***[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 which may be used for anabridged 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 marketing 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 to 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 marketing, benefits and beneficiary protections, beneficiary communications, and formularies (these would include PDBM chapters 3, 5, and 6).]*

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

**<*mandatory* Plan Name>**

**<Year>[<Abridged>] Formulary**

**([<Partial>] List of Covered Drugs)**

**FAVOR DE LEER: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN ACERCA DE ABOUT [***insert the following if applicable: <***ALGUNOS>] DE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN**

[<HPMS Approved Formulary File Submission ID, Version Number>]

*[The following information must appear on both the front and back covers of abridged formularies: “[Insert one*: <This abridged formulary was updated on <MM/DD/YYYY>.>*or <*We have made no changes to this abridged formulary since MM/DD/YYYY.>] Esta no es una lista completa de los medicamentos cubiertos por nuestro plan. Para ver una lista completa, o si tiene otras preguntas, póngase en contacto con *[optional <*us*>,]*<*mandatory*Plan *or* Sponsor Name>*[optional <*Member Services*>,]* llamando al <Toll-free Number> o, para los usuarios de TTY, *<*Toll-free TTY Number>,<Days/Hours of Operation>, o visite <insert web address>.*]*

*[The following information must appear on both the front and back covers of comprehensive formularies: [Insert one*: <This formulary was updated on <MM/DD/YYYY>.>*or <*We have made no changes to this formulary since MM/DD/YYYY.>*] “*Este vademécum se actualizó el <xx/xx/xxxx>. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, póngase en contacto con *[optional <*us*>,]*<*mandatory*Plan *or* Sponsor Name>*[optional <*Member Services*>,]* llamando al <Toll-free Number> o, para los usuarios de TTY, *<*Toll-free TTY Number>,<Days/Hours of Operation>, o visite <insert web address>.*]*

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

**Nota a los miembros existentes**: Este formulario ha cambiado desde el año pasado. Examine este documento para asegurarse de que aún contiene lo medicamentos que usted toma.

Cuando esta lista de medicamentos (formulario) se refiere a “nosotros,” “nos,” o “nuestro,” quiere decir <insert Sponsor Name>. Cuando se refiere a “plan” o “nuestro plan,” quiere decir <insert 2017 Plan Name>.

Este documento incluye *[insert if abridged*<apartial>*]* lista de medicamentos (formulario) para nuestro plan que está al día el<formulary revision date>. Para *[insert for abridged*a complete,>*][insert for comprehensive*<an>*]*el formulario actualizado, póngase en contacto con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última vez que actualizamos el formulario, aparece en las cubiertas delantera y trasera.

Generalmente, debe utilizar farmacias de red para utilizar su beneficio de medicamentos de receta. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias, y/o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de <XXXX>, y de vez en cuando durante el año.

# ¿Qué es el Formulario del <*mandatory* Plan Name><Abridged>?

Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por <Plan Name> consultando con un equipo de proveedores de atención médica, que representa las terapias de receta que se cree son parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Generalmente, <Plan Name> cubrirá los medicamentos enumerados en nuestro formulario siempre que el medicamento sea necesario por motivos médicos, la receta se surta en una farmacia de la red de <Plan Name> y se sigan otras reglas del plan. Para mayor información acerca de cómo surtir sus recetas, examine su Evidencia de Cobertura.

*[For abridged]*Este documento es un formulario parcial e incluye solamente algunos de los medicamentos cubiertos por <Plan Name>. Para ver una lista completa de todos los medicamentos de receta cubiertos por <Plan Name>, visite nuestro sitio web o llámenos. Nuestra información de contacto junto con la fecha de la última vez que actualizamos el formulario, aparece en las cubiertas delantera y trasera.

# ¿Puede cambiar el Formulario (lista de medicamentos)?

Generalmente, si está tomando un medicamento de nuestro formulario de <contract year> que estaba cubierto al principio del año, no eliminaremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura < contract year> excepto cuando un medicamento genérico nuevo y menos caro esté disponible o cuando se divulgue nueva información adversa acerca de la seguridad o eficacia de un medicamento. Otros tipos de cambios al formulario, tales como quitar un medicamento del mismo, no afectarán a los miembros que estén tomando el medicamento actualmente. Seguirá estando disponible al mismo costo compartido para los miembros que lo tomen durante el resto del año de cobertura. Creemos que es importante que tenga acceso continuo durante el resto del año de cobertura a los medicamentos del formulario que estaban disponibles cuando eligió nuestro plan, excepto en los casos en que pueda ahorrar más dinero o podamos garantizar su seguridad.

Si quitamos medicamentos de nuestro formulario [o] añadimos, después de obtener autorización, límites de cantidades y/o restricciones de terapia en pasos que afecten a un medicamento [*insert if plan has multiple tiers:* o trasladamos un medicamento a un nivel más alto de costo compartido], debemos notificar a los miembros afectados del cambio al menos 60 días antes de que entre en vigor, o en el momento en que el miembro solicite que se le repita la receta del medicamento, cuando el miembro recibirá un suministro de 60 días del medicamento. Si la Administración de Alimentos y Medicamentos considera que uno de los medicamentos de nuestro formulario no es seguro o el fabricante del medicamento lo retira del mercado, retiraremos inmediatamente el medicamento de nuestro formulario y notificaremos a los miembros que toman el medicamento. El formulario adjunto está al día el <formulary date>. Para obtener información actualizada acerca de los medicamentos cubiertos por <Plan Name>, póngase en contacto con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en las cubiertas delantera y trasera.*[Note: Insert information about plan’s process for updating print formularies (e.g., via errata sheets) in the event of mid-year non-maintenance formulary changes.]*

# ¿Cómo se utiliza el Formulario?

Hay dos maneras de encontrar su medicamento en el formulario:

## Condición Médica

El formulario empieza en la página <table page number>. Los medicamentos de este formulario están agrupados en categorías según el tipo de condición médica para el tratamiento de la cual se utilizan. Por ejemplo, los medicamentos que se utilizan para tratar una condición cardiaca se enumeran bajo la categoría, <“category name example”>. Si sabe para qué se utiliza su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que empieza < on page number / below / on the next page >. Después, busque su medicamento bajo el nombre de la categoría.

## Lista Alfabética

Si no está seguro de la categoría bajo la cual buscar, debe buscar su medicamento en el Índice que empieza en la página <index page number>. El Índice da una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. Tanto los medicamentos de marca como los genéricos se enumeran en el Índice. Mire en el Índice para encontrar su medicamento. Al lado de su medicamento verá el número de la página donde puede encontrar información de cobertura. Vaya a la página indicada en el Índice y busque el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

# ¿Qué son medicamentos genéricos?

<Plan Name> cubre tanto medicamentos de marca como los medicamentos genéricos. Un medicamento genérico está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) indicando que tiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Generalmente, los medicamentos genéricos cuestan menos que los medicamentos de marca.

# ¿Hay restricciones en mi cobertura?

Es posible que algunos medicamentos cubiertos tengan requisitos adicionales o límites de cobertura. Estos requisitos y límites pueden incluir: ***[Note:****Plans may omit bullets as needed in order to reflect actual utilization management procedures used by the plan.]*

* **Autorización Previa:**<Plan Name> requiere que usted [o su médico] obtenga autorización previa para ciertos medicamentos. Esto quiere decir que necesitará obtener la aprobación de <Plan Name> antes de surtir sus recetas. Si no obtiene aprobación, es posible que <Plan Name> no cubra el medicamento.
* **Límites de Cantidad:** Para ciertos medicamentos, <Plan Name> limita la cantidad de medicamento que cubrirá <Plan Name> . Por ejemplo, <Plan Name> proporciona <number of units> por receta para <drug name>. Esto puede ser además de un suministro estándar de un mes o tres meses.
* **Terapia en Pasos:** En algunos casos, <Plan Name> requiere que pruebe primero ciertos medicamentos para tratar su condición médica antes de que cubramos otro medicamento para esa condición. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B tratan su condición médica, es posible que <Plan Name> no cubra el Medicamento B a menos que pruebe primero el Medicamento A. Si el Medicamento A no le va bien, <Plan Name> cubrirá entonces el Medicamento B.

Puede averiguar si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales mirando en el formulario que empieza en la página <table page number>. También puede obtener más información acerca de las restricciones aplicadas a medicamentos específicos cubiertos visitando nuestro sitio Web.[*Sponsors that apply prior authorization and/or step therapy insert the following with applicable information:* We have posted on line [a document *or* documents] that explain our [*insert as applicable* prior authorization restriction *or* step therapy restriction *or* prior authorization and step therapy restrictions.] También puede pedirnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del vademécum, aparece en las cubiertas delantera y trasera.

Puede pedirle a <Plan Name> que haga una excepción a estas restricciones a límites, o pedirle una lista de otros medicamentos parecidos que puedan tratar su condición médica. Vea la sección, “¿Qué tengo que hacer para solicitar una excepción al formulario de <Plan Name’s> ?” en la página <exception page number> para ver información acerca de la manera de solicitar una excepción.

# ¿Qué son medicamentos que no necesitan receta (Over The Counter - OTC)?

Los medicamentos OTC son medicamentos que no necesitan receta que, generalmente, no están cubiertos por un Plan de Medicamentos de Receta de Medicare. <Plan Name> paga ciertos medicamentos OTC. *[Note: Include a list of OTC drugs the plan pays for with administrative funds.*] <Plan Name> proveerá estos medicamentos OTC sin costo para usted. El costo para <plan name> de estos medicamentos OTC no contará para sus costos totales de medicamentos de Parte D (es decir, la cantidad que paga usted no cuenta para la falta de cobertura).

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

Si su medicamento no está incluido en este formulario (lista de medicamentos cubiertos), lo primero que debe hacer es ponerse en contacto con Servicios de Miembros y preguntar si está cubierto su medicamento. *[Insert for abridged formularies:* Este documento incluye solamente una lista parcial de medicamentos cubiertos, así que puede que <Plan Name> cubra su medicamento. Para mayor información, póngase en contacto con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última vez que actualizamos el formulario, aparece en las cubiertas delantera y trasera.*]*

Si averigua que <Plan Name> no cubre su medicamento, tiene dos opciones:

* Puede pedirle a Servicios de Miembros una lista de medicamentos parecidos que estén cubiertos por <Plan Name>. Cuando reciba la lista, enséñesela a su médico y pídale que le recete un medicamento parecido que esté cubierto por <Plan Name>.
* Le puede pedir a <Plan Name> que haga una excepción y cubra su medicamento. Vea la información que aparece a continuación para ver cómo solicitar una excepción.

# ¿Cómo se solicita una excepción al Formulario de <*mandatory* Plan Name’s> ?

Le puede pedir a <Plan Name> que haga una excepción a nuestras reglas de cobertura. Hay varios tipos de excepciones que puede pedirnos que hagamos.

* [Puede pedirnos que cubramos un medicamento aún si no está en nuestro formulario. Si se aprueba, este medicamento se cubrirá a un nivel predeterminado de costo compartido, y usted no podría pedirnos que proporcionemos el medicamento a un nivel más bajo de costo compartido.]
* [*Insert if plan has multiple tiers:* Puede pedirnos que cubramos un medicamento del formulario a un nivel más bajo de costo compartido [si este medicamento no está en el nivel de especialidad]. Si se aprueba, esto reduciría la cantidad que debe pagar usted por su medicamento.]
* Puede pedirnos que demos una exención para las restricciones o límites de cobertura de su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, <Plan Name> limita la cantidad de medicamento que cubrimos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, pude pedirnos que otorguemos una exención para el límite y que cubramos una cantidad mayor.

Generalmente, <Plan Name> solamente aprobará su solicitud de excepción si los medicamentos de alternativa incluidos en el formulario del plan, [el medicamento de costo compartido más bajo] o las restricciones de utilización adicionales no serían tan efectivas en el tratamiento de su condición y/o harían que usted tuviera efectos médicos adversos.

Debe ponerse en contacto con nosotros para pedirnos una decisión de cobertura inicial para una excepción al formulario, [*insert if plan has multiple tiers*] o de las restricciones de utilización. **Cuando solicite una excepción al formulario,** [*insert if plan has multiple tiers*] **o de restricciones de utilización, debe presentar una declaración de su recetador o médico apoyando su solicitud.** Generalmente, tenemos que tomar una decisión dentro de las 72 horas siguientes a recibir la declaración de apoyo de su recetador. Puede solicitar una excepción acelerada (rápida) si usted o su médico cree que su salud podría verse severamente dañada si espera 72 horas para recibir una decisión. Si su solicitud de acelerar se concede, debemos darle una decisión no más de 24 horas después de recibir una declaración de apoyo de su médico u otro recetador.

# ¿Qué hago antes de poder hablar con mi médico acerca de cambiar mis medicamentos o solicitar una excepción?

Como miembro nuevo de o si continua en nuestro plan, puede que esté tomando medicamentos que no estén en nuestro formulario. O puede que esté tomando un medicamento que esté en el formulario pero su habilidad de obtenerlo sea limitada. Por ejemplo, puede que necesite autorización previa nuestra antes de poder surtir su receta. Debe hablar con su médico para decidir si debería cambiar a un medicamento apropiado que cubramos o solicitar una excepción al formulario para que cubramos el medicamento que toma. Mientras habla con su médico para determinar el rumbo correcto que seguir, puede que cubramos su medicamento en ciertos casos durante los primeros <*must be at least 90*> días que sea miembro de nuestro plan.

Para cada uno de sus medicamentos que no esté en nuestro formulario o si su habilidad de obtener sus medicamentos es limitada, cubriremos un suministro temporal de <*must be at least 30*> días (a menos que tenga una receta que indique un número de días menor) cuando vaya a una farmacia de la red. Después de su primer suministro de <*must be a least 30*> días, no pagaremos por estos medicamentos, aún si ha sido miembro del plan menos de <*must be at least 90*> días.

Si es residente de una clínica de cuidado de largo plazo, permitiremos que repita su receta hasta que le hayamos provisto un suministro de transición de <*must be at least 91 and may be up to a 98*> días, consistente con el incremento de suministro (a menos que tenga una receta que indique un número menor de días). Cubriremos más de una repetición de estos medicamentos durante los primeros <*must be at least 90*> días que sea miembro de nuestro plan. Si necesita un medicamento que no esté en nuestro formulario o si su habilidad de obtener sus medicamentos es limitada, pero ya han pasado los primeros <*must be at least 90*> días de membresía en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia de <*must be at least 31*> días de ese medicamento (a menos que tenga una receta que indique un número menor de días) mientras tramita una excepción al formulario.

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

# Para mayor información

Para obtener información más detallada acerca de su cobertura de medicamentos de receta de <Plan Name> , examine su Evidencia de Cobertura y otros materiales del plan.

Si tiene preguntas acerca de <Plan Name>, póngase en contacto con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del vademécum, aparece en las cubiertas delantera y trasera.

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

# Formulario de <Plan Name’s>

El formulario <abridged> <below/that begins on the next page> proporciona información de cobertura acerca de <some of> los medicamentos cubiertos por <Plan Name>. Si tiene dificultades para encontrar su medicamento en la lista, vaya al Índice que empieza en la página <index page number>.

*[Insert the following paragraph for Abridged formulary only:* Recuerde: Ésta es solo una lista parcial de los medicamentos cubiertos por <Plan Name>. Si su receta no está en este formulario parcial, póngase en contacto con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del formulario, aparece en la cubierta delantera y trasera.*]*

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

La información de la columna de Requisitos/Límites le dice si <Plan Name> tiene algún requisito especial para la cobertura de su medicamento.

***[Note:****Sponsors 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, excluded drugs that are covered by the plan; free first fill drugs; limited access drugs’ drugs covered in the coverage gap; 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* “You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to *[insert of description where information is available, such as*page number *or* end [*or*] beginning of this table*.]”*

* *Los planes que cubren medicamentos excluidos de Parte D deben utilizar esta columna para indicar que ciertos medicamentos están disponibles solamente a través de su beneficio. Los planes pueden indicar esto con un asterisco/otro símbolo y una nota de pie de página que diga:* “Normalmente, este medicamento de receta no está cubierto en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados. La cantidad que pague cuando surta una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que pague no le ayuda a ser elegible para la cobertura catastrófica). Además, si está recibiendo la “ayuda adicional” para pagar sus recetas, no la recibirá para pagar por este medicamento. ***[Note****: Plans must insert any additional restrictions on this coverage, including any capped benefit limit.]”*
* *Los planes que ofrecen programas de incentivo de uso genérico que permiten que no haya costo compartido (o que permiten costo compartido reducido) para los primeros surtidos genéricos cuando un miembro accede a utilizar el medicamento genérico en vez de la versión de marca deben indicar los medicamentos a los cuales aplica este programa. Los planes pueden indicar esto con un asterisco/otro símbolo y una nota de pie de página que diga:* “Este medicamento de receta se proveerá con un costo compartido de <zero>/<reduced> la primera vez que lo surta.”
* *Los planes que restringen el acceso a medicamentos limitando la distribución a un subgrupo de farmacias de red deben indicar estos medicamentos. Los planes pueden indicar esto con un asterisco/otro símbolo y una nota de pie de página que diga:* “Es posible que esta receta esté disponible solamente en ciertas farmacias. Para mayor información, consulte su Directorio de Farmacias o llame a Servicios de Miembros al <toll-free number>, <days and hours of operation>. Los usuarios de TTY deben llamar al <toll-free TTY number>.”
* *Los planes que proporcionan cobertura adicional para ciertos medicamentos en la falta de cobertura deben indicar esto con un asterisco/otro símbolo y una nota de pie de página que diga*, “Proporcionamos cobertura adicional de este medicamento de receta en la falta de cobertura. Consulte nuestra Evidencia de Cobertura para mayor información acerca de esta cobertura.”
* *Los planes que proporcionan límites de cantidad para ciertos medicamentos deben indicar la cantidad (días de suministro o cantidad suministrada).*
* *Los planes MA-PD o de costo que decidan proporcionar cobertura para medicamentos de infusión en el hogar de Parte D como parte de un pago agrupado bajo un beneficio suplementario de Parte C deben indicarlo con un asterisco/otro símbolo y una nota de pie de página que diga,* “Este medicamento de receta <is>/<may be> cubierto bajo nuestro beneficio médico. Para mayor información, consulte su Directorio de Farmacias o llame a Servicios de Miembros al <toll-free number>, <days and hours of operation>. Los usuarios de TTY deben llamar al <toll-free TTY number>.”

*Tabla de Medicamentos - Opción 1*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre del Medicamento** | **Nivel de 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 de 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.> |

*Instrucciones generales de la Tabla de Medicamentos:*

*Los medicamentos OTC no pueden incluirse en la tabla de vademécum que enumera medicamentos adjudicados a venta, sino que deben aparecer en una lista o tabla aparte.*

*Los encabezados de columna deben repetirse en cada página de la tabla.*

*Para los sub-encabezados de la tabla, los planes tienen la opción de utilizar solamente la categoría terapéutica (Opción de Tabla 1) o tanto la categoría terapéutica como la clase terapéutica (Opción de Tabla 2). Los nombres de categoría o clase deben ser los mismos que los que se encuentran en el formulario aprobado por CMS.*

*Los planes tienen la opción de incluir una descripción de “lenguaje sencillo” de la categoría/clase terapéutica al lado del nombre de cada categoría/clase. Por ejemplo, en vez de incluir solamente la categoría, “Agentes Dermatológicos,” los Planes pueden incluir “Agentes Dermatológicos - Medicamentos para tratar las condiciones cutáneas.”*

*Para la Opción de Tabla 2, las categorías terapéuticas deben enumerarse en orden alfabético en la tabla. Los medicamentos deben enumerarse entonces en orden alfabético bajo la categoría terapéutica apropiada; no deben clasificarse por clase terapéutica. Para la Opción de Tabla 2, las categorías terapéuticas deben enumerarse en orden alfabético y las clases terapéuticas deben enumerarse en orden alfabético bajo la categoría apropiada. Después, los medicamentos deben enumerarse en orden alfabético bajo la clase terapéutica apropiada.*

*En el caso de un formulario abreviado, la tabla debe incluir al menos dos medicamentos cubiertos para cada categoría/clase terapéutica excepto cuando solo un medicamento existe en la categoría o clase o cuando dos medicamentos existen en la categoría o clase, pero uno de ellos es clínicamente superior al otro según su formulario aprobado por CMS.*

*Instrucciones de la columna del Nombre del Medicamento:*

*Los medicamentos de marca deben estar en letras mayúsculas, por ejemplo, MEDICAMENTO A. Los medicamentos genéricos deben estar en minúsculas y en cursiva, por ejemplo, penicilina. Los planes pueden incluir el nombre genérico de un medicamento al lado del nombre de marca.*

*Si hay diferencias en la categoría del formulario, la colocación de nivel, el límite de cantidad, autorización previa, terapia en pasos, u otras restricciones u ofertas de beneficios (por ejemplo, disponible por encargo por correo, etc.) para un medicamento basadas en diferencias en formas de dosificación o potencia, el formulario debe identificar claramente cómo tratará las distintas formulaciones del mismo medicamento. Por ejemplo, si un medicamento tiene una colocación de nivel distinta según la dosificación (por ejemplo, 20 mg está en el Nivel 1 y 40 mg está en el Nivel 4), los planes deben incluir el medicamento dos veces en la tabla con las distintas dosificaciones enumeradas al lado del nombre del medicamento (por ejemplo, MEDICAMENTO A, 20 mg y MEDICAMENTO A, 40 mg). El medicamento se contará como un solo medicamento al determinar si el plan ha incluido los dos medicamentos dentro de cada categoría/clase terapéutica.*

*Instrucciones de la Columna de Nivel del Medicamento:*

*Para planes que proporcionen distintos niveles de costos compartidos para los medicamentos según su nivel, los patrocinadores deben incluir una columna indicando la colocación de nivel del medicamento. Para planes de un solo nivel (por ejemplo, todos los planes estándar definidos), los patrocinadores tiene la opción de eliminar la columna. Los planes pueden elegir de entre varios métodos para indicar la colocación de nivel incluyendo números de su paquete de beneficios de plan (por ejemplo, 1/ 2/ 3), nombre de nivel estándar de su paquete de beneficios de plan (por ejemplo, genérico/ marca preferida/ otra marca), cantidades de copago (por ejemplo, $10/$20/$35), o porcentajes de coseguro (por ejemplo, 10%/25%). Se prefieren los dos últimos métodos ya que, generalmente, son más fáciles de entender para los miembros. Si se utiliza uno de los dos métodos anteriores, los planes deben dar una explicación antes de la tabla explicando la cantidad de copago o el porcentaje de coseguro asociado con cada número de nivel o nombre de nivel. Las opciones anteriores también están disponibles para patrocinadores con planes de un solo nivel; en esos planes esperamos que se ingrese la misma información en la columna al lado de cada medicamento enumerado (por ejemplo, identificar todos los medicamentos como Nivel 1 o sujetos a un coseguro del 25%).*

*Los planes que tienen distintas cantidades de copago o distintos porcentajes de coseguro para recetas minoristas y de encargo por correo pueden incluir las cantidades minoristas y de encargo por correo en la misma columna o incluir columnas aparte para las recetas minoristas y de encargo por correo.*

*Instrucciones de la columna de Requisitos/Límites:*

*Los Planes de Parte D deben indicar los procedimientos de administración de utilización que pueda haber (por ejemplo, autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad, etc.), reglas especiales de cobertura, y/o procedimientos de encargo por correo para cada medicamento de la columna de Requisitos/Límites.*

*Los Planes pueden incluir abreviaturas dentro de esta columna (por ejemplo, QL para límites de cantidad [Quantity Limits]) pero deben incluir una explicación al principio de la tabla del formulario explicando cada abreviatura.*

# Índice de Medicamentos

*[Appropriate language, including disclaimers, is expected to appear in this document on topics including: Federal contracting (MMG §50.1); formulary (MMG § 60.5); material ID Number (MMG §40.1); non-English translations (MMG §50.4).]*

*[BACK COVER]*

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