy un miembro nuevo de **<plan name>** y no puedo encontrar mi medicamento en la *Lista de medicamentos* o tengo problemas para obtener mi medicamento?

Podemos ayudarle. Podríamos cubrir su medicamento temporariamente con un suministro de [insert supply limit (must be the number of days in plan’s one-month supply)] días de su medicamento de la Parte D o [un suministro orsuministros] de [must be at least 90] días de su medicamento cubierto por Rhode Island Medicaid, durante los primeros [must be at least 90] días que usted sea miembro de <plan name>. Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otro profesional autorizado. Ellos podrán ayudarle a decidir si hay algún otro medicamento similar en la *Lista de medicamentos* que usted puede tomar en su lugar o si tiene que pedir una excepción.

Si su receta es por menos de los días indicados, permitiremos varios resurtidos para proporcionarle hasta un máximo de [insert supply limit (must be the number of days in plan’s one-month supply)] días de medicamento.

Cubriremos un suministro de [insert supply limit (must be the number of days in plan’s one-month supply)] días de su medicamento de la Parte D o [un suministro or suministros] de [must be at least 90] días de su medicamento cubierto por Rhode Island Medicaid si:

* usted está tomando algún medicamento que no está en nuestra *Lista de medicamentos* **o**
* las reglas del plan de salud no le permiten obtener la cantidad recetada por su profesional autorizado **o**
* el medicamento requiere PA de <plan name> **o**
* usted toma algún medicamento que forma parte de una restricción de terapia escalonada.

Si usted está en un hogar para personas de la tercera edad u otro centro de cuidado a largo plazo, y necesita un medicamento que no está en la *Lista de medicamentos* o si no puede obtener fácilmente el medicamento que necesita, podemos ayudarle. Si usted ha estado en el plan por más de [insert time period (must be at least 90 days)] días, vive en una institución de cuidado a largo plazo y necesita su suministro de inmediato:

* Le cubriremos un suministro de [insert supply limit (must be at least a 31-day supply)] días del medicamento que necesite (a menos que tenga una receta para menos días), aunque sea o no sea un nuevo miembro de <plan name>.
* Esto es adicional al suministro temporal durante sus primeros [must be at least 90] días que sea un miembro de <plan name>.

[If applicable, the plan must insert a description of their transition policy for current members with changes to their level of care, as specified in Chapter 6 of the Prescription Drug Benefit Manual.]

## B10. ¿Puedo pedir al plan que haga una excepción para cubrir mi medicamento?

Sí. Usted puede pedirle a <plan name> que haga una excepción para cubrir su medicamento si no está en la *Lista de medicamentos*.

Usted también puede pedirnos un cambio a las reglas de su medicamento.

* Por ejemplo, <plan name> podría limitar la cantidad que cubriremos de un medicamento. Si su medicamento tiene un límite, usted puede pedirnos que quitemos el límite y que cubramos más.
* Otros ejemplos: Usted puede pedirnos que quitemos las restricciones de terapia escalonada o los requisitos de PA.

## B11. ¿Cómo puedo pedir una excepción?

Para solicitar una excepción, llame a [plan should include information on the best person to call – e.g., your care manager, your care team, Member Services]. [Insert: Su administrador de cuidados, Su equipo para el cuidado de salud, **or** Servicios al miembro] trabajará con usted y su proveedor para ayudarlo a pedir una excepción. También puede leer el Capítulo 9 [plan may insert a reference, as applicable] del *Manual del miembro* para obtener más información sobre excepciones.

## B12. ¿Cuánto tiempo lleva obtener una excepción?

Tras recibir una declaración de su profesional autorizado apoyando su petición de una excepción, le comunicaremos una decisión al respecto en un plazo de 72 horas. [*Plans include concise instructions about how and where plan members or their prescribers must send the statement.*]

Si usted o su profesional autorizado piensan que su salud podría deteriorarse si tiene que esperar 72 horas para obtener una decisión, entonces usted puede pedir una excepción acelerada (una decisión más rápida). Si su profesional autorizado apoya su petición, le daremos una decisión a más tardar 24 horas después de recibir la declaración de apoyo de su profesional autorizado.

## B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?

Los medicamentos genéricos están hechos con los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Generalmente cuestan menos que los medicamentos de marca y funcionan igual de bien. En general, no tienen marcas tan conocidas. Los medicamentos genéricos son aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA). Hay medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca. En general, los medicamentos genéricos pueden ser reemplazados por los medicamentos de marca en la farmacia sin necesidad de una receta nueva, según las leyes de cada estado.

<Plan name> cubre tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos.

## B14. ¿Qué son los productos biológicos originales y qué relación tienen con los biosimilares?

Cuando decimos medicamentos, esto puede hacer referencia un fármaco o un producto biológico. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos comunes. Es por esto que, en lugar de tener una forma genérica tienen formas que se denominan biosimilares. En general, los biosimilares funcionan igual de bien que los productos biológicos originales y pueden costar menos. Hay biosimilares alternativos para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según las leyes de cada estado, pueden ser reemplazados por un producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una receta nueva, al igual que los medicamentos genéricos pueden ser sustituidos por medicamentos de marca.

Para obtener más información sobre los tipos de medicamentos, consulte el Capítulo 5 del *Manual del miembro.*

## B15. ¿Qué son los medicamentos de venta sin receta médica (OTC)?

[Only a plan that covers OTC drugs should include question B15.]

OTC quiere decir "medicamentos de venta sin receta médica". <Plan name> cubre algunos medicamentos de venta sin receta médica cuando son recetados por su proveedor.

Usted puede leer la Lista de medicamentos de <plan name> para saber qué medicamentos de venta sin receta médica están cubiertos.

[Plan should include OTC drugs they pay for and that were included on the integrated formulary approved by CMS and the state in the Drug List. They should provide cost-sharing information there as well.]

## B16. ¿<Plan name> cubre algún producto de venta sin receta médica (OTC) que no sea un medicamento?

[Only a plan that covers non-drug OTC products should include question B16.]

<Plan name> cubre algunos productos de venta sin receta médica que no son medicamentos cuando son recetados por su proveedor.

[Plan should include the following language: Ejemplos de productos de venta sin receta médica que no son medicamentos incluyen <examples of plan’s covered non-drug OTC products>.]

Usted puede leer la Lista de medicamentos de <plan name> para saber qué productos de venta sin receta médica que no son medicamentos están cubiertos.

[Plan should include non-drug OTC products they pay for in the Drug List. They should provide cost-sharing information there as well.]

## B17. ¿Cuánto es mi copago?

[Plan with no copays in any tier insert: Como miembro de <plan name>, usted no tiene copagos por medicamentos de receta y medicamentos de venta sin receta médica, siempre y cuando siga las reglas de <plan name>.]

[Plan with copays in any tier insert: Usted puede leer la Lista de medicamentos de <plan name> para enterarse sobre los copagos de cada medicamento. Los miembros de <plan name> que vivan en hogares para personas de la tercera edad u otras instituciones de cuidado a largo plazo no tendrán copagos. Tampoco tendrán copagos algunos miembros que reciban cuidado a largo plazo en la comunidad.]

[Plan with copays in any tier must also provide an explanation; refer to the example of tiered copays below. Plan should modify the explanation below consistent with their tier model, to include the range of applicable cost-sharing amounts for each tier (and a statement that the copay varies depending on the person’s level of Medicaid eligibility), and a description of the types of drugs (e.g., generics, brands, and/or OTCs) on each tier. Plan must ensure the tier label or description of the types of drugs on each tier is consistent with the guidance regarding generic tier labels in the 2016 Final Call Letter. If the plan has no copays for one or more tiers of drugs, the plan should modify the copay information accordingly.

Los copagos están organizados por niveles. Los niveles son grupos de medicamentos con el mismo copago.

* Los medicamentos de Nivel 1 tienen el copago más bajo. Son medicamentos genéricos. El copago es de <amount> a <amount>, dependiendo de sus ingresos.
* Los medicamentos de Nivel 2 tienen un copago intermedio. Son medicamentos de marca. El copago es de <amount> a <amount>, dependiendo de sus ingresos.
* Los medicamentos de Nivel 3 tienen un copago más alto. Tienen un copago de <amount>.]

## B18. ¿Qué son los niveles de medicamentos?

[Only a plan with no copays in any tier should include question B18.

Los niveles son grupos de medicamentos de nuestra Lista de medicamentos.

Plan must provide a description of each of their drug tiers and the types of drugs (e.g., generic, brand, and/or OTC) in each tier.

Plan with no copays in any tier include tier examples such as the following:

* Los medicamentos de Nivel 1 son medicamentos genéricos.
* Los medicamentos de Nivel 2 son medicamentos de marca.

Plan must ensure the tier label or description of the types of drugs on each tier is consistent with their approved plan benefit package. Plan must also include a statement that all tiers have no copay.]

# Resumen de la *Lista de medicamentos cubiertos*

La *Lista de medicamentos cubiertos* le da información sobre los medicamentos cubiertos por <plan name>. Si usted tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, consulte el Índice de medicamentos cubiertos que comienza en la sección <section letter>. El índice alfabético enumera todos los medicamentos cubiertos por <plan name>.

[**Note:** Plan 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, free first fill drugs, limited access drugs, and drugs covered under the medical benefit (for home infusion drugs only). While the symbols and abbreviations must appear whenever applicable, the plan is not required to provide associated explanations on every page. They must, however, provide a general footnote on every page stating: Usted puede encontrar información acerca de los significados de los símbolos y abreviaturas en esta tabla en [insert description of where information is available, such as section].]

[**Note:** Any OTC drugs or products on the plan’s approved integrated formulary must be included on the Drug List. For non-Part D drugs or OTC items that are covered by Medicaid, please place an asterisk (\*) or another symbol by the drug to indicate that the member may need to follow a different process for appeals.]

**Nota:** El símbolo <symbol used by the plan> junto a un medicamento significa que el medicamento no es un “Medicamento de la Parte D”. La cantidad que usted paga cuando surta una receta de este medicamento no cuenta en el costo total de sus medicamentos (o sea, la cantidad que usted paga no le ayuda para cumplir con los requisitos para la cobertura catastrófica).

* Además, si recibe Ayuda adicional para pagar sus recetas, usted no recibirá ninguna Ayuda adicional para pagar estos medicamentos. Para obtener más información sobre Ayuda adicional, consulte la información en el recuadro [plan insert: de abajo o arriba].

|  |
| --- |
| **Ayuda adicional** es un programa de Medicare que ayuda a personas de ingresos y recursos limitados a reducir sus gastos en medicamentos de receta de la Parte D de Medicare, como primas, deducibles y copagos. Ayuda adicional también se llama “Subsidio por bajos ingresos” o “LIS”. |

* Estos medicamentos también tienen reglas diferentes para las apelaciones. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos alguna decisión de cobertura y que la cambiemos si le parece que hemos cometido un error. Por ejemplo, podríamos decidir que un medicamento que usted quiere ya no está cubierto por Medicare o Rhode Island Medicaid.
* Si usted o su proveedor no están de acuerdo con nuestra decisión, usted puede apelar. Para pedir instrucciones sobre cómo apelar, llame a Servicios al miembro al <toll-free number>. Usted también puede enterarse de cómo apelar una decisión en el Capítulo 9 [plan may insert a reference, as applicable] del *Manual del miembro*.

## C1. Medicamentos agrupados por tipos de enfermedades

Los medicamentos de esta sección están agrupados en categorías, de acuerdo con el tipo de enfermedades para las que se usan como tratamiento. Por ejemplo, si usted tiene una enfermedad del corazón, debe buscar en la categoría <therapeutic category name example>. Ahí encontrará los medicamentos que traten enfermedades del corazón.

[If the plan uses codes in the “Necessary actions, restrictions, or limits on use” column, they should include a key. Plan is not required to include a key on every page, but plan must provide a general footnote on every page stating: **Usted puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de este cuadro en [insert description of where information is available**].The key below is only an example. Plan does not have to use the same abbreviations/codes.]

| Estos son los significados de los códigos usados en la columna “Medidas necesarias, restricciones o límites de uso”:  (g) = Solo se cubre la versión genérica de este medicamento. La versión de marca no está cubierta.  M = La versión de marca de este medicamento está en Nivel 3. La versión genérica está en Nivel 1.  PA = Autorización previa (aprobación): usted debe tener aprobación del plan antes de poder obtener este medicamento.  ST = Terapia escalonada: usted tiene que probar otro medicamento, antes de poder utilizar este. |
| --- |

La primera columna de la tabla contiene el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca están escritos en mayúsculas (p. ej.: <BRAND NAME EXAMPLE>), y los medicamentos genéricos están escritos en cursivas minúsculas (p. ej.: <generic example>). La información de la columna titulada “Medidas necesarias, restricciones o límites de uso” le indica si <plan name> tiene alguna regla para cubrir su medicamento.

[Plan has the option to insert a table to illustrate drugs either by therapeutic category or by therapeutic category further divided into classes. An example of each type of table is presented below.]

**<Therapeutic Category>** – [The plan may add/delete rows as needed but must leave no blank rows after populating table. Optional: The plan is encouraged to insert a plain language description of the category. The plan can include additional therapeutic categories as needed.]

| Nombre del medicamento | Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago) | Medidas necesarias, restricciones o límites de uso |
| --- | --- | --- |
| <AZASAN> | <$0–$3 (Tier 3)> | <PA> |
|  |  |  |
|  |  |  |

or

**<Therapeutic Category> –** [The plan may add/delete rows as needed but must leave no blank rows after populating table. Optional: The plan is encouraged to insert a plain language description of the category. Plan can include additional therapeutic categories further divided into classes as needed.]

| Nombre del medicamento | Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago) | Medidas necesarias, restricciones o límites de uso |
| --- | --- | --- |
| <Therapeutic Class Name 1> –[Optional:<Plain Language Description>] | | |
| <Drug Name 1> | <Tier Level> | <Util. Mgmt.> |
| <Drug Name 2> | <Tier Level> | <Util. Mgmt.> |
| <Therapeutic Class Name 2>– [Optional:<Plain Language Description>] | | |
| <Drug Name 1> | <Tier Level> | <Util. Mgmt.> |
| <Drug Name 2> | <Tier Level> | <Util. Mgmt.> |

[**General Drug Table instructions**:

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

Plan should include OTC drugs they pay for and that were included on the integrated formulary approved by CMS and the state in the Drug List. They should provide cost-sharing information there as well.

Plan should include non-drug OTC products they pay for in the Drug List. They should provide cost-sharing information there as well.

Plan may include a “plain-language” description of the therapeutic category next to the name of each category. For example, instead of only including the category, “Dermatological Agents,” plan would include “Dermatological Agents – Drugs to treat skin conditions.”

List therapeutic categories alphabetically within the table, and list drugs alphabetically under the appropriate therapeutic category. If plan uses the second option and further divides the categories into classes, 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.

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.]

[**“Name of Drug” column instructions:**

Brand name drugs should be capitalized (e.g., DRUG A). Generic drugs should be lowercase and italicized, e.g., penicillin. Plan may include the generic name of a drug next to the brand name.

If there are differences in formulary status, tier placement, quantity limit, PA, 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), plan 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). The drug will be counted as a single drug when determining whether the plan has included two drugs within each therapeutic category/class.]

[**“What the drug will cost you (tier level)” column instructions:**

Plan should put the appropriate tier level in parentheses next to the copay or range of copays as shown in the example above.]

[**Necessary actions, restrictions, or limits on use column instructions:**

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

Plan must explain any symbols or abbreviations used to show use restrictions, drugs that are available via mail order, non-Part D drugs or OTC items that are covered by Medicaid, free-first-fill drugs, limited-access drugs, and drugs covered under the medical benefit (for home infusion drugs only and for a plan that specifically requests and is approved in the plan benefit package to bundle home infusion drugs and services under the medical benefit). Plan may also use abbreviations to show drugs that are not available via mail order.

**Note:** Health plan may want to add this bullet if the plan offers generic use incentive programs permitting zero or reduced cost sharing on first generic refills:

* Le proporcionaremos este medicamento de receta [insert as appropriate: sin costo **or** a costo reducido] la primera vez que surta la receta.]

# Índice de medicamentos cubiertos

[Plan must include an alphabetical listing of all drugs included in the formulary that indicates the page where members can find coverage information for that drug. Plan may use more than one column for the index listing. The inclusion of this list is required and should start on a separate page.]