Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos de receta como paciente ambulatorio a través del plan

Introducción

Este capítulo explica las reglas para obtener sus medicamentos de receta como paciente ambulatorio. Son medicamentos que su proveedor solicita por usted y que consigue a través de una farmacia o por correo. Incluyen medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare y Medicaid. [Plans with no cost sharing, delete the next sentence.] En el Capítulo 6 [plans may insert reference, as applicable] se indica cuánto pagará usted por estos medicamentos. Los términos clave y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

<Plan name> también cubre los siguientes medicamentos, aunque no se mencionen en este capítulo:

* Medicamentos cubiertos por la Parte A de Medicare. Estos incluyen algunos medicamentos que reciba mientras esté en un hospital o centro de enfermería.
* Medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare. Algunos medicamentos de quimioterapia, algunas inyecciones de medicamentos que usted obtiene durante una visita al consultorio de un médico u otro proveedor y medicamentos que usted recibe en una clínica de diálisis. Para saber más sobre qué medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare, consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4 [plans may insert reference, as applicable].

**Reglas del plan para la cobertura de medicamentos de pacientes ambulatorios**

El plan generalmente cubrirá sus medicamentos, siempre y cuando, usted siga las reglas de esta sección.

1. Un médico u otro proveedor debe recetarlos. Muchas veces esta persona es su proveedor de cuidado primario (PCP). [Plans may modify or delete the next sentence as appropriate.] También puede ser otro proveedor.
2. Generalmente, para surtir su receta, usted deberá usar una farmacia de la red.
3. Su medicamento recetado debe estar incluido en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan, a la que llamamos “Lista de medicamentos”, para abreviar.

* Si no está en la Lista de medicamentos, es posible que podamos cubrirla si le damos una excepción.
* Consulte el Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable] para saber cómo pedir una excepción.

1. Su medicamento debe ser usado para una indicación aceptada médicamente. Esto significa que el uso del medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o respaldado por determinados textos médicos.

[Plans should refer members to other parts of the handbook using the appropriate chapter number, section, and/or page number. For example, "refer to Chapter 9, Section A, page 1." An instruction [plans may insert reference, as applicable] is listed next to each cross reference throughout the handbook.]

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

Tabla de contenidos

[A. Surtido de recetas 4](#_Toc74637531)

[A1. Surtido de recetas en una farmacia de la red 4](#_Toc74637532)

[A2. Uso de su tarjeta de identificación de miembro cuando surta una receta 4](#_Toc74637533)

[A3. Qué hacer si cambia una receta a otra farmacia de la red 4](#_Toc74637534)

[A4. Qué hacer si su farmacia se retira de la red 4](#_Toc74637535)

[A5. Uso de una farmacia especializada 5](#_Toc74637536)

[A6. Uso de servicios de pedidos por correo para obtener sus medicamentos 5](#_Toc74637537)

[A7. Obtener un suministro a largo plazo de sus medicamentos 9](#_Toc74637538)

[A8. Uso de una farmacia que no esté en la red del plan 9](#_Toc74637539)

[B. Lista de medicamentos del plan 10](#_Toc74637540)

[B1. Medicamentos en la Lista de medicamentos 10](#_Toc74637541)

[B2. Cómo encontrar un medicamento en la Lista de medicamentos 10](#_Toc74637542)

[B3. Medicamentos que no están en la Lista de medicamentos 11](#_Toc74637543)

[B4. Los niveles [*Plans that do not have cost sharing in any tier may omit*: de costo compartido] de la Lista de Medicamentos 12](#_Toc74637544)

[C. Límites en algunos medicamentos 12](#_Toc74637545)

[D. Razones por las cuales su medicamento podría no estar cubierto 14](#_Toc74637546)

[D1. Obtención de un suministro temporal 15](#_Toc74637547)

[E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos 17](#_Toc74637548)

[F. Cobertura de medicamentos en casos especiales 20](#_Toc74637549)

[F1. Si usted está en un hospital o un centro de enfermería especializada durante un período cubierto por el plan 20](#_Toc74637550)

[F2. Si usted está en un centro de cuidado a largo plazo 20](#_Toc74637551)

[F3. Si usted está en un programa de hospicio certificado por Medicare 20](#_Toc74637552)

[G. Programas sobre seguridad y administración de medicamentos 21](#_Toc74637553)

[G1. Programas para ayudar a los miembros a usar medicamentos de forma segura 21](#_Toc74637554)

[G2. Programas para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos 21](#_Toc74637555)

[G3. Programa de administración de medicamentos para ayudar a los miembros a usar de manera segura sus medicamentos opioides 22](#_Toc74637556)

# Surtido de recetas

## A1. Surtido de recetas en una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, el plan pagará por recetas **solo** si son surtidas en las farmacias de la red del plan. Una farmacia de la red es una farmacia que aceptó surtir recetas para los miembros de nuestro plan. Usted puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red.

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*, ir a nuestro sitio web o comunicarse con Servicios al miembro [insert if applicable: o con su administrador de cuidados].

## A2. Uso de su tarjeta de identificación de miembro cuando surta una receta

Para surtir su receta, **muestre su tarjeta de identificación de miembro** en su farmacia de la red. La farmacia de la red le cobrará al plan su medicamento de receta cubierto. [Plans with no cost sharing, delete the rest of this paragraph:] Si usted tiene un copago por un medicamento, es posible que deba pagarle un copago a la farmacia cuando retire su medicamento. Si usted no puede pagar por el medicamento, comuníquese con Servicios al miembro, o pídale al farmacéutico que llame inmediatamente a la oficina de ayuda para farmacias de <plan name>. Haremos lo posible para ayudarlo.

Usted **siempre** debe mostrar su tarjeta de identificación de miembro a la farmacia, cuando surta una receta, para evitar problemas. Si usted no tiene la tarjeta de identificación de miembro cuando vaya a surtir su receta, pida a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria.

Si necesita ayuda para que le surtan un medicamento de receta, puede comunicarse con Servicios al miembro [o] <plan’s 24-hour medical advice line> [insert if applicable: , o su administrador de cuidados].

## A3. Qué hacer si cambia una receta a otra farmacia de la red

[Plans in which members do not need to take any action to change their pharmacies may delete the following sentence.] Si cambia de farmacia y necesita un nuevo surtido de una receta, puede [insert as applicable: solicitar que un proveedor le emita una nueva receta o] solicitarle a su farmacia que transfiera la receta a la nueva farmacia si aún hay surtidos restantes.

Si necesita ayuda para encontrar una farmacia de la red, puede comunicarse con Servicios al miembro [insert if applicable: o con su administrador de cuidados].

## A4. Qué hacer si su farmacia se retira de la red

Si la farmacia que usted usa deja la red del plan, usted tendrá que encontrar una nueva farmacia de la red.

Para encontrar una nueva farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*, ir a nuestro sitio web o comunicarse con Servicios al miembro [insert if applicable: o con su administrador de cuidados].

## A5. Uso de una farmacia especializada

A veces, las recetas deben ser surtidas en una farmacia especializada. Entre las farmacias especializadas, se encuentran:

* Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el hogar. [Plans may insert additional information about home infusion pharmacy services in the plan’s network.]
* Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de cuidado a largo plazo, como un hogar para personas de la tercera edad.
* Generalmente, los centros de cuidado a largo plazo tienen sus propias farmacias. Si usted es residente de algún centro de cuidado a largo plazo, debemos asegurarnos que usted pueda obtener los medicamentos que necesite en la farmacia del centro.
* Si la farmacia de su centro de cuidado a largo plazo no está en nuestra red o si usted tiene algún problema para acceder a sus beneficios de medicamentos en un centro de cuidado a largo plazo, comuníquese con Servicios al miembro. [Plans may insert additional information about LTC pharmacy services in the plan’s network.]
* Las farmacias que suministran medicamentos que requieren administración e instrucciones especiales para su uso.

Para encontrar una farmacia especializada, puede buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*, ir a nuestro sitio web o comunicarse con Servicios al miembro [insert if applicable: o con su administrador de cuidados].

## A6. Uso de servicios de pedidos por correo para obtener sus medicamentos

[Plans that do not offer mail-order services, replace the information in this section with the following sentence: Este plan no ofrece servicios de pedidos por correo.]

[Include the following information only if your mail-order service is limited to a subset of all formulary drugs, adapting terminology as needed: Usted puede usar los servicios de pedidos por correo de la red del plan para ciertos tipos de medicamentos. En general, los medicamentos disponibles por medio de pedidos por correo son medicamentos que usted toma de manera regular para una enfermedad crónica o a largo plazo. [Insert if plan marks mail-order drugs in formulary: Los medicamentos disponibles por medio del servicio de pedidos por correo de nuestro plan están indicados como medicamentos de pedido por correo en nuestra Lista de medicamentos.] [Insert if plan marks non-mail-order drugs in formulary: Los medicamentos que no están disponibles por medio del servicio de pedidos por correo del plan están indicados con [plans should indicate how these drugs are marked] en nuestra Lista de medicamentos.]]

El servicio de pedidos por correo de nuestro plan [insert as appropriate: permite **or** exige] que usted pida [insert as appropriate: at least un suministro de por lo menos <number of days> días del medicamento y un suministro no more than por no más de <number of days> días **or** un suministro de hasta <number of days> días **or** un suministro de <number of days> días]. Un suministro para <number of days> días tiene el mismo copago que un suministro para un mes.

**Surtido de recetas por correo**

Para obtener [insert if applicable: formularios de pedido e] información sobre cómo surtir sus recetas por correo, [insert instructions].

Generalmente, una receta por correo le llegará a más tardar en <number of days> días. [Insert plan’s process for members to get a prescription if the mail-order is delayed.]

**Procesos de pedidos por correo**

El servicio de pedidos por correo tiene procedimientos diferentes para las recetas nuevas que usted le proporcione, para las recetas nuevas que reciba directamente por parte del consultorio de su proveedor y para resurtidos de sus recetas por correo:

1. **Recetas nuevas que la farmacia recibe de usted**

La farmacia surtirá y entregará automáticamente las recetas nuevas que usted le proporcione.

[Plans should include the appropriate information below from the following options, based on (1) whether the plan is operating under the exception for new prescriptions described in a December 12, 2013 CMS memorandum entitled “Clarification to the 2014 Policy on Automatic Delivery of Prescriptions,” and (2) whether the plan offers an optional automatic refill program.]

[For **new prescriptions** received directly from health care providers, insert one of the following two options.]

[Plan sponsors operating under the exception to the auto ship policy, as described in the December 12, 2013 CMS memorandum (all new prescriptions received directly from provider offices must be verified with the member before being filled when conditions are met), insert the following:]

1. **Recetas nuevas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su proveedor**

Después de que la farmacia reciba una receta de un proveedor de cuidado de salud, se comunicará con usted para averiguar si usted quiere que surtan la receta inmediatamente o más tarde.

* Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia le entregue el medicamento correcto (incluyendo la dosis, cantidad y presentación) y, si es necesario, le permitirá cancelar o retrasar el pedido antes de que [plans with cost sharing for drugs, insert: le facturen y] lo envíen.
* Es importante que responda cada vez que la farmacia se ponga en contacto con usted, para que sepan qué hacer con su receta nueva y para evitar todo retraso de los envíos.

[Plan sponsors operating under the exception to the auto ship policy, as described in the December 12, 2013 CMS memorandum (new prescriptions received directly from provider offices can be filled without member verification when conditions are met), insert the following:]

1. **Recetas nuevas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su proveedor**

La farmacia surtirá y entregará automáticamente las recetas nuevas que reciba por parte de los proveedores de cuidado de salud sin comunicarse primero con usted, si:

* Usted usó los servicios de pedidos por correo con este plan en el pasado, **o**
* Usted se inscribió en la entrega automática de todas las recetas nuevas que recibe directamente de los proveedores de cuidado de salud. Usted puede pedir la entrega automática de todas las recetas nuevas ahora o en cualquier momento [insert instructions].

[Plans with no cost sharing for drugs, delete the following sentence:] Si recibe automáticamente por correo una receta que usted no quiere y no se comunicaron con usted para averiguar si quería el envío, usted puede tener derecho a un reembolso.

Si usted usó el servicio de pedidos por correo en el pasado y no quiere que la farmacia resurta y entregue automáticamente la receta, comuníquese con nosotros [insert instructions].

Si usted nunca usó nuestro servicio de pedidos por correo y decide detener los resurtidos automáticos de las recetas nuevas, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba una receta nueva de un proveedor de cuidado de salud para averiguar si quiere que surtan y envíen el medicamento inmediatamente.

* Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia le entregue el medicamento correcto (incluyendo la dosis, cantidad y presentación) y, si es necesario, le permitirá cancelar o retrasar el pedido antes de que [plans with cost sharing for drugs, insert: le facturen y] lo envíen.
* Es importante que responda cada vez que la farmacia se ponga en contacto con usted, para que sepan qué hacer con su receta nueva y para evitar todo retraso de los envíos.

Para rechazar la opción de recibir entregas automáticas de recetas nuevas recibidas directamente del consultorio de su proveedor de cuidado de salud, comuníquese con nosotros [insert instructions].

[For **refill prescriptions**, insert one of the following two options.]

[Plans that do not offer a program that automatically processes refills, insert the following:]

1. **Resurtidos de recetas de pedidos por correo**

Para resurtir sus recetas, comuníquese con su farmacia [insert recommended number of days] días antes de que se agoten los medicamentos que tiene a mano, para asegurarse de que su próximo pedido se envíe a tiempo.

[Plans that do offer a program that automatically processes refills, insert the following:]

1. **Resurtidos de recetas de pedidos por correo**

Para resurtir sus medicamentos, usted tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtidos automáticos [optional: llamado <name of auto refill program>]*.* Con este programa, comenzaremos automáticamente a procesar su siguiente resurtido cuando nuestros expedientes nos indiquen que su medicamento está a punto de agotarse.

* La farmacia se comunicará con usted antes de cada resurtido, para asegurarse de que necesita más medicamentos y puede cancelar los resurtidos programados si tiene suficientes medicamentos o si ha cambiado su medicamento.
* Si usted elige no usar nuestro programa de resurtidos automáticos, comuníquese con su farmacia [insert recommended number of days]días antes de que se agoten los medicamentos que tiene a mano, para asegurarse de que su próximo pedido se envíe a tiempo.

Para rechazar la opción de nuestro programa [optional: insert name of auto refill program instead of “our program”]que prepara automáticamente los resurtidos por correo, comuníquese con nosotros [insert instructions].

[All plans offering mail-order services, insert the following:]

Para que la farmacia pueda comunicarse con usted para confirmar su pedido antes de enviarlo, asegúrese de avisarle a la farmacia cuál es la mejor forma de comunicarse con usted. [Insert instructions on how enrollees should provide their communication preferences.]

## A7. Obtener un suministro a largo plazo de sus medicamentos

[Plans that do not offer extended-day supplies, replace the information in this section with the following sentence: Este plan no ofrece suministros de medicamentos a largo plazo.]

Usted puede obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento en la Lista de medicamentos de nuestro plan. Los medicamentos de mantenimiento son los que usted toma de manera regular para una enfermedad crónica o a largo plazo. [Insert if applicable: Posiblemente su copago sea más bajo cuando usted recibe un suministro a largo plazo de medicamentos.]

[Delete if plan does not offer extended-day supplies through network pharmacies.] Algunas farmacias de la red permiten obtener suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Un suministro para <number of days> días tiene el mismo copago que un suministro para un mes. El *Directorio de proveedores y farmacias* le indica qué farmacias le pueden dar un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios al miembro para obtener más información.

[Delete if plan does not offer mail-order service.] [Insert as applicable: Para ciertos tipos de medicamentos, usted **or** Usted] podrá usar los servicios de pedido por correo de la red del plan para obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Consulte la sección anterior [plans may insert reference, as applicable] para saber más sobre los servicios de pedidos por correo.

## A8. Uso de una farmacia que no esté en la red del plan

Generalmente, pagamos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red solo cuando usted no pueda usar una farmacia de la red. [Insert as applicable: Tenemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio, donde le pueden surtir sus recetas como miembro de nuestro plan.]

Pagaremos las recetas surtidas en una farmacia fuera de la red en los siguientes casos:

[Plans should insert a list of situations when they will cover prescriptions out of the network (e.g., during a declared disaster) and any limits on their out-of-network policies (e.g., day supply limits, use of mail-order during extended out-of-area travel, authorization or plan notification).]

En estos casos, llame primero a Servicios al miembro para averiguar si hay una farmacia de la red cercana.

Si usted usa una farmacia fuera de la red, es posible que deba pagar el costo total [plans with cost sharing, insert: en vez de un copago]cuando vaya a buscar sus medicamentos.

Si no pudo usar una farmacia de la red y tuvo que pagar por su medicamento de receta, consulte el Capítulo 7 [plans may insert reference, as applicable].

# Lista de medicamentos del plan

El plan incluye una *Lista de medicamentos cubiertos,* a la que llamamos “Lista de medicamentos”, para abreviar.

El plan selecciona los medicamentos para la Lista de medicamentos con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La Lista de medicamentos también le dice si hay reglas que deba seguir para obtener sus medicamentos.

Nosotros generalmente cubrimos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan, siempre y cuando usted siga las reglas que se explican en este capítulo.

[*Plans that offer indication-based formulary design must include:* Si cubrimos un medicamento solo para algunos problemas de salud, lo indicaremos claramente en la Lista de medicamentos y en el Buscador de planes de Medicare junto con los problemas de salud específicos cubiertos.]

## B1. Medicamentos en la Lista de medicamentos

La Lista de medicamentos incluye los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare y algunos medicamentos de receta y medicamentos de venta sin receta médica [insert if applicable: y artículos] cubiertos por sus beneficios de Medicaid.

La Lista de medicamentos incluye medicamentos de marca [*plans may insert*: por ejemplo, <name of common brand name drug>], y genéricos [*plans may insert*: por ejemplo, <name of common generic drug>.] Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Por lo general, funcionan tan bien como los medicamentos de marca y cuestan menos.

Nosotros generalmente cubrimos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan, siempre y cuando usted siga las reglas que se explican en este capítulo.

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos de venta sin receta médica [insert if applicable: y productos de venta sin receta médica]. Algunos medicamentos de venta sin receta médica cuestan menos que los medicamentos de receta y funcionan igual. Llame a Servicios al miembro para obtener más información.

## B2. Cómo encontrar un medicamento en la Lista de medicamentos

Para saber si el medicamento que toma está en la Lista de medicamentos, usted puede:

* Revisar la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos por correo.
* Ir al sitio web del plan en <web address>. La Lista de medicamentos en el sitio web es siempre la más actual.
* Llamar a Servicios al miembro para verificar si un medicamento está en la Lista de medicamentos del plan o para pedir una copia de la lista.

[Plans may insert additional ways to find out if a drug is on the Drug List.]

## B3. Medicamentos que no están en la Lista de medicamentos

El plan no cubre todos los medicamentos de receta. Algunos medicamentos no están en la Lista de medicamentos porque la ley no permite que el plan los cubra. En otros casos, nosotros decidimos no incluir cierto medicamento en la Lista de medicamentos.

[Plans should remove or modify language regarding benefit exclusions when the benefits are covered by the plan under the Medicaid program.]

<Plan name> no pagará por los medicamentos incluidos en esta sección [insert if applicable: excepto por ciertos medicamentos cubiertos bajo nuestra cobertura de medicamentos mejorada]. Estos se denominan **medicamentos excluidos**. Si le dan una receta para un medicamento excluido, deberá pagarlo usted mismo. Si cree que, en su caso, deberíamos pagar por un medicamento excluido, puede apelar. (Para saber cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable]).

Hay tres reglas generales para los medicamentos excluidos:

1. La cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de nuestro plan (que incluye medicamentos de la Parte D y de Medicaid) no puede pagar un medicamento que ya estaría cubierto bajo la Parte A o la Parte B de Medicare. Los medicamentos cubiertos bajo la Parte A o la Parte B de Medicare están cubiertos de manera gratuita por <plan name>, pero no son considerados como parte de sus beneficios de medicamentos de receta como paciente ambulatorio.
2. Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
3. [Plans may modify this paragraph to reflect the degree to which the Medicaid program wraps around non-Part D drugs.] El uso del medicamento debe estar aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por determinados documentos médicos que lo aprueben como tratamiento para su afección. Su médico podría recetar cierto medicamento para tratar su enfermedad, aunque ese medicamento no haya sido aprobado para tratar la enfermedad. Esto se llama uso no indicado en la etiqueta. Generalmente, nuestro plan no cubre los medicamentos que se recetan para usos no indicados en la etiqueta.

Por ley, los tipos de medicamentos indicados a continuación tampoco están cubiertos por Medicare ni Medicaid.

* Medicamentos para promover la fertilidad
* Medicamentos con fines estéticos o para ayudar al crecimiento del cabello
* Medicamentos para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil como Viagra®, Cialis®, Levitra® y Caverject®
* Medicamentos para el tratamiento de la anorexia, pérdida de peso o aumento de peso
* Medicamentos para pacientes ambulatorios cuando el fabricante de los medicamentos dice que usted tiene que hacerse exámenes u obtener servicios que solo hacen ellos

## B4. Los niveles [*Plans that do not have cost sharing in any tier may omit*: de costo compartido] de la Lista de Medicamentos

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan están en uno de <number of tiers> niveles [*Plans that do not have cost sharing in any tier may omit*: de costo compartido]. Cada nivel incluye un grupo de medicamentos generalmente del mismo tipo (por ejemplo, medicamentos de marca, genéricos o de venta sin receta médica). [*Plans that do not have cost sharing in any tier may omit the following sentence*: En general, cuanto más alto sea el nivel, más alto será el costo que usted deberá pagar por el medicamento.]

[Plans must briefly describe each tier (e.g., Tier 1 includes generic drugs; or for plans that do not have cost sharing in any tier, Tier 1 includes generic drugs). *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 2016 Final Call Letter.* Indicate which is the lowest tier and which is the highest tier.]

Para saber en qué nivel [*Plans that do not have cost sharing in any tier may omit*: de costo compartido] está su medicamento, busque el medicamento en la Lista de medicamentos del plan.

En el Capítulo 6 [plans may insert reference, as applicable] se indica cuánto pagará usted por los medicamentos de cada nivel [*Plans that do not have cost sharing in any tier may omit*: de costo compartido].

# Límites en algunos medicamentos

Hay reglas especiales que limitan la manera y el tiempo en que el plan cubre ciertos medicamentos de receta. En general, nuestras reglas le aconsejan obtener un medicamento que le ayude con su enfermedad y que sea seguro y eficaz. Cuando un medicamento seguro y de menor costo funciona igual de bien que un medicamento de mayor costo, el plan espera que su proveedor le recete el medicamento de menor costo.

**Si hay alguna regla especial para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor tendrán que dar algunos pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento.** Por ejemplo, es posible que su proveedor tenga que informarnos primero su diagnóstico o proporcionar los resultados de las pruebas de sangre. Si usted o su proveedor creen que nuestra regla no se aplica a su situación, usted debe pedirnos que hagamos una excepción. Después de una revisión, podríamos aceptar que use el medicamento sin tener que hacer los pasos adicionales.

Para saber más sobre cómo pedir excepciones, consulte el Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable].

[Plans should include only the forms of utilization management used by the plan:]

1. **Límites para el uso de medicamentos de marca si hay versiones genéricas**

En general, un medicamento genérico funciona igual que un medicamento de marca y suele costar menos. [Insert as applicable: Casi siempre, si **or** Si] hay una versión genérica de algún medicamento de marca, las farmacias de nuestra red le darán la versión genérica.

* Generalmente, no pagaremos por el medicamento de marca si hay una versión genérica.
* Sin embargo, si su proveedor [insert as applicable: nos indicó las razones médicas por las cuales el medicamento genérico no funcionará para usted **or** escribió “Sin sustituciones” en su receta de un medicamento de marca **or** nos dio las razones médicas por las cuales ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma enfermedad funcionarán para usted], entonces cubriremos el medicamento de marca.
* [Plans that offer all drugs at $0 cost sharing, delete the following sentence:] Su copago podría ser mayor por el medicamento de marca que por el medicamento genérico.

1. **Cómo obtener una aprobación del plan por anticipado**

Para algunos medicamentos, usted, su médico u otro proveedor médico deben obtener una aprobación de <plan name> antes de surtir su receta. Si usted no obtiene la aprobación, <plan name> podría no cubrir el medicamento.

1. **Probar primero un medicamento diferente**

En general, el plan quiere que usted pruebe medicamentos más baratos (los cuales muchas veces funcionan tan bien como otros medicamentos más caros) antes de cubrir los medicamentos más caros. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma enfermedad y el medicamento A cuesta menos que el medicamento B, es posible que el plan le pida que pruebe primero el medicamento A.

Si el medicamento A no le ayuda, entonces el plan cubrirá el medicamento B. Esto se llama terapia escalonada.

1. **Límites de cantidad**

Limitamos la cantidad que usted puede tener de algunos medicamentos. Esto se llama “límite de cantidad”. Por ejemplo, el plan puede limitar qué cantidad de medicamento podrá recibir cada vez que surta su receta.

Para averiguar si alguna de estas reglas se aplica a un medicamento que usted toma o quiere tomar, revise la Lista de medicamentos. Para obtener la información más reciente, llame a Servicios al miembro o vaya a nuestro sitio web en <web address>.

# Razones por las cuales su medicamento podría no estar cubierto

Nosotros trataremos de que la cobertura de sus medicamentos le ayude. Sin embargo, a veces un medicamento podría no estar cubierto de la manera en que usted quisiera. Por ejemplo:

* El medicamento que usted quiere tomar no está cubierto por el plan. Tal vez el medicamento no está incluido en la Lista de medicamentos. Podría estar cubierta una versión genérica, pero no la versión de marca que usted quiere. Un medicamento podría ser nuevo y tal vez no lo hayamos examinado para saber si es seguro y eficaz.
* El medicamento está cubierto, pero hay reglas o límites adicionales a la cobertura de ese medicamento. Como se explicó en la sección anterior [plans may insert reference, as applicable], algunos de los medicamentos cubiertos por el plan tienen reglas que limitan su uso. En ocasiones, usted o su profesional autorizado podría preferir que, en su caso, hagamos una excepción a dicha regla.

Si su medicamento no está cubierto como a usted le gustaría, podemos hacer varias cosas.

## D1. Obtención de un suministro temporal

En algunos casos, el plan podrá darle un suministro temporal de un medicamento, por ejemplo, si el medicamento no está incluido en la Lista de medicamentos o si tiene algún límite. Esto le dará tiempo para hablar con su proveedor sobre cómo obtener un medicamento diferente o cómo pedirle al plan que cubra el medicamento.

**Para obtener un suministro temporal de un medicamento, debe cumplir estas reglas:**

1. El medicamento que usted ha estado tomando:

* ya no está incluido en la Lista de medicamentos del plan, **o**
* nunca estuvo incluido en la Lista de medicamentos del plan, **o**
* ahora tiene algún límite.

1. Usted debe estar en una de estas situaciones:

* [Plans may omit this scenario if the plan allows current members to request formulary exceptions in advance for the following year. Plans may omit this scenario if the plan was not operating in the prior year.] Usted estaba en el plan el año pasado.
* Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros** [**insert time period (must be at least 90 days)**] **días del año calendario**.
* Este suministro temporal será de [insert supply limit (must be the number of days in plan’s one-month supply)] días como máximo.
* Si su receta es para menos días, permitiremos varios resurtidos para proporcionarle hasta un máximo de [insert supply limit (must the number of days in plan’s one-month supply)] días de medicamento. Usted debe surtir la receta en una farmacia de la red.
* Las farmacias de cuidado a largo plazo le pueden proveer su medicamento de receta en cantidades pequeñas a la vez para evitar desperdicios.
* Usted es nuevo en el plan.
* Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros** [**insert time period (must be at least 90 days)**] **días de su participación en el plan**.
* Este suministro temporal será de [insert supply limit (must be *the number of days in plan’s one-month* supply)] días como máximo.
* Si su receta es para menos días, permitiremos varios resurtidos para proporcionarle hasta un máximo de [insert supply limit (must be *the number of days in plan’s one-month supply*)] días de medicamento. Usted debe surtir la receta en una farmacia de la red.
* Las farmacias de cuidado a largo plazo le pueden proveer su medicamento de receta en cantidades pequeñas a la vez para evitar desperdicios.
* Usted ha estado en el plan más de [insert time period (must be at least 90 days)] días, vive en un centro de cuidado a largo plazo y necesita un suministro inmediatamente.
* Nosotros cubriremos un suministro por [insert supply limit (must be at least a 31-day supply)] días, o menos, si su receta es por menos días. Esto es además del suministro temporal.
* [If applicable: Plans must insert their transition policy for current members with changes to their level of care.]
* Para pedir un suministro temporal de un medicamento, llame a Servicios al miembro.

Cuando usted reciba un suministro temporal de un medicamento, deberá hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se le termine. Sus opciones son:

* Puede cambiar de medicamento.

Puede haber un medicamento diferente cubierto por el plan que le ayude. Puede llamar a Servicios al miembro para pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma enfermedad. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto adecuado para usted.

**O**

* Puede pedir una excepción.

Usted y su proveedor pueden pedirle al plan que haga una excepción. Por ejemplo, puede pedirle al plan que cubra un medicamento aunque no esté incluido en la Lista de medicamentos. O puede pedirle al plan que cubra el medicamento sin ponerle límites. Su proveedor puede ayudarlo a pedir una excepción si cree que usted tiene razones médicas válidas para pedirla.

[Plans that do not allow current members to request an exception prior to the beginning of the following contract year may omit this paragraph:] Si van a retirar o a limitar de alguna forma el medicamento que usted está tomando de la Lista de medicamentos al año siguiente, le permitiremos pedir una excepción antes del año siguiente.

* Le avisaremos sobre cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el año siguiente. Puede pedirnos que hagamos una excepción y cubramos el medicamento como a usted le gustaría para el año siguiente.
* Responderemos a su petición de una excepción a más tardar 72 horas después de recibir su petición (o el informe de su profesional autorizado).

Para saber más sobre cómo pedir una excepción, consulte el Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable].

Si necesita ayuda para solicitar una excepción, puede comunicarse con Servicios al miembro [insert if applicable: o su administrador de cuidados].

# Cambios en la cobertura de sus medicamentos

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurre el 1 de enero, pero <plan name> podría agregar o retirar medicamentos de la Lista de medicamentos durante el año. También podríamos cambiar nuestras reglas sobre algunos medicamentos. Por ejemplo, podríamos:

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

Para obtener más información sobre estas reglas de medicamentos, consulte la Sección C anteriormente en este capítulo.

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

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

Para más información sobre qué ocurre cuando la Lista de medicamentos cambia, siempre puede:

* Visitar el sitio web de <plan name> en <web address> para ver la Lista de medicamentos actual **o**
* Llamar a <Servicios al miembro> al <toll free number> para verificar la Lista de medicamentos actual.

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

* [*Plans that otherwise meet 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 nuevo medicamento genérico está disponible.** A veces, sale al mercado un medicamento genérico nuevo que funciona tan bien como un medicamento de marca que existe en la Lista de medicamentos actual. Cuando eso ocurre, podemos eliminar el medicamento de marca y añadir el nuevo medicamento genérico, pero su gasto para el medicamento nuevo seguirá siendo el mismo [*insert if applicable, for example, if the plan’s Drug List has differential cost-sharing for some generics:* o será más bajo.]

Cuando agregamos un nuevo medicamento genérico, podemos también decidir mantener el medicamento de marca en la lista, pero cambiar sus reglas de cobertura o sus límites.

* + Es posible que no le informemos antes de hacer este cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico una vez realizado.
  + Usted o su proveedor pueden pedir una “excepción” de estos cambios. Le mandaremos un aviso con los pasos que puede tomar para pedir una excepción. Para obtener más información sobre excepciones, consulte el Capítulo 9 de este manual.]
* **Un medicamento se retira del mercado**. Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) determina que un medicamento que usted está tomando no es seguro o si el fabricante del medicamento lo retira del mercado, lo eliminaremos de la Lista de medicamentos. Le avisaremos del cambio si usted está tomando el medicamento. [*Plans should include information advising members what to do after they are notified (e.g., contact the prescribing doctor, etc.).*]

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

* La FDA provee nuevas guías o hay nuevas pautas clínicas sobre un medicamento.
* [*Plans that want 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 que está en la Lista de medicamentos actualmente **o**
  + Cambiamos las reglas de cobertura o los límites para el medicamento de marca.]
* [*Plans that are not making immediate generic substitutions insert:* Agregamos un medicamento genérico **y** 
  + Reemplazamos un medicamento de marca que está en la Lista de medicamentos actualmente **o**
  + Cambiamos las reglas de cobertura o los límites para el medicamento de marca.]

Cuando sucedan estos cambios:

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

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

* Si hay un medicamento similar en la Lista de medicamentos que usted puede tomar en su lugar **o**
* Si debe pedir una excepción a estos cambios. Para saber más sobre cómo pedir excepciones, consulte el Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable].

**Podemos realizar cambios que no afecten los medicamentos que toma actualmente.** Para dichos cambios, si está tomando un medicamento que cubrimos al **inicio** del año, generalmente no eliminaremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**.

Por ejemplo, si eliminamos un medicamento que está tomando [*insert if applicable:* , elevamos su costo] o limitamos su uso, el cambio no afectará su uso del medicamento [*inset if applicable:* o lo que usted paga por el medicamento] durante el resto del año.

# Cobertura de medicamentos en casos especiales

## F1. Si usted está en un hospital o un centro de enfermería especializada durante un período cubierto por el plan

Si lo internan en un hospital o un centro de enfermería especializada durante un período cubierto por el plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos de receta durante su estadía. Usted no tendrá que hacer ningún copago. Cuando salga del hospital o del centro de enfermería especializada, el plan seguirá cubriendo sus medicamentos, siempre y cuando, los medicamentos cumplan todas nuestras reglas de cobertura.

[Plans with no cost sharing, delete this paragraph:] Para saber más sobre la cobertura de medicamentos y lo que usted paga, consulte el Capítulo 6 [plans may insert reference, as applicable].

## F2. Si usted está en un centro de cuidado a largo plazo

Generalmente, un centro de cuidado a largo plazo, como un hogar para personas de la tercera edad, tiene su propia farmacia o una farmacia que suministra medicamentos a sus residentes. Si usted está viviendo en un centro de cuidado a largo plazo, podrá obtener sus medicamentos de receta a través de la farmacia del centro si la farmacia es parte de nuestra red.

Revise su *Directorio de proveedores y farmacias* para saber si la farmacia de su centro de cuidado a largo plazo es parte de nuestra red. Si no lo es o si necesita más información, comuníquese con Servicios al miembro.

## F3. Si usted está en un programa de hospicio certificado por Medicare

Los medicamentos nunca están cubiertos por un hospicio y por nuestro plan al mismo tiempo.

* Si usted está inscrito en un hospicio de Medicare y necesita algún medicamento contra el dolor, contra la náusea, laxante o contra la ansiedad que no esté cubierto por su hospicio porque no está relacionado con su pronóstico médico terminal y enfermedades relativas, nuestro plan deberá recibir un aviso de la persona que le recetó el medicamento o de su proveedor de hospicio de que el medicamento no tiene relación con su enfermedad antes de que nuestro plan pueda cubrirlo.
* Para evitar retrasos en la recepción de cualquier medicamento sin relación con su enfermedad terminal que debería estar cubierto por nuestro plan, usted puede pedirle a su proveedor de hospicio o a la persona que lo recetó que se asegure de darnos la notificación de que el medicamento no tiene relación con su enfermedad, antes de pedir a la farmacia que surta el medicamento.

Si usted abandona el hospicio, nuestro plan deberá cubrir todos sus medicamentos. Para evitar retrasos en la farmacia cuando terminen sus beneficios de hospicio de Medicare, usted deberá llevar a la farmacia documentos que prueben que usted abandonó el hospicio. Para obtener más información sobre las reglas para obtener cobertura de medicamentos de la Parte D, consulte las partes anteriores de este capítulo.

Para saber más sobre el beneficio de hospicio, consulte el Capítulo 4 [plans may insert reference, as applicable].

# Programas sobre seguridad y administración de medicamentos

## G1. Programas para ayudar a los miembros a usar medicamentos de forma segura

Cada vez que surta una receta, verificaremos que no haya problemas como errores en los medicamentos o medicamentos que:

* Podrían no ser necesarios porque usted está tomando otro medicamento que funciona igual
* Podrían no ser seguros para su edad o sexo
* Podrían hacerle daño si los toma al mismo tiempo
* Tienen ingredientes a los que es o puede ser alérgico
* Tienen cantidades inseguras de analgésicos opioides

Si averiguamos que hay un posible problema en cuanto al uso de sus medicamentos de receta, trabajaremos con su proveedor para solucionarlo.

## G2. Programas para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

Si toma medicamentos para enfermedades diferentes o forma parte de un Programa de Gestión de Medicamentos para hacer un uso seguro de los medicamentos opioides, podría ser elegible para recibir servicios, sin costo para usted, a través de un programa de administración de terapia de medicamentos (MTM). Este programa los ayuda a usted y a su proveedor a garantizar que sus medicamentos funcionen para mejorar su salud. Un farmacéutico u otro profesional de la salud harán una revisión completa de todos sus medicamentos y le hablarán sobre:

* Cómo aprovechar al máximo los medicamentos que toma
* Cualquier inquietud que tenga, como los costos de los medicamentos y sus reacciones
* Cómo tomar mejor sus medicamentos
* Cualquier pregunta o problema que tenga en relación con sus medicamentos de receta y medicamentos de venta sin receta médica

Usted recibirá un resumen de esta conversación. El resumen contiene un plan de acción de medicamentos que recomienda lo que usted puede hacer para aprovechar al máximo sus medicamentos. También recibirá una lista de medicamentos personales que incluirá todos los medicamentos que usted toma y por qué los toma. Además, recibirá información sobre cómo desechar de forma segura medicamentos de receta que llevan sustancias controladas.

Sería una buena idea programar una revisión de sus medicamentos antes de su consulta de rutina anual, para que pueda hablar con su médico sobre su plan de acción y su lista de medicamentos. Lleve su plan de acción y su lista de medicamentos a su consulta o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos u otros proveedores de cuidado de salud. También lleve su lista de medicamentos si va al hospital o a la sala de emergencias.

Los programas de administración de terapia de medicamentos son voluntarios y gratuitos para los miembros que cumplan con los requisitos. Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, le inscribiremos en el programa y le enviaremos la información. Si usted no quiere estar en el programa, avísenos y lo sacaremos del programa.

Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, comuníquese con Servicios al miembro [insert if applicable: o su administrador de cuidados].

G3. Programa de administración de medicamentos para ayudar a los miembros a usar de manera segura sus medicamentos opioides

<Plan name> tiene un programa que ayuda a los miembros a usar de manera segura sus medicamentos opioides recetados y otros medicamentos que se usan de manera indebida con frecuencia. Este programa se llama el Programa de administración de medicamentos (DMP).

Si usa medicamentos de opioides que obtiene de varios médicos o farmacias o si ha sufrido una sobredosis de opioides, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos que su uso de medicamentos opioides es apropiado y médicamente necesario. Si, al trabajar con sus médicos, decidimos que su uso de medicamentos opioides de receta [*insert if applicable:* o benzodiacepinas] no es seguro, podríamos limitar la forma en la que obtiene esos medicamentos. Las limitaciones pueden incluir:

* Requerirle que obtenga todas las recetas de esos medicamentos **de <una farmacia** *or***unas farmacias> en concreto** o **de <un médico** *or***unos médicos> en concreto**
* **Limitar la cantidad** que cubriremos de esos medicamentos

Si creemos que se le deberían aplicar una o más de las limitaciones, le mandaremos una carta por adelantado. La carta explicará las limitaciones que creemos que se le deberían aplicar.

**Usted tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere usar y de proporcionar cualquier información que crea que nosotros deberíamos conocer.** Si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos después de que usted responda, le mandaremos una carta que confirme dichas limitaciones.

Si piensa que hemos cometido un error, no está de acuerdo con que existe un riesgo de que use el medicamento de receta indebidamente o no está de acuerdo con la limitación, usted y su profesional autorizado pueden solicitar una apelación. Si solicita una apelación, revisaremos su caso y le informaremos de nuestra decisión. Si seguimos denegando alguna parte de su apelación relacionada con las limitaciones de su acceso a estos medicamentos, enviaremos su caso automáticamente a una Entidad de revisión independiente (IRE). (Para obtener más información sobre cómo apelar y conocer más acerca de la IRE, consulte el Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable]).

Es posible que el DMP no lo afecte si usted:

* tiene determinadas afecciones médicas, como cáncer o anemia de células falciformes,
* está recibiendo cuidados en un hospicio, cuidados paliativos o terminales, **o**
* vive en un centro de cuidado a largo plazo.