**Instructions to Health Plans**

* [Plans are subject to the notice requirements under Section 1557 of the Affordable Care Act. For more information, refer to [*https://www.hhs.gov/civil-rights/for-individuals/section-1557*](https://www.hhs.gov/civil-rights/for-individuals/section-1557)*.*]
* [If the state does not use the word “Medicaid”, plans should replace it with the name the state uses.]
* [If plans do not use the term “Member Services”, plans should replace it with the term the plan uses.]
* [Where the template instructs inclusion of a phone number, plans must ensure it is a toll-free number and include a toll-free TTY/TDD number and days and hours of operation.]
* [Plans should note that the EOC is referred to as the “Member Handbook”. If plans do not use the term “Member Handbook,” plans should replace it with the term the plan uses.]
* [Plans should include all drugs/items covered under the Part D and Medicaid pharmacy benefits. This includes only those drugs on plans’ approved Part D formulary and approved Additional Demonstration Drug (ADD) file. Plans may not include OTC drugs and/or items offered as a plan supplemental benefit that are in excess of Medicaid-required OTC.]
* [Plans may place a QR code on materials to provide an option for members to go online.]
* [The footer should appear on every other page. Plans have the option of deleting the footer following the introduction (e.g., the footer is not necessary in the actual list of drugs).]
* [*Wherever possible, plans are encouraged to adopt good formatting practices that make information easier for English-speaking and non-English speaking enrollees to read and understand. The following are based on input from beneficiary interviews:*
* *Format a section, chart, table, or block of text to fit onto a single page. In instances where an item or text continues on to the following page, enter a blank return before right aligning with clear indication that the item continues (for example, as in the Benefits Chart in Chapter 4 of the Member Handbook, insert:* **Esta sección continúa en la página siguiente***).*
* *Ensure plan-customized text is in plain language and complies with reading level requirements established in the three-way contract.*
* *Break up large blocks of plan-customized text into short paragraphs or bulleted lists and give a couple of plan-specific examples as applicable.*
* *Spell out an acronym or abbreviations before its first use in a document or on a page (for example, Long-term services and supports (LTSS) or low-income subsidy (LIS)).*
* *Include the meaning of any plan-specific acronym, abbreviation, or key term with its first use.*
* *Avoid separating a heading or subheading from the text that follows when paginating the model.*
* *Use universal symbols or commonly understood pictorials.*
* *Draft and format plan-customized text and terminology in translated models to be culturally and linguistically appropriate for non-English speakers.*
* *Consider using regionally appropriate terms or common dialect in translated models.*
* *Include instructions and navigational aids in translated models in the translated language rather than in English.*
* *Consider producing translated models in large print.*]

**<Plan Name> | *Lista de medicamentos cubiertos* para <year> (Formulario)**

**Introducción**

Este documento se llama la Lista de Medicamentos Cubiertos (también conocido como la Lista de medicamentos). Le informa sobre cuáles de sus medicamentos de receta [insert if applicable: y medicamentos sin receta] [insert if applicable: y artículos] están cubiertos por <plan name>. La Lista de Medicamentos también le notifica si hay reglas especiales o restricciones en algunos de los medicamentos cubiertos por <plan name>. Términos clave y sus definiciones se encuentran en el último capítulo del Manual del Miembro.

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

[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 contenido**

A. Renuncia de garantías 5

B. Preguntas frecuentes (FAQ) 6

B1. ¿Qué medicamentos de receta se encuentran en la *Lista de medicamentos cubiertos*? (Llamamos "Lista de medicamentos" a la Lista de medicamentos cubiertos, para abreviar.) 6

B2. ¿La Lista de medicamentos cambia alguna vez? 6

B3. ¿Qué sucederá cuando hay un cambio a la Lista de medicamentos? 7

B4. ¿La cobertura de medicamentos tiene alguna restricción o límite, o hay que hacer algo en particular para obtener ciertos medicamentos? 9

B5. ¿Cómo sabrá si el medicamento que usted quiere tiene limitaciones o si tiene que hacer algo para obtenerlo? 9

B6. ¿Qué sucederá si cambiamos nuestras reglas sobre cómo cubrimos algunos medicamentos (por ejemplo, requisitos de autorización (aprobación) previa, límites de cantidad o restricciones de tratamiento progresivo)? 10

B7. ¿Cómo puede encontrar un medicamento en la Lista de medicamentos? 10

B8. ¿Qué pasará si el medicamento que usted quiere tomar no está en la Lista de medicamentos? 10

B9. ¿Qué pasará si usted es un miembro nuevo de <plan name> y no puede encontrar su medicamento en la Lista de medicamentos o tiene problemas para obtener su medicamento? 11

B10. ¿Puede pedir al plan que haga una excepción para cubrir su medicamento? 12

B11. ¿Cómo puede pedir una excepción? 12

B12. ¿Cuánto tiempo toma obtener una excepción? 12

B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos? 12

B14. ¿Qué son los medicamentos de venta libre (OTC)? [*This question is optional. Plans should include this question only if the plan covers OTC drugs.*] 13

B15. ¿<Plan name> cubre algún producto de venta libre que no sea un medicamento? [*This question is optional. Plans should include this question only if the plan covers OTC non-drug products*.] 13

B16. ¿Cuánto es su copago? 13

B17. ¿Qué son los niveles de medicamentos? 14

C. Lista de medicamentos cubiertos 14

D. Lista de medicamentos por enfermedad 15

E. Índice de medicamentos cubiertos 20

# A. Renuncia de garantías

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

* [*Plans must include all applicable disclaimers as required in the Medicare Communications and Marketing Guidelines and State-specific Marketing Guidance.*]
* ATENCIÓN: Si habla [*insert language of the disclaimer*], tiene disponible los servicios de asistencia de idioma gratis. Llame al [*insert Member Services phone and TTY/TDD numbers, and days and hours of operation*]. La llamada es gratuita. [*This disclaimer must be included in Spanish.*]
* Usted puede obtener este documento gratuito en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame al <toll-free phone and TTY/TDD numbers>, <days and hours of operation. La llamada es gratuita.
* [Plans must also describe how members can make a standing request to get this document, now and in the future, in a language other than English or in an alternate format.]

# B. Preguntas frecuentes (FAQ)

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

## B1. ¿Qué medicamentos de receta se encuentran en la *Lista de medicamentos cubiertos*? (Llamamos "Lista de medicamentos" a la Lista de medicamentos cubiertos, para abreviar.)

Los medicamentos de la *Lista de medicamentos cubiertos* que comienza en la página <insert page number> son los medicamentos cubiertos por <plan name>. Los medicamentos están disponibles en las farmacias dentro de nuestra red. Una farmacia está en nuestra red si tenemos un acuerdo con ellos, para trabajar con nosotros y proporcionarle servicios a usted. Nos referimos a estas farmacias como “farmacias de la red”.

* <Plan name> cubrirá todos los medicamentos médicamente necesarios de la Lista de medicamentos, si:
  + su médico u otro proveedor médico dice que usted los necesita para mejorar o para seguir sano, **y**
  + usted surte la receta en una farmacia de la red de <plan name>.
* <Plan name> podría tener pasos adicionales para tener acceso a ciertos tipos de medicamentos (lea en el pregunta #B4 abajo).

Usted puede también leer una lista actualizada de los medicamentos que cubrimos en nuestro sitio de Internet en <web address> o llame a Servicios al miembro al <toll-free phone and TTY/TDD numbers>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita.

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

Sí. <Plan name> podría agregar o quitar medicamentos de la Lista de medicamentos durante el año.

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

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

(Para obtener más información acerca de estas restricciones, lea la pregunta B4 <page number>.)

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 que funcione tan bien como un medicamento en la Lista de medicamentos actual, **o**
* aprendamos que un medicamento no sea seguro, **o**
* un medicamento se retire del mercado.

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

* Usted siempre puede leer la Lista de medicamentos actualizada de <plan name> en Internet, en <web address>.
* También puede llamar a <Member Services> para revisar la Lista de medicamentos actual, al <toll-free phone and TTY/TDD numbers>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita.

## B3. ¿Qué sucederá cuando hay un cambio a la Lista de medicamentos?

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, un medicamento nuevo y más barato está disponible que funciona tan bien como un medicamento que existe en la Lista de medicamentos ahora. Cuando eso ocurre, podemos eliminar el medicamento actual, 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 actual 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 o los cambios que hemos hecho.
  + 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 la pregunta B10 para más información sobre las excepciones.]
* **Un medicamento es retirado del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) dice que algún medicamento 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.[Plans should include information advising beneficiaries what to do after they are notified (e.g., comuníquese con el médico que le haya recetado, etc.)]

**Es posible que hagamos otros cambios que puedan 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.
* [*Plans that want the option to immediately substitute a new generic drug, insert*: Agregamos un medicamento genérico que no sea nuevo al 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 ocurren esos cambios, le informaremos por los menos 30 días antes de que hagamos el cambio a la Lista de medicamentos, **o** cuando vuelva a surtir su medicamento. Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otro médico recetador. Él o ella le ayudará a decidir si haya un medicamento similar en la Lista de medicamentos que puede tomar en su lugar o si debe pedir una excepción. Entonces, usted puede:

* Obtener un suministro de [*insert supply limit (must be at least the number of days in the plan’s one month supply)*] días del medicamento antes de que se realice el cambio a la Lista de medicamentos, o
* Pedir una excepción de estos cambios. Por favor vea la pregunta B10 para mas información sobre las excepciones.

## .B4. ¿La cobertura de medicamentos tiene alguna restricción o límite, o hay que hacer algo en particular para obtener ciertos medicamentos?

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

* **Aprobación previa (o autorización previa):** Para algunos medicamentos, usted, su médico u otro profesional de la salud deben obtener una aprobación de <plan name> antes de surtir su receta. <Plan name> podría no cubrir el medicamento si usted no recibe la aprobación.
* **Límites de cantidad:** A veces <plan name> limita la cantidad de un medicamento que usted puede obtener.
* **Tratamiento progresivo:** A veces <plan name> exige que usted siga un tratamiento progresivo. Esto significa que usted tendrá que probar los medicamentos en un cierto orden para su enfermedad. Usted podría tener que probar un medicamento antes de que cubramos otro medicamento. Si a su médico le parece que el primer medicamento no funciona para usted, entonces cubriremos el segundo.

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

Usted también puede pedir una "excepción" a esos límites.

Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otro proveedor médico. Él o ella puede ayudarle a decidir si hay algún otro medicamento similar en la Lista de medicamentos que usted pueda tomar en su lugar o si tiene que pedir una excepción. Por favor lea las preguntas B10-B12 para más información sobre las excepciones.

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

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

## B6. ¿Qué sucederá si cambiamos nuestras reglas sobre cómo cubrimos algunos medicamentos (por ejemplo, requisitos de autorización (aprobación) previa, límites de cantidad o restricciones de tratamiento progresivo)?

[Plans should omit information as needed and reflect only those utilization management procedures actually used by the plan:] En algunos casos, le avisaremos por adelantado si agregamos o cambiamos requisitos de aprobación previa, límites de cantidad y restricciones de tratamiento progresivo a un medicamento. Para más información sobre este aviso por adelantado y situaciones en las cuales no le notificaremos por adelantado cuando cambiamos nuestras reglas sobre los medicamentos en la Lista de Medicamentos, por favor lea la pregunta B3.

## B7. ¿Cómo puede encontrar un medicamento en la Lista de medicamentos?

Hay dos maneras de encontrar un medicamento:

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

Para buscar **por orden alfabético**, vaya a la Sección alfabética del Índice de medicamentos cubiertos. Usted puede encontrarla [give instructions].

Para buscar **por enfermedad**, busque la sección titulada “Lista de medicamentos por enfermedad” de la página <page number>. Los medicamentos de esta sección están agrupados en categorías, de acuerdo con el tipo de enfermedades para las que se usan como tratamiento. Por ejemplo, si usted tiene una enfermedad del corazón, usted debe buscar en la categoría <therapeutic category name example>. Ahí encontrará los medicamentos que traten enfermedades del corazón.

## B8. ¿Qué pasará si el medicamento que usted quiere tomar no está en la Lista de medicamentos?

Si usted no encuentra su medicamento en la Lista de medicamentos, llame a Servicios al miembro al <toll-free phone and TTY/TDD numbers>, <days and hours of operation> y pregunte por él. La llamada es gratuita. Si se entera que <plan name> no cubrirá el medicamento, usted puede hacer algo de lo siguiente:

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

## B9. ¿Qué pasará si usted es un miembro nuevo de <plan name> y no puede encontrar su medicamento en la Lista de medicamentos o tiene problemas para obtener su medicamento?

Podemos ayudarle. Podríamos cubrir su medicamento temporariamente [un suministro **or** suministros] de [*insert supply limit (must be the number of days in plan’s one-month supply)*] días de su medicamento durante los primeros [must be at least 90] días que usted sea miembro de <plan name>. Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otro proveedor médico. Ellos podrán ayudarle a decidir si hay algún otro medicamento similar en la Lista de medicamentos que usted pueda tomar en su lugar o si tiene que pedir una excepción.

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

Cubriremos un suministro de [*insert supply limit (must be the number of days in plan’s one-month supply)*] días de su medicamento si:

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

Si usted está en un hogar para personas mayores u otra institución de cuidados a largo plazo, y necesita un medicamento que no esté en la Lista de Medicamentos o si no puede fácilmente obtener el medicamento que necesita, podemos ayudarle. Si usted ha estado en el plan por más de [insert time period (must be at least 90 days)] días, vive en una institución de cuidados a largo plazo, y necesita su suministro de inmediato:

* Le cubriremos un suministro de [insert supply limit (must be at least a 31-day supply)] días del medicamento que necesite (a menos que tenga una receta para menos días), aunque sea o no sea un nuevo miembro de <plan name>.
* Esto es además del suministro temporero durante los primeros [*must be at least 90*] días que sea un miembro de <plan name>.

[If applicable, plans must insert a description of their transition policy for current members with changes to their level-of-care, as specified in section 30.4.7 of Chapter 6 of the Prescription Drug Benefit Manual.]

## B10. ¿Puede pedir al plan que haga una excepción para cubrir su medicamento?

Sí. Usted puede pedirle a <plan name> que haga una excepción para cubrir su medicamento si éste no está en la Lista de medicamentos.

Usted también puede pedirnos un cambio a las reglas de su medicamento.

* Por ejemplo, <plan name> podría limitar la cantidad que cubriremos de un medicamento. Si su medicamento tiene un límite, usted puede pedirnos que quitemos el límite y que cubramos más.
* Otros ejemplos: Usted puede pedirnos que quitemos las restricciones de tratamiento progresivo o los requisitos de aprobación previa.

## B11. ¿Cómo puede pedir una excepción?

Para pedir una excepción, llame a [*plans should include information on the best person to call – e.g., su coordinador de cuidados or su equipo de cuidados or Servicios al miembro*]. [*Insert: Su coordinador de cuidados, Su equipo de cuidados or Un representante de Servicios al miembro*] trabajará con usted y su proveedor para ayudarle a pedir una excepción. Usted también puede leer el Capítulo 9, [*plan may insert a reference, as applicable*], del Manual del Miembro, para más información sobre excepciones.

## B12. ¿Cuánto tiempo toma obtener una excepción?

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

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

## B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?

Los medicamentos genéricos están hechos con los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Generalmente cuestan menos que los medicamentos de marca y no tienen marcas tan conocidas. Los medicamentos genéricos son aprobados por la Administración de alimentos y medicamentos (FDA).

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

## B14. ¿Qué son los medicamentos de venta libre (OTC)? [*This question is optional. Plans should include this question only if the plan covers OTC drugs.*]

OTC quiere decir "medicamentos que se venden sin receta". <Plan name> cubre algunos medicamentos de venta libre.

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

[Plans should include OTC drugs they pay for and that were included on the integrated formulary approved by CMS and the state in the Drug List. They should provide cost-sharing information there as well.]

## B15. ¿<Plan name> cubre algún producto de venta libre que no sea un medicamento? [*This question is optional. Plans should include this question only if the plan covers OTC non-drug products*.]

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

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

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

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

## B16. ¿Cuánto es su copago?

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

[Plans with copays in any tier insert: Usted puede leer la Lista de medicamentos de <plan name> para conocer el copago de cada medicamento. Los miembros de <plan name> que vivan en hogares de cuidados para personas mayores o en otras instituciones de cuidados a largo plazo no tendrán copagos. Algunos miembros que reciban cuidados a largo plazo en la comunidad tampoco tendrán copagos.]

[Plans with copays in any tier must also provide an explanation; see the example of tiered copays below. Plans should modify the explanation below consistent with their tier model, to include the range of applicable cost sharing amounts for each tier (and a statement that the copay varies depending on the person’s level of Medicaid eligibility), and a description of the types of drugs (e.g., generics, brands, and/or OTCs) on each tier. Plans must ensure the tier label or description of the types of drugs on each tier is consistent with the guidance regarding generic tier labels in the CY 2016 Final Call Letter. If a plan has no copays for any drugs for one or more tiers of drugs, the plan should modify the copay information accordingly.

Los copagos están organizados por niveles. Los niveles son grupos de medicamentos con los mismos copagos.

* Los medicamentos de Nivel 1 tienen el copago más bajo. Son medicamentos genéricos. El Copago es de <amount> a <amount>, dependiendo desus ingresos.
* Los medicamentos de Nivel 2 tienen un copago intermedio. Son medicamentos de marca. El Copago es de <amount> a <amount>, dependiendo de sus ingresos.
* Los medicamentos de Nivel 3 tienen un copago más alto. Tienen un copago de <amount>.]

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

[Only plans with no copays in any tier should include question B17.]

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

[Plans must provide a description of each of their drug tiers and the types of drugs (e.g., generic, brand, and/or OTC) in each tier.

Plans with no copays in any tier include tier examples such as the following:

* Los medicamentos de Nivel 1 son medicamentos genéricos.
* Los medicamentos de Nivel 2 son medicamentos de marca.

Plans must ensure the tier label or description of the types of drugs on each tier is consistent with the guidance regarding generic tier labels in the CY 2016 Final Call Letter and consistent with their approved plan benefit package. Plans must also include a statement that all tiers have no copay.]

# C. Lista de medicamentos cubiertos

La siguiente lista de medicamentos cubiertos le da información sobre los medicamentos cubiertos por <plan name>. Si usted tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, lea el Índice de medicamentos cubiertos que comienza en la página <index page number>. El índice alfabético enumera todos los medicamentos cubiertos por <plan name>.

La primera columna de la tabla contiene el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca están escritos en mayúsculas (p.ej., <BRAND NAME EXAMPLE>) y los medicamentos genéricos están escritos en cursivas minúsculas (p.ej., <generic example>).

La información de la columna titulada "medidas necesarias, restricciones o límites de uso", le indica si <plan name> tiene alguna regla para cubrir su medicamento.

[**Note**: Plans must provide information on the following items when applicable to specific drugs and explain any symbols or abbreviations used to indicate their application: utilization management restrictions, drugs that are available via mail-order, free first fill drugs, limited access drugs, and drugs covered under the medical benefit (for home infusion drugs only). While the symbols and abbreviations must appear whenever applicable, plans are not required to provide associated explanations on every page. They must, however, provide a general footnote on every page stating: You can find information on what the symbols and abbreviations in this table mean by going to [insert description of where information is available, such as page number].]

[**Note**: Any OTC drugs or products on the plan’s approved integrated formulary must be included on the Drug List. For non-Part D drugs or OTC items that are covered by Medicaid, please place an asterisk (\*) or another symbol by the drug to indicate that the beneficiary may need to follow a different process for appeals.]

**Nota:** El símbolo [symbol used by the plan] junto a un medicamento significa que el medicamento no es un “Medicamento Parte D”. La cantidad que usted paga cuándo surta una receta de este medicamento no cuenta hacia el costo total de sus medicamentos (o sea, la cantidad que usted paga no le ayuda para ser elegible para cobertura catastrófica).

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

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

* Estos medicamentos también tienen reglas diferentes para las apelaciones. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos alguna decisión de cobertura y que la cambiemos, si le parece que hemos cometido un error. Por ejemplo, podríamos decidir que un medicamento que usted quiere ya no está cubierto por Medicare o Medicaid.
* Si usted o su médico no están de acuerdo con nuestra decisión, usted puede apelar. Para pedir instrucciones sobre cómo apelar, llame a Servicios al miembro, al <toll-free phone and TTY/TDD numbers>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita. Usted también puede enterarse de cómo apelar una decisión leyendo el Capítulo 9, [*plans may insert a reference, as applicable*] del *Manual del miembro*.

# D. Lista de medicamentos por enfermedad

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

[*If plans use codes in the “Necessary actions, restrictions, or limits on use” column, they should include a key. Plans are not required to include a key on every page, but plans must provide a general footnote on every page stating:* Usted puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaciones de este cuadro, en [*insert description of where information is available, such as page number*]*. The key below is only an example; plans do not have to use the same* abbreviations*/codes.*]

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

(g) = Sólo se cubre la versión genérica de este medicamento. La versión de marca no está cubierta.

M = La versión de marca de este medicamento está en Nivel 3. La versión genérica está en Nivel 1.

PA = Autorización previa (aprobación): usted debe tener aprobación del plan antes de poder obtener este medicamento.

ST = Terapia escalonada: usted tiene que tratar otro medicamento, antes de poder utilizar este.

[*Plans have the option to insert a table to illustrate drugs either by therapeutic category or by therapeutic category further divided into classes. An example of each type of table is presented below.*]

<Therapeutic Category> – [*Optional: Plans are encouraged to insert a plain language description of the category. Plans include additional therapeutic categories as needed.*]

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

**or**

<Therapeutic category> – [Optional: Plans are encouraged to insert a plain language description of the category. Plans include additional therapeutic categories further divided into classes as needed.]

| Name of drug | What the drug will cost you (tier level) | Necessary actions, restrictions, or limits on use |
| --- | --- | --- |
| *<Therapeutic Class Name 1> -* [*Optional: <Plain Language Description>*] | | |
| <Drug Name 1> | <Tier Level> | <Util. Mgmt.> |
| <Drug Name 2> | <Tier Level> | <Util. Mgmt.> |
| *<Therapeutic Class Name 2> -* [*Optional: <Plain Language Description>*] | | |
| <Drug Name 1> | <Tier Level> | <Util. Mgmt.> |
| <Drug Name 2> | <Tier Level> | <Util. Mgmt.> |

[*General Drug Table instructions:*

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

Plans should include OTC drugs they pay for and that were included on the integrated formulary approved by CMS and the state in the Drug List. They should provide cost-sharing information there as well.

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

Plans may include a “plain-language” description of the therapeutic category next to the name of each category. For example, instead of only including the category, “Dermatological Agents,” plans would include “Dermatological Agents – Drugs to treat skin conditions.”

List therapeutic categories alphabetically within the table, and list drugs alphabetically under the appropriate therapeutic category. If plans use the second option and further divide the categories into classes, the therapeutic categories should be listed alphabetically and the therapeutic classes listed alphabetically under the appropriate category. The drugs should then be listed alphabetically under the appropriate therapeutic class.

The chart must include at least two covered drugs for each therapeutic category/class except when only one drug exists in the category or class or when two drugs exist in the category or class but one is clinically superior to the other as per your CMS-approved formulary.]

[*“Name of Drug” column instructions:*

Brand name drugs should be capitalized (e.g., DRUG A). Generic drugs should be lowercase and italicized, e.g., penicillin. Plans may include the generic name of a drug next to the brand name.

If there are differences in formulary status, tier placement, quantity limit, prior authorization, step therapy, or other restrictions or benefit offerings (e.g., available via mail order, etc.) for a drug based on its differing dosage forms or strengths, the formulary must clearly identify how it will treat the different formulations of that same drug. For instance, if a drug has a different tier placement depending on the dosage (e.g., 20 mg is in Tier 1 and 40 mg is in Tier 4), plans must include the drug twice within the table with the varying dosage listed next to the drug name (e.g., DRUG A, 20 mg and DRUG A, 40 mg). The drug will be counted as a single drug when determining whether the plan has included two drugs within each therapeutic category/class.]

[*“What the drug will cost you (tier level)” column instructions:*

Plans should put the appropriate tier level in parentheses next to the copay or range of copays as shown in the example above.]

[*Necessary actions, restrictions, or limits on use column instructions*

Plans may include abbreviations within this column (e.g., QL for quantity limits) but must include an explanation at the beginning of the table explaining each abbreviation.

Plans must explain any symbols or abbreviations used to show use restrictions, drugs that are available via mail order, non-Part D drugs or OTC items that are covered by Medicaid, free-first-fill drugs, limited-access drugs, and drugs covered under the medical benefit (for home infusion drugs only and for plans that specifically ask for and are approved in the plan benefit package to bundle home infusion drugs and services under the medical benefit). Plans may also use abbreviations to show drugs that are not available via mail-order.

**Note:** Health plans may want to add this bullet if the plan offers generic use incentive programs permitting zero or reduced cost-sharing on first generic refills:

* Le proporcionaremos este medicamento de receta [insert as appropriate: sin costo or a costo reducido] la primera vez que surta la receta]

# E. Índice de medicamentos cubiertos

[Plans must include an alphabetical listing of all drugs included in the formulary that indicates the page where members can find coverage information for that drug. Plans may use more than one column for the index listing. The inclusion of this list is required and should start on a separate page.]