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

Introducción

Este capítulo explica las reglas para obtener sus medicamentos de receta como paciente externo. Estos son los medicamentos que su proveedor ordena para usted y que usted obtiene de una farmacia o con un pedido por correo. Estos incluyen medicamentos cubiertos bajo la Parte D de Medicare y Medicaid. [Plan with no cost sharing, delete the next sentence.]El Capítulo 6 [plan may insert reference, as applicable] le dice lo que paga por estos medicamentos*.* 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, pero no se explicarán en este capítulo:

* Medicamentos cubiertos por la Parte A de Medicare. Estos incluyen algunos medicamentos que le den mientras esté en un hospital o centro de enfermería.
* Medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare. Incluyen 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 de la Parte B de Medicare están cubiertos, lea la Tabla de beneficios en el Capítulo 4 [plan may insert reference, as applicable].

**Reglas para la cobertura del plan de medicamentos como paciente externo**

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). [Plan may modify or delete the next sentence as appropriate.] También puede ser otro proveedor, si su proveedor de cuidado primario lo envió a ese proveedor para recibir cuidados.
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. Para abreviar, nosotros la llamamos la “Lista de medicamentos”.

* Si no está en la Lista de medicamentos, es posible que podamos cubrirla si le damos una excepción.
* Lea la página <page number> [*plan 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, por sus siglas en inglés) o respaldado por determinados referidos médicos. [Plan should add definition of “medically accepted indication” as appropriate for Medicaid-covered drugs and items.]

[Plan should refer members to other parts of the handbook using the appropriate chapter number, section, and/or page number. For example, “ver Capítulo 9, Sección A, página 1.” An instruction [plan may insert reference, as applicable] is listed next to each cross reference throughout the handbook.]

[*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. Qué hacer para que le surtan sus recetas 4](#_Toc46155713)

[A1. Surtiendo su receta en una farmacia de la red 4](#_Toc46155714)

[A2. Usando su tarjeta de identificación de miembro del plan cuando surta una receta 4](#_Toc46155715)

[A3. Qué hacer si quiere cambiar a otra farmacia de la red 4](#_Toc46155716)

[A4. Qué hacer si su farmacia deja la red 5](#_Toc46155717)

[A5. Usando una farmacia especializada 5](#_Toc46155718)

[A6. Usando servicios de pedidos por correo para obtener sus medicamentos 6](#_Toc46155719)

[A7. Obteniendo un suministro a largo plazo de sus medicamentos 9](#_Toc46155720)

[A8. Usando una farmacia que no esté en la red del plan 9](#_Toc46155721)

[A9. Devolviéndole lo que pagó si usted pagó por un medicamento 10](#_Toc46155722)

[B. Lista de medicamentos del plan 10](#_Toc46155723)

[B1. Medicamentos en la Lista de medicamentos 10](#_Toc46155724)

[B2. Cómo verificar si un medicamento está en la Lista de medicamentos 11](#_Toc46155725)

[B3. Medicamentos que no están en la Lista de medicamentos 11](#_Toc46155726)

[B4. Los niveles de [*Plan that does not have cost sharing in any tier omit:* costo compartido] de la Lista de medicamentos 12](#_Toc46155727)

[C. Límites en algunos medicamentos 13](#_Toc46155728)

[D. Razones por las cuales su medicamento podría no estar cubierto 14](#_Toc46155729)

[D1. Obteniendo un suministro temporero 15](#_Toc46155730)

[E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos 17](#_Toc46155731)

[F. Cobertura de medicamentos en casos especiales 20](#_Toc46155732)

[F1. Si usted está en un hospital o un centro de enfermería especializada durante un tiempo cubierto por el plan 20](#_Toc46155733)

[F2. Si usted está en una institución de cuidado a largo plazo 20](#_Toc46155734)

[F3. Si usted está en un programa de hospicio certificado por Medicaid 20](#_Toc46155735)

[G. Programas sobre seguridad y administración de medicamentos 21](#_Toc46155736)

[G1. Programas para ayudar a los miembros a usar medicamentos con cuidado 21](#_Toc46155737)

[G2. Programas para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos 21](#_Toc46155738)

[G3. Programa de administración de medicamentos para ayudar a miembros a usar de manera segura sus medicamentos opioides 22](#_Toc46155739)

# A. Qué hacer para que le surtan sus recetas

## A1. Surtiendo su receta en una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, el plan pagará recetas **sólo** si se surten 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. Usando su tarjeta de identificación de miembro del plan 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 [plan with cost sharing, insert: nuestra parte del costo de] su medicamento de receta cubierto. [Plan with no cost sharing, delete the next sentence:] Usted tendrá que hacer un copago a la farmacia cuando reciba su medicamento.

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 la farmacia no puede obtener la información necesaria, usted podría tener que pagar el costo total del medicamento de receta cuando usted vaya a recibirlo.** Usted puede pedirnos que le devolvamos lo que usted haya pagado [insert if the plan has cost sharing: por nuestra parte del costo]. Si usted no puede pagar por el medicamento, comuníquese inmediatamente con Servicios al miembro. Haremos lo posible para ayudarle.

* Para saber cómo pedirnos que le devolvamos lo que usted pagó, lea el Capítulo 7 [*plan may insert reference, as applicable*].
* Si necesita ayuda para que le surtan un medicamento de receta, puede comunicarse con Servicios al miembro [insert if applicable: o su administrador de cuidados].

## A3. Qué hacer si quiere cambiar a otra farmacia de la red

[If plan members do not need to take any action to change their pharmacies, 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] pedir a su farmacia que transfiera la receta a la farmacia nueva si aún hay surtidos restantes.

Si necesita ayuda para cambiar su 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 deja la red

Si la farmacia que usted usa se retira de 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. Usando una farmacia especializada

A veces, las recetas deben ser surtidas en una farmacia especializada*.* Las farmacias especializadas incluyen:

* Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el hogar. [*Plan may insert additional information about home infusion pharmacy services in the plan’s network.*]
* Farmacias que suministran medicamentos para residentes de una institución de cuidado a largo plazo, como un hogar para personas de la tercera edad.
  + Generalmente, las instituciones de cuidado a largo plazo tienen sus propias farmacias. Si usted es residente de una institución de cuidado a largo plazo, debemos asegurarnos que usted pueda obtener los medicamentos que usted necesite de la farmacia de la institución.
  + Si la farmacia de su institución de cuidado a largo plazo no está en nuestra red o usted tiene alguna dificultad para acceder a sus beneficios de medicamentos en una institución de cuidado a largo plazo, comuníquese con Servicios al miembro. [Plan may insert additional information about LTC pharmacy services in the plan’s network.]
* Farmacias que sirven al Programa de salud para nativos americanos/ tribales/ urbanos. Excepto en una emergencia, sólo los nativos americanos y los nativos de Alaska pueden usar estas farmacias. [*Plan may insert additional information about I/T/U pharmacy services in the plan’s network.*]
* 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. Usando servicios de pedidos por correo para obtener sus medicamentos

[If the plan does 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 [plan 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: un suministro de por lo menos <number of days> días del medicamento y un suministro por no más de <number of days> días **or** un suministro de hasta <number of days> días **or** un suministro por <number of days> días]. Un suministro para <number of days> días tiene el mismo copago que un suministro para un mes.

**Surtiendo mi receta 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 reciba de usted, recetas nuevas que reciba directamente del consultorio de su proveedor y 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 reciba de usted.

[Plan should include the appropriate information below from the following options, based on (1) whether the plan is operated under the exception for new prescriptions described in a December 12, 2013 HPMS memo 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 auto ship policy as described in the 2014 Final Call Letter (all new prescriptions from provider offices must be verified with the member before being filled), insert the following:]

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

Después que la farmacia reciba una receta de un proveedor de cuidado primario, se comunicará con usted para verificar si usted quiere que surtan la receta inmediatamente o después.

* Esto le dará a usted la oportunidad de asegurarse que la farmacia entregue el medicamento correcto (incluyendo la dosis, cantidad y presentación) y, si es necesario, permitirle a usted detener o retrasar el pedido antes de que [plan 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 12/12/2013 HPMS memo (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 reciba directamente del consultorio de su proveedor**

La farmacia surtirá y entregará automáticamente las recetas nuevas que reciba de los proveedores de cuidado primario 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 recibidas directamente de los proveedores de cuidado primario. Usted puede programar la entrega automática de todas las recetas nuevas ahora o en cualquier momento [*insert instructions*].

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

Si usted usó el servicio de pedidos por correo en el pasado y no quiere que la farmacia resurta y entregue automáticamente la receta, por favor 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 primario, para verificar si usted quiere que surtan y envíen el medicamento inmediatamente.

* Esto le dará a usted la oportunidad de asegurarse que la farmacia entregue el medicamento correcto (incluyendo la dosis, cantidad y presentación) y, si es necesario, permitirle a usted detener o retrasar el pedido antes de que [*plan with cost sharing for drugs, insert*: le facturen y] la 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 cuidados médicos, por favor comuníquese con nosotros [insert instructions].

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

[If the plan does not offer a program that automatically processes refills, insert the following:]

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

Para resurtir, por favor comuníquese con su farmacia [insert recommended number of days] días antes de que se agoten los medicamentos que tiene a mano, para asegurarse que su próximo pedido le sea enviado a tiempo.

[If the plan does offer a program that automatically processes refills, insert the following:]

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

Para resurtir sus medicamentos, usted tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtidos automáticos [optional: llamado <insert name of auto refill program>]. Bajo este programa, comenzaremos automáticamente a procesar su resurtido siguiente 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 usted necesite más medicamento y usted puede cancelar los resurtidos programados si usted tiene suficiente medicamento o si ha cambiado su medicamento.
* Si usted elige no usar nuestro programa de resurtidos automáticos, por favor comuníquese con su farmacia [*insert recommended number of days*] días antes de que se agoten los medicamentos que tiene a mano, para asegurarse que su próximo pedido le sea enviado a tiempo.

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

[If the plan offers mail order services, insert the following:]

Para que la farmacia pueda comunicarse con usted para confirmar su pedido antes de enviarlo, por favor asegúrese de avisar a la farmacia las mejores maneras de comunicarse con usted. [Insert instructions on how enrollees should provide their communication preferences.]

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

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

Usted puede obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento en la Lista de medicamentos de nuestro plan. Losmedicamentos 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 por <number of days> días tiene el mismo copago que un suministro por un mes. El *Directorio de proveedores y farmacias* le dice cuáles 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 para obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Lea la sección anterior [plan may insert reference, as applicable] para enterarse sobre los servicios de pedidos por correo.

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

Generalmente, pagamos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red *sólo* 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:

[Plan 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 ver si hay una farmacia de la red cercana.

## A9. Devolviéndole lo que pagó si usted pagó por un medicamento

[Plan may add language to reflect the organization is not allowed to reimburse members for Medicaid-covered benefits.] Si usted debe usar una farmacia fuera de la red, por lo general tendrá que pagar el costo total [plan with cost sharing, insert: en vez de un copago] cuando vaya a recibir sus medicamentos. Usted puede pedirnos que le devolvamos lo que pagó [plan with cost sharing, insert: por nuestra parte del costo].

Para saber más sobre esto, lea el Capítulo 7 [plan may insert reference, as applicable].

# B. Lista de medicamentos del plan

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos.* La llamamos la “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. En la Lista de medicamentos también dice si hay reglas que usted deba seguir para obtener sus medicamentos.

Generalmente, cubriremos un medicamento de la Lista de medicamentos del plan, siempre y cuando, usted siga las reglas que se explican en este capítulo.

[*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 y en el Buscador de Planes de Medicare junto con las afecciones médicas específicas que están cubiertas.]

## B1. Medicamentos en la Lista de medicamentos

La Lista de medicamentos incluye los medicamentos cubiertos bajo la Parte D de Medicare y algunos medicamentos de receta y de venta sin receta médica y artículos cubiertos por sus beneficios de Medicaid.

La Lista de medicamentos incluye medicamentos de marca [plan may insert: , medicamentos, por ejemplo <name of common brand-name drug>]y medicamentos genéricos [plan 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.

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos 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 verificar si un medicamento está 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 saber si un medicamento está en la Lista de medicamentos del plan o pedir una copia de la lista.

[Plan 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.

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

<Plan name> nopagará por los medicamentos incluidos en esta sección [insert if applicable: excepto por ciertos medicamentos cubiertos bajo nuestra cobertura de medicamentos mejorada]. Estos son llamados **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, usted puede apelar. (Para saber cómo apelar, lea el Capítulo 9 [plan may insert reference, as applicable].)

Hay tres reglas generales para los medicamentos excluidos:

1. La cobertura de medicamentos para pacientes externos de nuestro plan (el cual incluye medicamentos de Medicaid y la Parte D) no puede pagar por un medicamento que estaría ya 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 por <plan name> en forma gratuita, pero no son considerados como parte de los beneficios de medicamentos de receta como paciente externo.
2. Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
3. [Plan may modify this paragraph to reflect the degree to which the Medicaid program wraps around non-Part D drugs.] El uso del medicamento debe ser aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o respaldado por determinados referidos médicos que lo aprueben como tratamiento para su afección. Su proveedor 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 sean recetados para usos no indicados en la etiqueta.

Por ley, los tipos de medicamentos indicados a continuación tampoco están cubiertos por Medicare ni Medicaid. [The plan should modify the list below and delete drugs that are covered by Medicaid or by the plan’s enhanced drug coverage.]

* Medicamentos para promover la fertilidad
* Medicamentos usados para calmar los síntomas de la gripe o la tos
* Medicamentos con fines cosméticos o para ayudar al crecimiento del cabello
* Vitaminas recetadas y productos minerales, excepto vitaminas prenatales y preparados con flúor
* 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 externos cuando el fabricante de los medicamentos dice que usted tiene que hacerse exámenes u obtener servicios que sólo hacen ellos

## B4. Los niveles de [*Plan that does not have cost sharing in any tier omit:* costo compartido] de la Lista de medicamentos

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

[Plan must briefly describe each tier (e.g., Cost Sharing Tier 1 includes generic drugs; or for plan that does not have cost sharing in any tier, Tier 1 includes generic drugs). 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. Indicate which is the lowest tier and which is the highest tier.]

Para saber en qué nivel [plan that does 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 [plan may insert reference, as applicable] dice la cantidad que usted deberá pagar por los medicamentos de cada nivel [plan that does not have cost sharing in any tier may omit: de costo compartido].

# C. 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 funcione para su enfermedad y que sea seguro y eficaz. Cuando un medicamento seguro, 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 significará 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 los pasos adicionales.

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

[Plan 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 generalmente cuesta 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 dio 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.
* [Plan 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**

Usted o su proveedor deben obtener la aprobación de <plan name> para algunos medicamentos, antes de que usted surta su receta. <Plan name> podría no cubrir el medicamento si usted no obtiene la aprobación.

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 funciona para usted, entonces el plan cubrirá el Medicamento B. Esto se llama terapia escalonada.

1. **Límites de cantidad**

Nosotros limitamos la cantidad que usted podrá obtener 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 verificar 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>.

# D. Razones por las cuales su medicamento podría no estar cubierto

Nosotros trataremos de que la cobertura de sus medicamentos funcione bien para usted. 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 [*plan may insert reference, as applicable*], algunos de los medicamentos cubiertos por el plan tienen reglas que limitan su uso. En ocasiones, usted o su proveedor podrían preferir que en su caso, no hagamos caso a la regla.

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

## D1. Obteniendo un suministro temporero

En algunos casos, el plan podrá darle un suministro temporero 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 temporero 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:

* [Plan may omit this scenario if the plan allows current members to request formulary exceptions in advance for the following year. Plan may omit this scenario if the plan was not operating in the prior year.] Usted estaba en el plan el año.
  + Cubriremos un suministro temporero de su medicamento **durante los primeros** [**insert time period (must be at least 90 days)**] **días del año calendario.**
  + Este suministro temporero será de hasta [insert supply limit (must be the number of days in plan’s one-month supply)] días.
  + Si su receta es emitida para menos días, le autorizaremos múltiples nuevos surtidos para proporcionarle hasta un máximo de [insert supply limit (must be at least the number of days in plan’s one-month supply)] días de medicamento. Usted debe surtir la receta en una farmacia de la red.
  + Farmacias del cuidado a largo plazo le pueden proveer su medicamento en cantidades pequeñas a la vez para evitar desperdicios.
* Usted es nuevo en el plan.
  + Cubriremos un suministro temporero de su medicamento **durante los primeros** [**insert time period (must be at least 90 days)**] **días de su participación en el plan.**
  + Este suministro temporero será hasta para [insert supply limit (must be the number of days in plan’s one month supply)] días.
  + Si su receta es emitida para menos días, le autorizaremos múltiples nuevos surtidos para proporcionarle hasta un máximo de [insert supply limit (must be the number of days in plan’s one month supply)] días de medicamento de la Parte D o [insert supply limit (must be at least a 90-day supply)] de un medicamento cubierto por Medicaid. Usted debe surtir la receta en una farmacia de la red.
  + La farmacia a largo plazo podría proporcionar el medicamento en cantidades más pequeñas para evitar desperdicios.
* Usted ha estado en el plan más de [insert time period (must be at least 90 days)] días y vive en una institución de cuidado a largo plazo y necesita un suministro inmediatamente.
  + Cubriremos un suministro de [insert supply limit (must be at least a 31-day supply)] días de su medicamento de la Parte D de Medicare o menos, si su receta es para menos días. Esto es además del suministro temporero de transición descrito arriba.
* [If applicable: Plan must insert their transition policy for current members with changes to their level of care.]
  + Para pedir un suministro temporero de un medicamento, llame a Servicios al miembro.

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

* Usted puede cambiar de medicamento.

Puede haber un medicamento diferente cubierto por el plan que funcione para usted. Puede llamar a Servicios al miembro para pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma enfermedad. La lista le ayudará a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda funcionarle a usted.

**O**

* Usted 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 ayudarle a pedir una excepción si dice que usted tiene razones médicas válidas para pedirla.

[If the plan does not allow current members to request an exception prior to the beginning of the following contract year omit this paragraph:] Si un medicamento que usted está tomando es eliminado de la Lista de medicamentos o se le pone algún límite para el 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 pedido de una excepción a más tardar en 72 horas después de recibir su solicitud (o el informe de su proveedor).

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

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

# E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurre el 1º de enero. Sin embargo, <plan name> podría modificar la Lista de medicamentos durante el año. Además, podemos cambiar nuestras reglas sobre los medicamentos. Por ejemplo, podríamos:

* Decidir requerir o no requerir autorización previa para un medicamento. (Autorización previa es permiso de <plan name> antes de que pueda obtener un medicamento).
* Agregar o cambiar la cantidad de un medicamento que puede obtener (llamado límites de cantidad).
* Agregar o cambiar restricciones de terapia escalonada de un medicamento. (Terapia escalonada significa que usted debe probar un medicamento antes de que cubramos otro medicamento).

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

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

* aparezca un medicamento nuevo y más barato en el mercado que funcione tan bien como un medicamento en la Lista de medicamentos ahora, **o**
* aprendamos que un medicamento no sea seguro, **o**
* un medicamento sea eliminado del mercado.

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

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

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

* [*If the plan* *otherwise meets all requirements and wants the option to immediately replace brand name drugs with their generic equivalents, the plan must provide the following advance general notice of changes:* **Un medicamento genérico nuevo está disponible**. A veces, sale al mercado un medicamento genérico nuevo que funciona tan bien como un medicamento de marca de la Lista de medicamentos. 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 mandaremos información sobre el cambio específico que hemos hecho una vez realizado.
* Usted o su proveedor puede pedir una excepción de estos cambios. Le mandaremos un aviso con los pasos que puede tomar para solicitar una excepción. Por favor lea el Capítulo 9 de este manual [plan may insert reference, as applicable] para más información sobre las excepciones.]
* **Un medicamento se retira del mercado**. Si la Administración de Alimentos y Drogas (FDA) dice que un medicamento que usted está tomando no es seguro o si el fabricante del medicamento lo retira del mercado, eliminamos el medicamento de la Lista de medicamentos. Le avisaremos del cambio si usted está tomando el medicamento. [*Plan 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 los medicamentos que usted toma.** Le informaremos por adelantado sobre estos cambios a la Lista de medicamentos. Estos cambios pueden ocurrir si:

* La FDA provee nueva dirección o hay nuevas pautas clínicas sobre un medicamento.
* [*If the plan wants the option to immediately substitute a new generic drug, 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.]
* [*Plan that is 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 suceden 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 o 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 a estos cambios. Para obtener más información sobre solicitud de excepciones, consulte el Capítulo 9 [*plan may insert reference, as applicable*].

**Podemos realizar cambios que no afecten a 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 al uso del medicamento [*insert if applicable:* o lo que usted paga por el medicamento] durante el resto del año.

# F. Cobertura de medicamentos en casos especiales

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

Si le internan en un hospital o un centro de enfermería especializada durante un tiempo 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 con todas nuestras reglas de cobertura.

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

## F2. Si usted está en una institución de cuidado a largo plazo

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

Revise su *Directorio de proveedores y farmacias* para saber si la farmacia de su institución 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 Medicaid

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

* Si usted está inscrito en un hospicio de Medicare y necesita algún medicamento para el dolor, contra las náuseas, un laxante o un medicamento contra la ansiedad que no esté cubierto por su hospicio, porque no tiene relación con su pronóstico médico terminal y enfermedades relativas, nuestro plan deberá recibir un aviso de la persona que le recetó o de su proveedor de hospicio, de que el medicamento no tiene relación con su enfermedad, antes que nuestro plan pueda cubrirlo.
* Para evitar retrasos para recibir cualquier medicamento sin relación con su enfermedad terminal, que deba estar cubierto por nuestro plan, usted puede pedir a su proveedor o a la persona le que recetó en el hospicio, 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, usted deberá llevar a la farmacia documentos que prueben que usted abandonó el hospicio. Lea en las partes anteriores de este capítulo sobre las reglas para obtener cobertura de medicamentos bajo la Parte D.

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

# G. Programas sobre seguridad y administración de medicamentos

## G1. Programas para ayudar a los miembros a usar medicamentos con cuidado

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

* Posiblemente no sean necesarios porque usted esté 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 opiáceos

Si vemos 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 diferentes enfermedades y/o forma parte de un Programa de Gestión de Medicamentos para ayudarle a hacer un uso seguro de medicamentos opioides, usted podría ser elegible para recibir servicios, sin costo para usted, a través de un programa de administración de terapia de medicamentos (MTM). Este programa le 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 usted 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 sobre sus medicamentos de receta y de venta sin receta médica

Usted recibirá un resumen de esta discusión. El resumen tiene 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 de 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 proveedor 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 primario. 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 elegibles. 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 miembros a usar de manera segura sus medicamentos opioides

[*Plan should* *include this section if they have a Drug Management Program.*]

<Plan name> tiene un programa que ayuda a miembros a usar de manera segura sus medicamentos opioides y otros medicamentos que se usan indebidamente 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 recientemente una sobredosis de opioides, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos que su uso de medicamentos opioides es apropiado y médicamente necesario. Si, mientras trabajando con sus médicos, decidimos que su uso de medicamentos opioides [*insert if applicable:* o benzodiacepina] no es seguro, podríamos limitar cómo usted obtiene esos medicamentos. Unas limitaciones pueden incluir:

* Requerirle que obtenga todas las recetas de esos medicamentos **de** **<una farmacia** *or* **farmacias en concreto>** y/o **de <un médico** *or* **médicos en concreto>**
* **Limitando la cantidad** de esos medicamentos que le cubriremos

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

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

Si cree que cometimos un error, no está de acuerdo con que existe el riesgo de que abuse del medicamento de receta o no está de acuerdo con la limitación, usted y su proveedor 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 saber cómo presentar una apelación y obtener más información acerca de la IRE, vea el Capítulo 9 [plan may insert reference, as applicable].)

Es posible que el DMP no le aplique si usted:

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