# Instructions to Health Plans

* [*Plans are subject to the notice requirements under Section 1557 of the Affordable Care Act. For more information, refer to https://www.hhs.gov/civil-rights/for-individuals/section-1557.*]
* [*If plans do not use the term “Member Services”, plans should replace it with the term the plan uses.*]
* [*Where the template instructs inclusion of a phone number, plans must ensure it is a toll-free number and include a toll-free TTY/TDD number and days and hours of operation*.]
* [*Plans should note that the EOC is referred to as the “Member Handbook”. If plans do not use the term “Member Handbook,” plans should replace it with the term the plan uses.*]
* [*Plans should include all drugs/items covered under the Part D and Medicaid pharmacy benefits. This includes only those drugs on plans’ approved Part D formulary and approved Additional Demonstration Drug (ADD) file. Plans may not include OTC drugs and/or items offered as a plan supplemental benefit that are in excess of Medicaid-required OTC drugs and/or items.*]
* [*Plans may place a QR code on materials to provide an option for members to go online.*]
* [*Plans have the option of deleting the footer following the introduction (e.g., the footer is not necessary in the actual list of drugs)*]
* [*Plans may add a Table of Contents to this document*.]

## <Plan name> | Lista de medicamentos cubiertos para <year> (Formulario)

[In accordance with Section 60.4 of the Medicare Marketing Guidelines (MMG), plans must indicate when the document was last updated including either “Updated MM/YYYY” or “No changes made since MM/YYYY.” Plans must include their contact information on both the front and back cover in accordance with Section 60.4.1 of the MMG.]

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

* <Plan’s legal or marketing name> es un plan de salud que tiene contrato con Medicare y Medicaid de Ohio para proporcionar los beneficios de los dos programas a los miembros.
* La lista de medicamentos cubiertos y/o las redes de farmacias y proveedores pueden cambiar a lo largo del año. Le enviaremos un aviso antes de hacer un cambio que le afecte.
* Los beneficios [y/o copagos] pueden cambiar el 1° de enero de cada año.
* Usted siempre puede revisar la Lista de medicamentos cubiertos actualizada de <plan name> en internet en <web address>.
* Se pueden aplicar limitaciones [, copagos,] y restricciones. Para obtener más información, llame a <Member Services> de <plan name> o lea el Manual del miembro de <plan name>.
* [Plans that charge $0 copays for all Part D drugs may delete this disclaimer.] Los copagos de medicamentos de receta podrían variar de acuerdo con el nivel de Ayuda adicional que usted reciba. Comuníquese con el plan para conocer más detalles.
* Si habla [*insert language of the disclaimer*], tiene disponible los servicios de asistencia de idioma gratis. Llame al [*insert Member Services phone and TTY/TDD numbers, and days and hours of operation*]. La llamada es gratuita. [*This disclaimer must be included in Spanish and any other non-English languages that meet the Medicare and/or state thresholds for translation.*]
* Usted puede obtener este documento gratis en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame al <toll-free phone and TTY/TDD numbers>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita.
* [Plans must also describe how members can make a standing request to get this document, now and in the future, in a language other than English or in an alternate format.]

## Preguntas frecuentes (FAQ)

Encuentre aquí las respuestas a las preguntas que usted tenga sobre esta Lista de medicamentos cubiertos. Usted puede leer todas las Preguntas frecuentes para saber más o buscar preguntas y respuestas.

1. ¿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 que comienza en la página <page number> son los medicamentos cubiertos por <plan name>. Estos medicamentos están disponibles en las farmacias dentro de nuestra red. Una farmacia está en nuestra red si tenemos un acuerdo con ellos, para trabajar con nosotros y 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, si:
* Su médico u otro proveedor médico 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 cierto tipos de medicamentos (lea la pregunta 5 de abajo).

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

1. ¿La Lista de medicamentos cambia alguna vez?

Sí. <Plan name> podría agregar o quitar medicamentos de la Lista de medicamentosdurante el año. De manera general, la Lista de medicamentossólo cambiará si:

* Aparece un medicamento más barato, que funcione tan bien como algún medicamento que se encuentre actualmente en la Lista de medicamentos, ***o***
* Nos enteramos que algún medicamento no es seguro.

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

* Decidir si exigir o no aprobación previa para algún medicamento. (*Aprobación previa* es el permiso de <plan name> antes 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 de tratamiento progresivo de un medicamento. (*Terapia progresiva* significa que usted podría tener que probar un medicamento antes que cubramos otro medicamento.)

(Para obtener más información sobre estas reglas para medicamentos, lea la página <page number>.)

Le avisaremos cuando quitemos de la Lista de Medicamentos algún medicamento que usted esté tomando. También le diremos cuando cambiemos nuestras reglas para cubrir algún medicamento. Las preguntas 3, 4 y 7 de abajo tienen más información sobre lo que sucederá cuando cambie la Lista de medicamentos.

* Usted siempre puede leer la Lista de medicamentosactualizada de <plan name> en internet, en <web address>. También puede llamar a <Member Services> para revisar la Lista de medicamentosactual, al <toll-free number>.

1. ¿Qué sucederá cuando aparezca un medicamento más barato que funcione tan bien como algún medicamento que se encuentre actualmente en la Lista de medicamentos?

Si usted toma algún medicamento que hayamos quitado de la lista porque hay un medicamento más barato que funciona tan bien, le avisaremos. Le avisaremos por lo menos 60 días antes de sacarlo de la Lista de medicamentoso la próxima vez que pida un resurtido. En ese momento, usted podrá obtener un suministro de 60 días del medicamento antes de que se haga el cambio en la Lista de medicamentos. [Plans should explain how beneficiaries will get this notification.]

1. ¿Qué sucederá cuándo averigüemos que algún medicamento no es seguro?

Si la Administración de alimentos y medicamentos (FDA) dice que algún medicamento no es seguro, lo quitaremos inmediatamente de la Lista de medicamentos. También le enviaremos una carta avisándole. [Plans should include information advising beneficiaries what to do after they get this letter (e.g., comuníquese con el médico que le haya recetado, etc.).]

1. ¿La cobertura de medicamentos tiene alguna restricción o límite? ¿O hay que hacer algo en particular para poder obtener ciertos medicamentos?

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

* **Aprobación previa** **(o autorización previa):** Para algunos medicamentos, usted o su médico deben obtener una aprobación de <plan name> antes de surtir su receta. Si usted no consigue la aprobación, <plan name> podría no cubrir el medicamento.
* **Límites de cantidad:** A veces <plan name> limita la cantidad de un medicamento que usted puede obtener.
* **Tratamiento progresivo:** A veces <plan name> exige que usted siga un tratamiento progresivo. Esto significa que usted tendrá que probar los medicamentos en un cierto orden para su enfermedad. 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.

Usted puede averiguar si su medicamento tiene algún requisito o límite adicional, leyendo las tablas de las páginas <page numbers>. Usted también puede obtener más información en nuestro sitio web en <web address>. [Plans that apply prior authorization and/or step therapy insert the following with applicable information: Tenemos en internet [un documento or documentos] explicando [insert as applicable: nuestra restricción de aprobación previa **or** nuestra restricción de tratamiento progresivo **or** nuestras restricciones de aprobación previa y de tratamiento progresivo.] También puede pedirnos que le enviemos una copia.

Usted también puede pedir una "excepción" a esos límites. Por favor lea la pregunta 11 para más información sobre las excepciones.

* Si usted está en un hogar para personas de la tercera edad u otra institución de cuidados a largo plazo y necesita algún medicamento que no esté en la Lista de medicamentos, podemos ayudarle. Cubriremos un suministro de emergencia de [must be at least 31] días del medicamento que usted necesite (a menos que tenga una receta para menos días), sin importar que usted sea o no un miembro nuevo de <plan name>. Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otro proveedor médico. Ellos podrán ayudarle a decidir si hay algún otro medicamento similar en la Lista de medicamentosque usted pueda tomar en su lugar o si tiene que pedir una excepción. Por favor lea la pregunta 11 para más información sobre las excepciones.

1. ¿Cómo sabe si el medicamento que usted quiere tiene limitaciones o si tiene que hacer algo para obtenerlo?

La Lista de medicamentosde la página <page number> tiene una columna llamada "Medidas necesarias, restricciones o límites de uso.”

1. ¿Qué sucederá si cambiamos nuestras reglas sobre cómo cubrimos algunos medicamentos? Por ejemplo, si agregamos requisitos de autorización (aprobación) previa, límites de cantidad o restricciones de tratamiento progresivo a algún medicamento.

[Plans should omit information as needed and reflect only those utilization management procedures actually used by the plan:] Le avisaremos si agregamos requisitos de aprobación previa, límites de cantidad y/o restricciones de tratamiento progresivo a un medicamento. Le avisaremos por lo menos 60 días antes de agregar la restricción o cuando pida su siguiente resurtido. En ese momento, usted podrá obtener un suministro de 60 días del medicamento antes de que se haga el cambio en la Lista de medicamentos. Esto le dará tiempo para hablar con su médico sobre qué hacer después.

1. ¿Cómo puede encontrar un medicamento en la Lista de medicamentos?

Hay dos maneras de encontrar un medicamento:

* Puede buscar por orden alfabético (si usted sabe cómo se escribe el nombre del medicamento), ***o***
* Puede buscar por enfermedad.

Para buscar **por orden alfabético**, vaya a la sección alfabética de la lista. Usted puede encontrarla [give instructions].

Para buscar **por enfermedad**, busque la sección titulada “Lista de medicamentos por enfermedad” de la página <page 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, usted debe buscar en la categoría <therapeutic category name example>. Ahí encontrará los medicamentos que traten enfermedades del corazón.

1. ¿Qué pasará si el medicamento que usted quiere 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 que <plan name> no cubrirá el medicamento, usted puede hacer uno de los siguientes:

* Pida a Servicios al miembro una lista de medicamentos similares al que quiera tomar. Luego, muestre la lista a su médico u otro proveedor médico. Éste podrá recetarle un medicamento similar al de la Lista de medicamentosque usted quiere tomar. ***O,***
* Usted también puede pedir al plan que haga una excepción para cubrir su medicamento. Por favor lea la pregunta 11 para más información sobre las excepciones.

1. ¿Qué pasará si usted es un miembro nuevo de <plan name> y no puede encontrar su medicamento en la Lista de medicamentos o tiene problemas para obtener su medicamento?

Podemos ayudarle. Podríamos cubrir su medicamento temporariamente con [un suministro **or** suministros] de [must be at least 30] días de su medicamento 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 proveedor médico. Ellos podrán ayudarle a decidir si hay algún otro medicamento similar en la Lista de medicamentosque usted pueda tomar en su lugar o si tiene que pedir una excepción.

Cubriremos un suministro de [must be at least 30] días de su medicamento si:

* usted está tomando algún medicamento que no esté en nuestra Lista de medicamentos, ***o***
* las reglas del plan de salud no le permiten obtener la cantidad recetada por su proveedor médico, ***o***
* el medicamento requiere aprobación previa de <plan name>, ***o***
* usted toma algún medicamento que forma parte de una restricción de tratamiento progresivo.

Si usted vive en un hogar para personas de la tercera edad u otra institución de cuidados a largo plazo, usted puede resurtir su receta hasta por [must be at least 91 and may be up to 98] días. Usted podrá resurtir el medicamento varias veces durante sus primeros [must be at least 90] días en el plan. Esto le dará tiempo a su proveedor médico para cambiar su medicamento por alguno que esté en la Lista de medicamentoso para pedir una excepción.

[**Note:** Plans must insert their transition policy for current enrollee with level-of-care changes, if applicable, as specified in section 30.4.7 of Chapter 6 of the Prescription Drug Benefit Manual.]

1. ¿Puede pedir al plan que haga una excepción para cubrir   
   su medicamento?

Sí. Usted puede pedirle a <plan name> que haga una excepción para cubrir su medicamento si éste 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 tratamiento progresivo o los requisitos de aprobación previa.

1. ¿Cuánto tiempo toma obtener una excepción?

Primero, debemos recibir una declaración de su proveedor médico apoyando su pedido de una excepción. Después de recibir la declaración, le daremos una decisión sobre su pedido de excepción a más tardar en 72 horas.

Si usted o su proveedor médico piensan que su salud podría deteriorarse si tiene que esperar 72 horas para obtener una decisión, entonces usted puede pedir una excepción acelerada. Ésta es una decisión más rápida. Si su proveedor médico apoya su pedido, le daremos una decisión a más tardar 24 horas después de recibir la declaración de apoyo de su proveedor médico.

1. ¿Cómo puede pedir una excepción?

Para pedir un excepción, llame a [plans should include information on the best person to call – e.g., su coordinador de cuidados, su equipo de cuidados **or** un representante de servicios al miembro] que trabajará con usted y su proveedor para ayudarle a pedir una excepción.

1. ¿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 no tienen marcas tan conocidas. Los medicamentos genéricos son aprobados por la Administración de alimentos y medicamentos (FDA).

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

1. ¿Qué son los medicamentos de venta libre (OTC)?   
   [This question is optional. Plans should include this question   
   only if the plan covers OTC drugs.]

OTC quiere decir “medicamentos que se venden sin receta". Usted puede comprar medicamentos de venta libre cuando están escritos por un proveedor en las recetas.

Usted puede leer la Lista de medicamentosde <plan name> para ver qué medicamentos de venta libre están cubiertos.

[Plans 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.]

1. ¿<Plan name> cubre algún producto de venta libre que no sea un medicamento? [This question is optional. Plans should include this question only if the plan covers OTC non-drug products.]

<Plan name> cubre algunos productos de venta libre que no son medicamentos.

Usted puede leer la Lista de medicamentosde <plan name> para ver qué productos de venta libre, que no son medicamentos, están cubiertos.

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

1. ¿Cuánto es su copago?

[Plans with no copays in any tier insert: Como miembro de <plan name> usted no tiene copagos por medicamentos de receta y de venta libre (OTC), siempre y cuando usted siga las reglas del plan.]

[Plans with copays in any tier insert: Usted puede leer la Lista de medicamentos de <plan name> para enterarse de los copagos de cada medicamento.

Los miembros de <plan name> que vivan en hogares para personas de la tercera edad u otras instituciones de cuidados a largo plazo, no tendrán copagos. Tampoco tendrán copagos algunos miembros que reciban cuidados a largo plazo en la comunidad.]

[Plans with copays in any tier must also provide an explanation; see the example of tiered copays below. Plans 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. Plans 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 CY 2016 Final Call Letter. If a 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 los mismos copagos.

* 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 el copago más alto. Tienen un copago de <amount>.]

1. ¿Qué son los niveles de medicamentos?

[Only plans with no copays in any tier should include question 18.]

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

[Plans 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.

Plans 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.

Plans 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 CY 2016 Final Call Letter and consistent with their approved plan benefit package. Plans must also include a statement that all tiers have no copay.]

### Lista de medicamentos cubiertos por enfermedad

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

La lista de medicamentos cubiertos [de abajo **or** que comienza en la página siguiente]le da información sobre los medicamentos cubiertos por <plan name>. Si usted tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, lea el Índice que comienza en la página <index page number>.

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.

[**Note:** Plans must provide information on the following items when applicable to specific drugs and explain 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, plans are not required to provide associated explanations on every page. They must, however, provide a general footnote on every page stating: You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to [insert description of where information is available, such as page number].]

[**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 beneficiary 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 Parte D”. La cantidad que usted paga cuándo surta una receta de este medicamento no cuenta hacia el costo total de sus medicamentos (o sea, la cantidad que usted paga no le ayuda para ser elegible para cobertura catastrófica). Además, si usted está recibiendo Ayuda adicional para pagar sus recetas, usted no recibirá ninguna Ayuda adicional para pagar estos medicamentos. 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 Medicaid. Si usted o su médico 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 leyendo el Manual del miembro.

<Therapeutic Category 1> – [Optional: Plans can insert a plain language description of the category.]

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

[If plans use codes in the “Necessary actions, restrictions, or limits on use” column, they should include a key. Plans are not required to include a key on every page, but plans must provide a general footnote on every page stating: You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to [insert description of where information is available, such as page number]. The key below is only an example; plans do not have to use the same abbreviations/codes:]

[Estos son los significados de los códigos usados en la columna "Pasos necesarios, restricciones o límites de uso:

(g) = Sólo 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 progresiva: Usted debe probar otro medicamento antes de poder obtener éste.]

Estos son los significados de los códigos usados en la columna "Medidas necesarias, restricciones o límites de uso”:

(g) = Sólo 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 progresiva: Usted debe probar otro medicamento antes de poder obtener éste.

<Therapeutic Category 2> – [Optional: Plans can insert a plain language description of the category.]

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre del medicamento | Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago) | Medidas necesarias,  restricciones o límites de uso |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

[If plans use codes in the “Necessary actions, restrictions, or limits on use” column, they should include a key. Plans are not required to include a key on every page, but plans must provide a general footnote on every page stating: You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to [insert description of where information is available, such as page number]. The key below is only an example; plans do not have to use the same abbreviations/codes:]

[Plans also have the option to further divide the therapeutic categories into classes as shown below:]

Estos son los significados de los códigos usados en la columna "Medidas necesarias, restricciones o límites de uso”:

(g) = Sólo 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 progresiva: Usted debe probar otro medicamento antes de poder obtener éste.

<Therapeutic Category 1> – [Optional: Plans can insert a plain language description of the category.]

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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.> |

[Even if a plan uses this option, if plans use codes in the “Necessary actions, restrictions, or limits on use” column, they should include a key. Plans are not required to include a key on every page, but plans must provide a general footnote on every page stating: You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to [insert description of where information is available, such as page number].]

##### [General Drug Table instructions:

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

Plans 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 copay information there as well.

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

Plans 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,” plans 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 plans use the second option and further divide 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. 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). 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:

Plans 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

Plans 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.

Plans 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 plans that specifically request and are approved in the plan benefit package to bundle home infusion drugs and services under the medical benefit). Plans may also use abbreviations to show drugs that are not available via mail-order.

**Note:** Health plans 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.]

##### [Index of Drugs

Plans 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. Plans may use more than one column for the index listing. The inclusion of this list is required and should start on a separate page.]