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 y otros medicamentos cubiertos*.* Estos medicamentos son los que su proveedor ordena para usted y que usted obtiene de una farmacia o al pedirlos por correo. Incluyendo los medicamentos cubiertos por Medicare Parte D y Medicaid. Términos clave y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del participante*.

<Plan name> también cubre los siguientes medicamentos, sin embargo, no serán mencionados en este capítulo:

* Medicamentos cubiertos por Medicare Parte A. Estos incluyen algunos   
  medicamentos que le den mientras esté en un hospital o una institución de enfermería avanzada .
* Medicamentos cubiertos por Medicare Parte B. Estos incluyen algunos medicamentos de quimioterapia, algunas inyecciones 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 Medicare Part B, lea la Tabla de artículos y servicios cubiertos en el Capítulo 4 [plans may insert reference, as applicable].

**Reglas para la cobertura de medicamentos de pacientes externos**

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

1. Un médico u otro proveedor debe escribir su receta. Es necesario que obtenga una receta por escrito tanto para medicamentos de receta como para medicamentos de venta libre (OTC).
2. En general, para surtir su receta, usted deberá usar una farmacia de la red a menos que <plan name> o su Equipo interdisciplinario (IDT) hayan autorizado que use una farmacia fuera de la red.
3. Su medicamento recetado debe estar incluido en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. Para abreviar, nosotros la llamamos “Lista de medicamentos”.

* Si no está en la Lista de medicamentos, es posible que podamos cubrirla si le damos una excepción.
* Lea 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 quiere decir que su uso está aprobado por la Administración de alimentos y medicamentos o está respaldado por ciertos libros de referencia. [Plans should add definition of “medically accepted indication” as appropriate for Medicaid-covered drugs and items.]

[Plans should refer Participants 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 [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 contenido

[A. Surtiendo sus recetas 4](#_Toc520302941)

[A1. Surtiendo su receta en una farmacia de la red 4](#_Toc520302942)

[A2. Usando su Tarjeta de identificación de miembro del plan cuando surta una receta 4](#_Toc520302943)

[A3. Qué hacer si se cambia a otra farmacia de la red 4](#_Toc520302944)

[A4. Qué hacer si su farmacia se retira de la red 4](#_Toc520302945)

[A5. Usando una farmacia especializada 5](#_Toc520302946)

[A6. Usando servicios de pedidos por correo para obtener sus medicamentos 5](#_Toc520302947)

[A8. Usando una farmacia que no esté en la red del plan 9](#_Toc520302948)

[A8. Devolviéndole lo que pagó cuando surte una receta en una farmacia que no pertenece a la red del plan 9](#_Toc520302949)

[B. Lista de medicamentos del plan 9](#_Toc520302950)

[B1. Medicamentos en la Lista de medicamentos 9](#_Toc520302951)

[B2. Cómo encontrar un medicamento en la Lista de medicamentos 10](#_Toc520302952)

[B3. Medicamentos que no están en la Lista de medicamentos 10](#_Toc520302953)

[B4. Los niveles de la Lista de medicamentos 11](#_Toc520302954)

[C. Límites de algunos medicamentos 11](#_Toc520302955)

[D. Razones por las cuales su medicamento podría no estar cubierto 13](#_Toc520302956)

[D1. Obteniendo un suministro temporero 13](#_Toc520302957)

[E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos 15](#_Toc520302958)

[F. Cobertura de medicamentos en casos especiales 18](#_Toc520302959)

[F1. Si usted está en una institución de cuidados a largo plazo 18](#_Toc520302960)

[F2. Si usted está en un programa de hospicio certificado por Medicare 18](#_Toc520302961)

[G. Programas sobre la seguridad y administración de medicamentos 19](#_Toc520302962)

[G1. Programas para ayudar a los participantes a usar medicamentos con cuidado 19](#_Toc520302963)

[G2. Programas para ayudar a los participantes a administrar sus medicamentos 19](#_Toc520302964)

# A. Surtiendo sus recetas

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

En la mayoría de los casos, el plan pagará por recetas *sólo* 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 Participantes 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 participante 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 participante** en su farmacia de la red. La farmacia de la red le cobrará al plan su medicamento de receta o de venta libre (OTC) cubierto.

Si usted no tiene la Tarjeta de identificación de participante 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 cuando usted vaya a buscarlo.**Usted puede pedirle a <plan name> que le devuelva lo que usted haya pagado. Si usted no puede pagar por el medicamento, comuníquese inmediatamente con Servicios al participante. Haremos lo posible para ayudarle.

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

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

[Plans in which Participants do not need to take any action to change their pharmacies may delete the following sentence.] Si usted cambia de farmacia y necesita resurtir una receta, usted puede pedirle a su farmacia que transfiera la receta a la farmacia nueva.

Si necesita ayuda para cambiar su farmacia de la red, puede comunicarse con Servicios al participante o con su Administrador de cuidados.

## A4. Qué hacer si su farmacia se retira de 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 participante 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. [*Plans 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 una institución de enfermería avanzada.
  + Generalmente, las instituciones de cuidado a largo plazo tienen sus propias farmacias. Si usted es residente de alguna institución de cuidados a largo plazo, debemos asegurarnos que usted pueda obtener los medicamentos que necesite en la farmacia de la institución.
  + Si la farmacia de su institución de cuidado a largo plazo no está en nuestra red o si usted tiene algún problema para acceder a sus beneficios de medicamentos en una institución de cuidado a largo plazo, comuníquese con su Administrador de cuidados o Servicios al participante. [Plans may insert additional information about LTC pharmacy services in the plan’s network.]
* Las farmacias que sirven al Programa de salud para nativos americanos tribales o urbanos. Excepto en emergencias, sólo los nativos americanos y los nativos de Alaska pueden usar estas farmacias. [*Plans may insert additional information about I/T/U 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 participante o con su Administrador de cuidados.

## A6. Usando 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 que están disponibles por medio del servicio de pedidos por correo del plan, están indicados como medicamentos disponibles 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: 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].

**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 Participants to get a prescription if the mail-order is delayed.]

**Procesos de pedidos por correo**

El servicio de pedidos por correo tiene diferentes procedimientos para recetas nuevas que recibe de usted, recetas nuevas que recibe directamente del consultorio de su proveedor y para resurtir las recetas de sus pedidos por correo:

1. Recetas nuevas que la farmacia recibe de usted

La farmacia surtirá y enviará automáticamente las recetas nuevas que reciba de usted.

[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 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 beneficiary before filled), insert the following:]

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

Después que la farmacia recibe una receta de un proveedor de cuidados de salud, se comunicará con usted para ver si quiere que le surta el medicamento inmediatamente o más adelante.

* Esto le dará la oportunidad de asegurarse que la farmacia le envíe los medicamentos correctos (incluyendo la dosis, cantidad y presentación) y, si es necesario, permitirle que pare o retrase el pedido antes de que sea enviado.
* Es importante que usted responda cada vez que la farmacia se comunique con usted, para avisarles qué hacer con la nueva receta y para prevenir retrasos 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 beneficiary 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 enviará automáticamente las recetas nuevas que reciba de proveedores de cuidados de salud, sin consultar primero con usted, si ocurre alguno de lo siguiente:

* Usted usó los servicios de pedidos por correo en el pasado, ***o***
* Usted se registró para entregas automáticas, para todas las recetas nuevas que recibamos directamente de proveedores de cuidados de salud. Usted puede pedir entregas automáticas de sus recetas ahora o en cualquier momento [insert instructions].

Si usted usó los servicios de pedido por correo en el pasado y no quiere que la farmacia le surta y envíe automáticamente sus recetas nuevas, comuníquese con nosotros [insert instructions].

Si nunca usó nuestros servicios de entrega por correo y/o decide parar el surtido automático de recetas nuevas, la farmacia se comunicará con usted cada vez que recibe una receta nueva de un proveedor de cuidados, para ver si usted quiere que surtamos y enviemos los medicamentos inmediatamente.

* Esto le dará la oportunidad de asegurarse que la farmacia le envíe los medicamentos correctos (incluyendo la dosis, cantidad y presentación) y, si es necesario, permitirle que pare o retrase el pedido antes de que sea enviado.
* Es importante que usted responda cada vez que la farmacia se comunique con usted, para avisarles qué hacer con la nueva receta y para prevenir retrasos de los envíos.

Si usted opta por no recibir envíos automáticos de las recetas nuevas que usted recibe directamente del consultorio de su proveedor de cuidados 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. Resurtido de las recetas de sus pedidos por correo

Para resurtir, comuníquese con su farmacia [insert recommended number of days] días antes que se le acaben los medicamentos que usted tiene, para asegurarnos que enviemos su próximo pedido a tiempo.

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

1. Resurtido de las recetas de sus pedidos por correo

Para resurtir sus medicamentos, usted tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático [optional: called <insert name of auto refill program>]. En este programa vamos a empezar a procesar su próximo resurtido automáticamente cuando nuestros registros muestren que usted debe estar cerca de quedarse sin medicamentos.

* La farmacia se comunicará con usted antes de enviar cada resurtido para asegurarse que usted necesite más medicamentos y pueda cancelar los resurtidos programados si tiene suficiente medicamentos o si su medicamento ha cambiado.
* Si usted decide no usar nuestro programa de resurtido automático, comuníquese con su farmacia [insert recommended number of days] días antes que se le acaben los medicamentos que usted tiene, para asegurarnos que enviemos su próximo pedido a tiempo.

Si usted opta por no participar en el programa [optional: insert name of auto refill program instead of el programa] que automáticamente prepara resurtidos de pedidos por correo, comuníquese con nosotros [insert instructions].

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

Asegúrese de hacerle saber a la farmacia la mejor manera de comunicarse con usted, [Insert instructions on how enrollees should provide their communication preferences] para que puedan encontrarlo y confirmar su orden antes de enviarla

**A7.** **Obteniendo 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 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. *Los medicamentos de mantenimiento* son los que usted toma de manera regular, para una enfermedad crónica o a largo plazo.

[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. 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 participante o a su Administrador de cuidados 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 [plans 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 participante 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 participante para ver si hay una farmacia de la red cercana.

## A8. Devolviéndole lo que pagó cuando surte una receta en una farmacia que no pertenece a la red del plan

A veces, una farmacia que no está en la red del plan le pedirá que pague el costo total del medicamento y que luego usted nos pida que le devolvamos lo que pagó. Usted puede pedirle a <plan name> que le devuelva lo que pagó.

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

# B. Lista de medicamentos del plan

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos.* La 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 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.

## B1. Medicamentos en la Lista de medicamentos

La Lista de medicamentos incluye los medicamentos cubiertos bajo Medicare Parte D y algunos medicamentos de venta libre (OTC) [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.

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos de venta libre [insert if applicable: y productos]. Algunos medicamentos de venta libre cuestan menos que los medicamentos de receta y funcionan igual. Llame a Servicios al participante o a su Administrador de cuidados 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 participante para buscar si un medicamento está en la Lista de medicamentos del plan o 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 ni todos los medicamentos de venta libre (OTC). 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 ciertos medicamentos 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 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 [plans may insert reference, as applicable].)

Hay tres reglas generales para los medicamentos excluidos:

1. La cobertura de medicamentos para pacientes externos de nuestro plan (que incluye medicamentos de Parte D y de Medicaid), no puede pagar por un medicamento que ya estaría cubierto bajo Medicare Parte A o Parte B. Los medicamentos cubiertos bajo Medicare Parte A o Parte B están cubiertos de manera gratuita por <plan name>, pero no son considerados como parte de sus 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. [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 ser aprobado por la FDA o respaldado por libros de referencia que lo aprueben como tratamiento para su enfermedad. 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 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. [Plans 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 con fines cosméticos 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 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 la Lista de medicamentos

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan están en uno de <number of tiers> niveles. Un nivel es un grupo de medicamentos del mismo tipo como regla general (por ejemplo, medicamentos de marca, genéricos o de venta libre).

[Plans must briefly describe each tier (e.g., Cost Sharing 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 CY 2016 Final Call Letter. Indicate which is the lowest tier and which is the highest tier.]

Para saber en qué nivel está su medicamento, busque el medicamento en la Lista de medicamentos del plan.

# C. Límites de algunos medicamentos

Hay reglas especiales que limitan la manera y el tiempo en que el plan cubre ciertos medicamentos de receta y de venta libre (OTC). En general, nuestras reglas le aconsejan obtener un medicamento que funcione para su enfermedad y que sea seguro y eficaz. Cuando un medicamento seguro y barato funciona tan bien como un medicamento más caro, el plan espera que su proveedor use el medicamento más barato.

**Si hay alguna regla especial para su medicamento, generalmente significará que usted o su proveedor tendrán que darnos a nosotros o a su Equipo interdisciplinario (IDT) información adicional 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 pedirle a <plan name> o a su IDT que hagamos una excepción. <Plan name> o su IDT pueden o no estar de acuerdo en permitirle tomar el medicamento sin tomar los pasos adicionales.

Para saber más sobre cómo pedir excepciones, lea 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 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 nos dijo a nosotros o a su IDT, que los medicamentos genéricos u otros medicamentos cubiertos que tratan la misma condición médica, no va a funcionar y tienen escrito “DAW” (Como se receta) en su receta para un medicamento de marca, entonces <plan name> o su IDT aprobará el medicamento de marca.

1. Cómo obtener una aprobación del plan o su IDT por anticipado

Para algunos medicamentos, usted o su médico deben obtener la aprobación del plan o su IDT antes de surtir su receta. Si no obtiene la aprobación, es probable que no cubramos el medicamento. Es probable que su IDT apruebe los medicamentos porque forman parte de su Plan de servicios personalizado (PCSP), o puede pedirle a <plan name> que lo apruebe.

Durante los primeros [insert time period (must be at least 90 days)] días de hacerse Participante en el plan, no necesita que el plan ni su IDT aprueben la solicitud para re-surtir medicamentos de una receta existente, aunque el medicamento no esté en nuestra Lista de medicamentos o tenga alguna limitación. Lea la página <page number> para más información sobre cómo obtener un suministro temporero.

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 las reglas de <plan name> requieran que pruebe primero el Medicamento A. Si el Medicamento A no funciona para usted, entonces el plan cubrirá el Medicamento B. Esto se llama tratamiento progresivo.

1. Límites a la cantidad

Nosotros limitamos la cantidad que usted podrá obtener de algunos medicamentos. Esto se llama límite a la cantidad. Por ejemplo, el plan puede limitar qué cantidad de medicamento podrá recibir cada vez que surta su receta.

Para saber 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 participante 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 [plans may insert reference, as applicable], algunos de los medicamentos cubiertos por el plan tienen reglas que limitan su uso. En ocasiones, es posible que usted o la persona que le recetó el medicamento quieran pedirle a <plan name> o a su Equipo interdisciplinario (IDT) que hagan una excepción 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 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 o para pedirle a <plan name> o a su IDT que aprueben 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:

* [Plans may omit this scenario if the plan allows current Participants 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 participó en el plan el año pasado.
  + Cubriremos un suministro (o suministros) temporero de sus medicamentos **durante los primeros** [insert time period (must be at least 90 days)] **días del año calendario**.
  + Este suministro o suministros temporeros serán por un máximo de [insert supply limit (must be the number of days in plan’s one-month supply)] días.
  + Si le escriben su receta por menos días, le permitiremos re-surtir más de una vez por un máximo de [insert supply limit (must be the number of days in plan’s one-month supply)] días de medicamentos. Usted debe surtir sus recetas en una farmacia de la red.
  + Farmacias de cuidado a largo plazo le pueden proveer su medicamento en pequeñas cantidades para evitar desperdicios.
* Usted es nuevo en el plan.
  + Nosotros cubriremos un suministro (o suministros) 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 para hasta [insert time period (must be the number of days in plan’s one-month supply)] días.
  + Si le escriben su receta por menos días, le permitiremos re-surtir más de una vez por un máximo de [insert supply limit (must be the number of days in plan’s one-month supply)] días de medicamentos. Usted debe surtir sus recetas en una farmacia de la red.
  + Farmacias del cuidado a largo plazo le pueden proveer su medicamento en pequeñas cantidades 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.
  + Nosotros cubriremos un suministro por [insert supply limit (must be at least a 31-day supply)] días de su medicamento, o menos, si su receta es por menos días. Esto es además del suministro temporero mencionado arriba.
  + [If applicable: Plans must insert their transition policy for current Participants with changes to their level of care.]
  + Para pedir un suministro temporero de un medicamento, llame a Servicios al participante.

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 participante 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 a <plan name> o a su IDT que hagan una excepción. Por ejemplo, puede pedirle a <plan name> o a su IDT que aprueben un medicamento aunque no esté incluido en la Lista de medicamentos. O puede pedirle a <plan name> o a su IDT que aprueben y cubran el medicamento sin ponerle límites. Su proveedor puede ayudarle a pedir una excepción si dice que usted tiene razones médicas válidas para pedirla.

[Plans that do not allow current Participants to request an exception prior to the beginning of the following contract year may 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 a nosotros o a su IDT que hagamos una excepción y cubramos el medicamento como a usted le gustaría para el año siguiente.
* <Plan name> o su IDT responderán a su pedido de una excepción a más tardar en 72 horas después de recibirlo (o el informe de su proveedor).

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

Si usted necesita ayuda para pedir una excepción, puede comunicarse con Servicios al participante o con su Administrador de cuidados.

# E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos

La mayoría de los cambios en la cobertura de los medicamentos ocurren el 1º de enero, pero <plan name> podría agregar o retirar medicamentos en 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 que funcione tan bien como un medicamento en la Lista de medicamentos ahora, **o**
* nos demos cuenta de que un medicamento no es seguro, **o**
* un medicamento es 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 <Participant Services> para verificar la Lista de medicamentos actual al <toll free number>

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 medicamento genérico nuevo está disponible**. A veces, un medicamento nuevo y más barato, que funciona tan bien como un medicamento que existe en la Lista de medicamentos ahora , está disponible. 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 informaremos antes de hacer este cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico o los cambios que hemos hecho.
  + Usted o su proveedor puede pedir una “excepción” a 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 para más información sobre las excepciones.]
* **Un medicamento es retirado del mercado**. Si la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) dice 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 beneficiaries 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 una nueva regla o hay nuevas directrices 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 de un 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 hay 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
* Solicitar una excepción a estos cambios. Para saber más sobre cómo pedir una excepción, lea el Capítulo 9[plans may insert reference, as applicable

# F. Cobertura de medicamentos en casos especiales

## F1. Si usted está en una institución de cuidados a largo plazo

Generalmente, una institución de cuidado a largo plazo, como una una institución de enfermería avanzada , 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 su Administrador de cuidados o Servicios al participante.

## F2. Si usted está en un programa de hospicio certificado por Medicare

Los medicamentos nunca son cubiertos por un hospicio y nuestro plan a la misma vez.

* Si usted se inscribió en un hospicio de Medicare y necesita un medicamento para tratar los dolores, náuseas, o necesita un laxante o un medicamento para la ansiedad, que no está cubierto por su hospicio, porque no es para tratar el pronóstico médico terminal y condiciones relacionadas, nuestro plan debe ser notificado por la persona que recetó el medicamento o su proveedor de hospicio, explicando que el medicamento no es para tratar la enfermedad antes que el plan pueda cubrir el medicamento.
* Para prevenir retrasos en la recepción de este tipo de medicamentos que el plan debe cubrir, usted puede pedirle a su proveedor de hospicio o a la persona que le recetó el medicamento, que se aseguren de tener la notificación antes de pedirle a la farmacia que surta su receta.

Si usted se va del hospicio, nuestro plan debe cubrir todos sus medicamentos. Para prevenir retrasos en la farmacia, cuando terminen sus beneficios de hospicio con Medicare, usted debe traer toda la documentación a la farmacia para que verifiquen que usted ha dejado el hospicio. Consulte las partes anteriores de este capítulo, que explican las reglas para obtener cobertura de medicamentos de la Parte D.

Para informarse más sobre los beneficios de hospicio, lea el Capítulo 4 [plans may insert reference, as applicable].

# G. Programas sobre la seguridad y administración de medicamentos

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

Cada vez que surta una receta, verificaremos que no haya problemas como los siguientes 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
* Contienen ingredientes a los que usted es alérgico

Si vemos que hay un posible problema en cuanto al uso de sus medicamentos de receta, le avisaremos a su Administrador de cuidados y le pediremos a su Equipo interdisciplinario (IDT) que trabaje con su proveedor para solucionarlo.

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

Si usted toma medicamentos para diferentes condiciones médicas, usted puede ser elegible para recibir servicios, gratuitos, a través de un programa de administración de terapia de medicamentos (MTM). Este programa le permite a usted y su proveedor asegúrese de que su medicamento está trabajando para mejorar su salud. Un farmacéutico u otro profesional de la salud revisará todos sus medicamentos y hablará con usted sobre:

* Cómo obtener el mayor beneficio de los medicamentos que toma
* Cualquier inquietud que usted tenga, como los costos del medicamento y las reacciones adversas a los medicamentos
* Cuál es la mejor manera de tomar los medicamentos
* Cualquier alguna pregunta o problemas que usted tiene sobre sus recetas y medicamentos de venta libre

Usted obtendrá un resumen por escrito de esta discusión. El resumen tiene un plan de acción para los medicamentos que recomienda lo que usted puede hacer para obtener el mejor uso de los medicamentos. También recibirá una lista personal de medicamentos que incluye todos los medicamentos que está tomando y por qué los está tomando.

Es buena idea programar su revisión de medicamentos antes de su visita de “Bienestar” anual, para que usted pueda hablar con su médico acerca de su plan de acción y lista de medicamentos. Traiga su plan de acción y lista de medicamentos a su visita o cualquier vez que hable con sus médicos, farmacéuticos, y otros proveedores de cuidado de salud. También lleve la lista de medicamentos si va al hospital o a la sala de emergencia.

Los programas de administración de terapia de medicamentos son voluntarios y gratuitos para los participantes elegibles. Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, su Equipo interdisciplinario (IDT) discutirá con usted si debe inscribirse en el programa.

Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, comuníquese con Servicios al participante o con su Administrador de cuidados.

**G3. Programa de administración de medicamentos para ayudar a participantes a usar de manera segura sus medicamentos opioides**

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

<Plan name> tiene un programa que ayuda a participantes a usar de manera segura sus medicamentos opioides u otros medicamentos que se abusan con frecuencia. Este programa se llama el Programa de administración de medicamentos (DMP, por sus siglas en inglés).

Si usa medicamentos de opioides que obtiene de varios médicos o farmacias, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos que su uso es apropiado y médicamente necesario. Si mientras trabajamos con sus médicos decidimos que usted esté en riesgo de mal uso o abuso de sus medicamentos opioides [*insert if applicable:* o benzodiacepina], podríamos limitar cómo usted obtiene esos medicamentos. Algunas de las limitaciones pueden incluir:

* Requerirle que obtenga todas las recetas de esos medicamentos de **una sola farmacia** y/o **de un solo médico**
* **Limitar la cantidad** de esos medicamentos que le cubriremos

Si decidimos que se le apliquen 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**. Si usted piensa que hemos cometido un error, no está de acuerdo de que usted esté en riesgo de abuso de medicamentos de recetas, o no está de acuerdo con la limitación, usted y su médico recetador pueden presentar una apelación. (Para más información sobre cómo apelar, lea el Capítulo 9 [*plans may insert reference, as applicable*].)

Es posible que el DMP no le aplique si usted:

* tiene ciertas condiciones médicas, como cáncer **o**
* está recibiendo cuidado de hospicio, **o**
* vive en una institución de cuidado a largo plazo.