**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. Plan **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.]
* [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. 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.*
* *Consider producing translated models in large print.*]

**<Plan name>|** ***Lista de medicamentos cubiertos* para 2021 (Formulario)**

Introducción

Este documento se llama la *Lista de medicamentos cubiertos* (también llamado la 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] 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>. Palabras importantes 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 en MM/DD/YYYY” *or* “Sin cambios desde MM/DD/YYYY” *along with* “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 <web address>” *on both the front and back covers of this document. Plan may include the Material ID only on the front cover*.]

[*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 contenido

[A. Renuncias de garantías 5](#_Toc46156378)

[B. Preguntas frecuentes (FAQ) 5](#_Toc46156379)

[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.) 5](#_Toc46156380)

[B2. ¿La Lista de medicamentos cambia alguna vez? 6](#_Toc46156381)

[B3. ¿Qué sucede cuando se hace un cambio a Lista de medicamentos? 7](#_Toc46156382)

[B4. ¿La cobertura de medicamentos tiene alguna restricción o límite o hay que hacer algo en particular para obtener ciertos medicamentos? 9](#_Toc46156383)

[B5. ¿Cómo sabrá si el medicamento que usted quiere tiene límites o si tiene que hacer algo para obtenerlo? 9](#_Toc46156384)

[B6. ¿Qué sucederá si cambiamos nuestras reglas sobre cómo cubrimos algunos medicamentos (por ejemplo, requisitos de autorización (aprobación) previa, límites de cantidad o restricciones de terapia escalonada)? 10](#_Toc46156385)

[B7. ¿Cómo puede encontrar un medicamento en la Lista de medicamentos? 10](#_Toc46156386)

[B8. ¿Qué pasará si el medicamento que usted quiere tomar no está en la Lista de medicamentos? 10](#_Toc46156387)

[B9. ¿Qué pasa 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? 11](#_Toc46156388)

[B10. ¿Puede pedir al plan que haga una excepción para cubrir su medicamento? 12](#_Toc46156389)

[B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción? 12](#_Toc46156390)

[B12. ¿Cuánto tiempo toma obtener una excepción? 12](#_Toc46156391)

[B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos? 12](#_Toc46156392)

[B14. ¿Qué son los medicamentos de venta sin receta médica (OTC)? 13](#_Toc46156393)

[B15. ¿<Plan name> cubre algún producto de venta sin receta médica (OTC) que no sea un medicamento? 13](#_Toc46156394)

[B16. ¿Cuánto es su copago? 13](#_Toc46156395)

[B17. ¿Qué son los niveles de medicamentos? 14](#_Toc46156396)

[C. Información general de la *Lista de medicamentos cubiertos* 14](#_Toc46156397)

[C1. Medicamentos agrupados por tipos de enfermedades 15](#_Toc46156398)

[D. Índice de medicamentos cubiertos 20](#_Toc46156399)

# A. Renuncias de garantías

Ésta 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> por internet en <web address>.
* ATENCIÓN: Si usted habla [*insert language of the disclaimer*], tiene disponible servicios de asistencia de idioma sin costo. Llame al [insert Member Services toll-free phone and TTY numbers, and days and hours of operation]. Los usuarios de TTY deben llamar al <TTY number>. 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 pedir este documento en otros formatos, como letras grandes, braille o 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 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*.]

# B. 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 para buscar preguntas y respuestas.

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* que comienza en la página <page number> 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 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 de medicamentos, 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 ciertos tipos de medicamentos (lea la pregunta B4 de abajo).

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

Usted también puede 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>.

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

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

También podemos cambiar nuestras reglas sobre 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 puede obtener un medicamento.)
* Aumentar o reducir la cantidad de un medicamento que usted puede obtener (llamado límite de cantidad).
* Agregar o cambiar restricciones de terapia escalonada de un medicamento. (Terapia progresiva significa que usted podría tener que probar un medicamento antes que cubramos otro medicamento.)

Para obtener más información acerca de estas restricciones, lea la pregunta B4.

Si usted está tomando algún medicamento que estuvo cubierto al **principio** del año, por general no le quitamos o cambiamos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**, a menos que:

* un medicamento nuevo y más económico que es igual de eficiente que un medicamento que se encuentra actualmente en la Lista de medicamentos llega al mercado, **o**
* nos damos cuenta de que un medicamento no es seguro, **o**
* un medicamento es eliminado del mercado.

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

* Usted siempre puede leer la Lista de medicamentos actualizada de <plan name> por internet, en <web address>.
* También puede llamar a Servicios al miembro para revisar la Lista de medicamentos actual, al <toll-free number>.

## B3. ¿Qué sucede cuando se hace un cambio a Lista de medicamentos?

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

* [*Plan that otherwise meets all requirements and want the option to immediately replace brand name drugs with their generic equivalents must provide the following advance general notice of changes:* **Un medicamento genérico nuevo llega a estar disponible.** A veces, un nuevo medicamento genérico que es igual de eficiente que un medicamento de marca que se encuentra actualmente en la Lista de medicamentos llega al mercado. Cuando eso ocurre, podemos eliminar el medicamento de marca y agregar el nuevo medicamento genérico, pero su costo para el medicamento nuevo será 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 el medicamento genérico nuevo, también podemos decidir mantener el medicamento de marca en la lista, pero cambiar sus reglas o límites de cobertura.
* Es posible que no le notifiquemos cuando se haga este cambio, pero le mandaremos información sobre el cambio específico que hemos hecho una vez realizado.
* Usted o su proveedor pueden solicitar una excepción de estos cambios. Le mandaremos una notificación con los pasos que puede tomar para solicitar una excepción. Por favor lea la pregunta B10 para más información sobre excepciones.]
* **Un medicamento es eliminado del mercado**. Si la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) dice que un medicamento no es seguro o si el fabricante del medicamento lo retira del mercado, lo quitaremos de la Lista de medicamentos. También le enviaremos una carta avisándole. [P*lan should include information advising members what to do after they get this letter (e.g., contact the prescribing doctor, etc.).*]

**Podemos hacer otros cambios que pueden afectar las medicinas que usted toma.** Podemos notificarle por adelantado sobre esos otros cambios a la Lista de medicamentos. Estos cambios pueden ocurrir si:

* La FDA publica nuevas directrices o hay nuevos lineamientos clínicos sobre un medicamento.
* [*Plan that wants the option to immediately substitute a new generic drug, insert:* Agregamos un medicamento genérico que no es nuevo en el Mercado **y**
* Reemplazamos un medicamento de marca actualmente en la Lista de medicamentos **o**
* Cambiamos las reglas de cobertura o los límites del medicamento de marca.]
* [*Plan that is not making immediate generic substitutions, insert:* Agregamos un medicamento genérico **y**
* Reemplazamos un medicamento de marca actualmente en la Lista de medicamentos **o**
* Cambiamos las reglas de cobertura o los límites del medicamento de marca]

Cuando suceden estos cambios:

* Le informaremos al menos 30 días antes de que realicemos el cambio a la Lista de medicamentos **o**
* Leinformaremos 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 médico con otra persona que recete medicamentos. Él o ella pueden ayudarle a decidir:

* Si hay un medicamento similar en la Lista de medicamentos que usted puede tomar en su lugar **o**
* Si pedir una excepción de estos cambios. Para más información sobre las excepciones, por favor lea 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 en la cantidad que usted puede obtenerlos. En algunos casos, usted o su médico u otro proveedor médico 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*]

* **Aprobación previa (o autorización previa):** Para algunos medicamentos, usted, su médico u otro profesional de la salud deben obtener una aprobación 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 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.
* **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.

Usted puede averiguar si su medicamento tiene algún requisito o límite adicional, leyendo los cuadros de las páginas <page numbers>. Usted también puede obtener más información en nuestro sitio web en <web address>. [*If the plan applies* *prior authorization and/or step therapy, insert the following with applicable information:* Por internet tenemos [*insert*: un documento *or* documentos] que [*insert as applicable:* explica *or* explican] [*insert as applicable:* nuestra restricción de autorización previa *or* nuestra restricción de terapia escalonada *or* nuestras restricciones de autorización previa y de terapia escalonada.]] También puede pedirnos que le enviemos una copia.

Usted también puede pedir una excepción a esos límites. 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 medicamentos que usted pueda tomar en su lugar o si tiene que pedir una excepción. Para más información sobre las excepciones, por favor lea las preguntas B10 – B12.

B5. ¿Cómo sabrá si el medicamento que usted quiere tiene límites o si tiene que hacer algo para obtenerlo?

La *Lista de medicamentos cubiertos* de la página <page number> tiene una columna llamada “Medidas necesarias, restricciones o límites de uso”.

B6. ¿Qué sucederá si cambiamos nuestras reglas sobre cómo cubrimos algunos medicamentos (por ejemplo, requisitos de autorización (aprobación) previa, 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 aprobación previa, límites de cantidad y restricciones de terapia escalonada a un medicamento. Para más información sobre esta notificación por adelantado y situaciones cuando no le notificaremos por adelantado cuando nuestras reglas sobre los medicamentos en la Lista de medicamentos cambian, por favor lea la pregunta B3.

B7. ¿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 Índice de Medicamentos Cubiertos. 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.

B8. ¿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 algo de lo siguiente:

* Pida a Servicios al miembro una lista de medicamentos similar al que quiera tomar. Luego, muestre la lista a su médico o a otro proveedor médico. Éste podrá recetarle un medicamento de la Lista de medicamentos que es similar al que usted quiere tomar. **O**,
* Usted también puede pedir al plan de salud que haga una excepción para cubrir su medicamento. Para más información sobre excepciones, por favor lea las preguntas B10-B12.

B9. ¿Qué pasa 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 temporeramente por [un suministro *or* suministros] 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, 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 o con otro proveedor médico. Ellos podrán ayudarle a decidir si hay algún otro medicamento similar en la Lista de medicamentos que usted pueda tomar en su lugar o si tiene que pedir una excepción.

Si su receta es escrita por menos de los días indicados, le permitiremos múltiples suministros hasta un máximo de [*insert supply limit (must be the number of days in plan’s one-month supply)*] días de su 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 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 forme parte de una restricción de terapia escalonada.

Si usted está en un hogar para personas de la tercera edad o en otra institución de cuidados a largo plazo, y necesita un medicamento que no está en la Lista de medicamentos o si no puede obtener 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 cuidados 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 temporero durante los 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 section 30.4.7 of Chapter 6 of the Prescription Drug Benefit Manual.*]

B10. ¿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 terapia escalonada o los requisitos de aprobación previa.

## B11. ¿Cómo puedo solicitar 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 ayudarle a solicitar una excepción. Usted también puede leer el Capítulo 9, [*plan may insert a reference, as applicable*], del *Manual del miembro*, para más información sobre excepciones.

## B12. ¿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 en 24 horas después de recibir la declaración de apoyo de su proveedor médico.

## 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 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.

B14. ¿Qué son los medicamentos de venta sin receta médica (OTC)?

[Only a plan that covers OTC drugs should include question B14.]

OTC quiere decir "medicamentos de venta sin receta médica". <Plan name> cubre algunos medicamentos OTC cuando están prescritos por su doctor.

Usted puede leer la Lista de medicamentos de <plan name>, para ver qué medicamentos OTC 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.*]

B15. ¿<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 B15.]

<Plan name> cubre algunos productos que no son medicamentos de venta sin receta médica cuando han sido prescritos por su doctor.

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

Usted puede leer la Lista de medicamentos de <plan name> para ver qué productos que no son medicamentos de venta sin receta médica 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.*]

## B16. ¿Cuánto es su copago?

[*Plan with no copays in any tier insert:* Como miembro de <plan name>, usted no tendrá ningún copago por medicamentos de receta o sin receta médica (OTC), siempre y cuando usted 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 de los copagos de cada medicamento. Los miembros de <plan name> que viven en hogares para personas de la tercera edad o en otras instituciones de atención a largo plazo, no tendrán copagos. Tampoco tendrán copagos algunos miembros que reciban atención a largo plazo en la comunidad.]

[*Plan with copays in any tier must also provide an explanation; see 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 CY 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 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. Estos tienen un copago de <amount>.]

## B17. ¿Qué son los niveles de medicamentos?

[*Only a plan with no copays in any tier should include question B17*.

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 the guidance regarding generic tier labels in the CY 2016 Final Call Letter and consistent with their approved plan benefit package. Plan must also include a statement that all tiers have no copay*.]

# C. Información general 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, revise el Índice de Medicamentos Cubiertos que comienza en la página <page number>. 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 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, the plan is 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 member may need to follow a different process for appeals*.]

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

**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 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 está recibiendo Ayuda adicional para pagar sus recetas, usted no recibirá ninguna Ayuda adicional para pagar estos medicamentos. Para más información sobre la Ayuda adicional, por favor lea la información en el recuadro [*plan insert*: abajo *or* en la página <page number>].
* 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 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 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 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.

[*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 abreviaciones de este cuadro, en** [***insert description of where information is available, such as page number***]*. 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 “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.

La primera columna de la tabla muestra el nombre del medicamento. Medicamentos de marca están en mayúscula (e.g., <BRAND NAME EXAMPLE>), y medicamentos genéricos se enumeran en cursiva minúscula (e.g., <generic example>). La información en la columna “Medidas necesarias, restricciones o límites de uso” le dice si <plan name> tiene reglas de cobertura para 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 formular*y.]

##### [“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, 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), 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 rellene la receta]

# D. 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.*]