**Instructions to Health Plans**

* [*The plan is 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).]
* [The plan should note that the EOC is referred to as the “Participant Handbook”. The plan must use the term “Participant Handbook”.]
* [Where the template instructs inclusion of a phone number, the plan must ensure it is a toll-free number and include a toll-free TTY number and days and hours of operation.]
* [The plan should include in the Drug List all drugs/items covered under the Part D and Medicaid pharmacy benefits. This includes only those drugs on the plan’s approved Part D formulary and approved Additional Demonstration Drug (ADD) file.]
* [The plan may place a QR code on materials to provide an option for Participants to go online.]
* [The footer following the introduction (i.e., the footer in the actual list of drugs) must appear at the bottom of every other page.]
* [*Wherever possible, the plan is encouraged to adopt good formatting practices that make information easier for English-speaking and non-English speaking enrollees to read and understand. The following are based on input from beneficiary interviews:*
* *Format a section, chart, table, or block of text to fit onto a single page. In instances where 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 Participant 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, Plan Type>** | ***Lista de medicamentos cubiertos* para <year> (Formulario)**

Introducción

Este documento se llama la *Lista de medicamentos cubiertos* (también llamada la Lista de medicamentos). Le informa sobre cuáles de sus medicamentos de receta [*insert if applicable:* y medicamentos sin receta] [i*nsert 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 participante*.

[In accordance with CMS formulary guidance and the Prescription Drug Benefit Manual, the plan must indicate when the document was updated by including either “Actualizado en MM/DD/YYYY” or “Sin cambios desde MM/DD/YYYY” along with “Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, llame al <toll-free phone and TTY numbers>, <days and hours of operation> o visite <web address>” on both the front and back covers of this document. The plan may include the Material ID only on the front cover.]

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

Tabla de contenido

A. Renuncias de garantías 5

B. Preguntas frecuentes (FAQ) 5

B1. ¿Qué medicamentos de receta se encuentran en *la Lista de medicamentos cubiertos*? (Para abreviar, llamamos “Lista de medicamentos” a la *Lista de medicamentos cubiertos*.) 5

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

B3. ¿Qué sucede si hay un cambio en 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 algunos medicamentos (por ejemplo, autorización (aprobación) previa, límites de cantidad y/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 Participante nuevo de <plan name> y no puede encontrar su medicamento en la Lista 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? 13

B14. ¿Qué son los medicamentos de venta libre (OTC)? 13

B15. ¿<Plan name> cubre algún producto que no sea un medicamento de venta libre? 13

B16. ¿Cuánto es su copago? 13

B17. ¿Qué son los niveles de medicamentos? 13

C. Lista de medicamentos cubiertos 14

D. Lista de medicamentos por enfermedad 15

E. Índice de medicamentos cubiertos 19

# A. Renuncias de garantías

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

* [*The plan 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*], hay disponibles para usted servicios de asistencia en su idioma sin cargo. Llame al [insert Participant Services toll-free phone and TTY numbers and days and hours of operation]. La llamada es gratuita. [*This disclaimer must be included in all non-English languages that meet the Medicare and/or state thresholds for translation.*]

Usted puede pedir esta información en otros formatos, como letra grande, braille o audio de manera gratuita. Llame al [insert Participant Services toll-free phone and TTY numbers and days and hours of operation]. La llamada es gratuita.

[The plan also must simply describe:

* how it will request a Participant’s preferred language other than English and/or alternate format,
* how it will keep the Participant’s information as a standing request for future mailings and communications, so the Participant does not need to make a separate request each time, and
* how a Participant can change a standing request for preferred language and/or format.]

El estado de New York creó un programa del ombudsman del Participante, llamado Independent Consumer Advocacy Network (ICAN), para proporcionarle a los Participantes asistencia gratuita, confidencial para los servicios que ofrece <plan name>. Para comunicarse con ICAN, llame, de manera gratuita, al 1-844-614-8800 (los usuarios de TTY deben llamar al 711 y luego siga las indicaciones para marcar 844-614-8800) o vaya a [icannys.org](http://icannys.org/).

# B. Preguntas frecuentes (FAQ)

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

## B1. ¿Qué medicamentos de receta se encuentran en *la Lista de medicamentos cubiertos*? (Para abreviar, llamamos “Lista de medicamentos” a la *Lista de medicamentos cubiertos*.)

Los medicamentos de la *Lista de medicamentos cubiertos* que comienza en la página <page number> son los medicamentos cubiertos por <plan name>. Estos 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 de la Lista, si:
  + su médico u otro proveedor dice que usted los necesita para mejorar su salud o para seguir sano,
  + el medicamento es médicamente necesario para su enfermedad, **y**
  + usted surte la receta en una farmacia de la red de <plan name>.
* <Plan name> podría tener pasos adicionales para tener acceso a ciertos tipos de medicamentos (lea la pregunta B4 de abajo). En algunos casos, es probable que usted tenga que hacer algo antes de obtener un medicamento, por ejemplo, primero probar otros medicamentos.

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

Usted puede también leer una lista actualizada de los medicamentos que cubrimos en nuestro sitio web en <web address> o llame a Servicios al participante al <toll-free number>.

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

* Decidir si exigir o no una aprobación previa para algún medicamento. (Aprobación previa es el permiso de <plan name> o su Equipo interdisciplinario (IDT) antes de que usted pueda obtener un medicamento.)
* Aumentar o cambiar 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 reglas para los medicamentos, lea la pregunta B4.

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

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

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

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

## B3. ¿Qué sucede si hay un cambio en la Lista de medicamentos?

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

* [*A* *plan that otherwise meets all requirements and wants the option to immediately replace brand name drugs with its generic equivalents must provide the following advance general notice of changes:* **Un medicamento genérico nuevo llega a estar disponible.** A veces, un nuevo medicamento genérico que es igual de eficiente que un medicamento de marca que se encuentra actualmente en la Lista de medicamentos llega al mercado. Cuando eso ocurre, podemos eliminar el medicamento de marca y agregar el nuevo medicamento genérico, pero su costo para el medicamento nuevo será el mismo [*insert if applicable, for example, if the plan’s Drug List has differential cost-sharing for some generics:* o será más bajo.] Cuando agregamos el medicamento genérico nuevo, también podemos decidir mantener el medicamento de marca en la lista, pero cambiar sus reglas o límites de cobertura.
* Es posible que no le notifiquemos cuando se haga este cambio, pero le mandaremos información sobre el cambio específico que hemos hecho una vez realizado.
* Usted o su proveedor pueden solicitar una excepción de estos cambios. Le mandaremos una notificación con los pasos que puede tomar para solicitar una excepción. Por favor lea la pregunta B10 para más información sobre excepciones.]
* **Un medicamento es eliminado del mercado.** Si la Administración de alimentos y medicamentos (FDA) dice que algún medicamento que usted toma no es seguro o el fabricante del medicamento lo retira del mercado, lo quitaremos inmediatamente de la Lista de medicamentos. Si usted esta tomando el medicamente, también le enviaremos una carta y lo llamaremos para avistarle que el medicamento que no es seguro fue quitado de la Lista de medicamentos. [The plan should include information advising Participants what to do after they get this letter and call (e.g., Comuníquese con el médico que le haya recetado, etc.).]

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

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

Cuando suceden estos cambios:

* Le notificaremos 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 de estos cambios. Para más información sobre las excepciones, por favor lea la pregunta B10.

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

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

* **Aprobación previa (o autorización previa):** Para algunos medicamentos, usted o su médico u otro proveedor debe obtener una aprobación de <plan name> o su IDT antes de surtir su receta. <Plan name> podría no cubrir el medicamento si usted no consigue la aprobación.
* **Límites de cantidad:** A veces <plan name> limita la cantidad de un medicamento que usted puede obtener.
* **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.
* **Cobertura basada en una indicación:** Si <plan name> cubre un medicamento solo para algunas afecciones médicas, lo identificamos claramente en la Lista de medicamentos junto con las afecciones médicas específicas que están cubiertas.

Usted puede verificar si su medicamento tiene algún requisito o límite adicional leyendo las tablas de la página <page number>. Usted también puede obtener más información en nuestro sitio web en <web address>. [If the plan applies prior authorization and/or step therapy, it must insert the following with applicable information: En nuestra página web encontrará [insert: un documento **or** documentos] que [insert: explica **or** explican] nuestras [insert as applicable: restricciones de aprobación previa **or** restricciones de tratamiento progresivo **or** restricciones de aprobación previa y tratamiento progresivo].] Usted también puede pedirnos que le enviemos una copia.

Usted también puede pedir una excepción a esos límites. Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otro proveedor médico. Ellos podrán ayudarle a decidir si hay algún otro medicamento similar en la Lista de medicamentos que usted pueda tomar en su lugar o si tiene que pedir una excepción. 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 algunos medicamentos (por ejemplo, autorización (aprobación) previa, límites de cantidad y/o restricciones de tratamiento progresivo)?

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

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

Hay dos maneras de encontrar un medicamento:

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

Para buscar **por orden alfabético**, vaya a la sección del Índice de medicamentos cubiertos en la página <page number>. Luego busque el nombre en la Lista de medicamentos.

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 al 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 participante al <toll-free number> y pregunte por él. Si se entera que <plan name> no cubrirá el medicamento, usted puede hacer uno de los siguientes:

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

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

Podemos ayudarle. Debemos cubrir un suministro temporario de [*insert supply limit (must be the number of days in plan’s one-month supply)*] días de su medicamento, cuando sea necesario, durante los primeros 90 días que usted sea Participante 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 escrita por menos de los días indicados, le permitiremos múltiples suministros hasta un máximo de [*insert supply limit (must be the number of days in plan’s one-month supply)*] días de su medicamento.

Cubriremos un suministro de [*insert supply limit (must be the number of days in plan’s one-month supply)*] días de su medicamento 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 de su IDT, **o**
* Usted toma algún medicamento que forme parte de una restricción de tratamiento progresivo.

Si usted está en una institución de cuidados intermedios (ICF, por sus siglas en inglés) u otra institución de cuidados a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés), y necesita un medicamento que no está en la Lista de Medicamentos o si no puede obtener el medicamento que necesita, podemos ayudarle. Si usted ha estado en el plan por más de [*insert time period (must be at least 90 days)*] días, vive en una LTC, 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 un nuevo Participante de <plan name>.
* Esto es adicional al suministro temporario durante los primeros [must be at least 90] días de ser Participante de <plan name>.

[If applicable, the plan must insert a description of its transition policy for current Participants 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> o a su IDT que haga una excepción para cubrir su medicamento si éste no está en la Lista de medicamentos.

Usted también puede pedirle a <plan name> o a su IDT 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 a nosotros o a su IDT que cambiemos el límite y que cubramos más.
* Otros ejemplos: Usted puede pedirnos a nosotros o a su IDT 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 su Administrador de cuidados. Su Administrador de cuidados trabajará con usted y su proveedor para ayudarle a pedir una excepción. Usted también puede leer el Capítulo 9, [*the plan may insert a reference, as applicable*], del *Manual del participante*, para más información sobre excepciones.

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

Primero, <plan name> o su IDT deben 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 dentro de las 24 horas después de recibir la declaración de apoyo de su proveedor médico.

## B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?

Los medicamentos genéricosestán 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)?

OTCquiere decir "medicamentos que se venden sin receta". <Plan name> cubre algunos medicamentos de venta libre cuando su proveedor escribe una receta para ellos.

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

[The plan should include OTC drugs it pays for and that were included on the integrated formulary approved by CMS and New York State in the Drug List.]

## B15. ¿<Plan name> cubre algún producto que no sea un medicamento de venta libre?

<Plan name> cubre algunos productos que no son medicamentos de venta libre cuando su proveedor escribe una receta para ellos.

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

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

[The plan should include non-drug OTC products it pays for in the Drug List.]

B16. ¿Cuánto es su copago?

Como Participante 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>.

B17. ¿Qué son los niveles de medicamentos?

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

[The plan must provide a description of each of its drug tiers and the types of drugs (e.g., generics, brands, and/or OTCs) in each tier.

A plan with no copays in any tier includes tier examples such as the following:

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

The plan must ensure the tier label or description of the types of drugs on each tier is consistent with the guidance regarding generic tier labels in the CY 2016 Final Call Letter and consistent with its approved plan benefit package. The plan 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 nombra todos los medicamentos cubiertos por <plan name>.

La primera columna de la tabla tiene el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca están escritos en mayúsculas (por ejemplo, <BRAND NAME EXAMPLE>) y los medicamentos genéricos están escritos en cursivas minúsculas (por ejemplo, <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:** The plan must provide information on the following items when applicable to specific drugs and explain any symbols or abbreviations used to indicate their application: utilization management restrictions, drugs that are available via mail-order, free first fill drugs, limited access drugs, and drugs covered under the medical benefit (for home infusion drugs only). While the symbols and abbreviations must appear whenever applicable, the plan is not required to provide associated explanations on every page. The plan must, however, provide a general footnote on every page stating: You can find information on what the symbols and abbreviations on 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 Participant 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 de Parte D”. Estos medicamentos tienen reglas diferentes para las apelaciones.

* Una apelaciónes 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, <plan name> o su IDT podría decidir que un medicamento que usted quiere ya no está cubierto por Medicare o Medicaid.
* Si usted, su médico u otro proveedor no están de acuerdo con nuestra decisión, usted puede apelar. Para pedir instrucciones sobre cómo apelar.
  + Llame a Servicios l participante, al <toll-free number>.
  + Comuníquese con ICAN llamando sin costo al 1-844-614-8800 (los usuarios de TTY deben llamar al 711 y luego seguir las indicaciones para llamar al 844-614-8800) o por internet en [icannys.org](http://icannys.org/).
  + Lea el Capítulo 9, [the plan may insert a reference, as applicable], del *Manual del participante* para aprender como apelar una decisión.

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

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

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

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

PA = Autorización previa (aprobación): Usted debe tener aprobación del plan o su Equipo interdisciplinario (IDT) antes de poder obtener este medicamento.

ST = Terapia progresiva: Usted debe probar otro medicamento antes de poder obtener éste.

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

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre del medicamento | Nivel del medicamento | Cuánto le cuesta el medicamento | Medidas necesarias, restricciones o límites de uso |
| <AZASAN> | <Tier Level> | $0 | <PA> |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

or

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre del medicamento | Nivel del medicamento | Cuánto le cuesta el medicamento | Medidas necesarias, restricciones o límites de uso |
| <Therapeutic Class Name 1> - [Optional: <Plain Language Description>] | | | |
| <Drug Name 1> | <Tier Level> | $0 | <Util. Mgmt.> |
| <Drug Name 2> | <Tier Level> | $0 | <Util. Mgmt.> |
| <Therapeutic Class Name 2> - [Optional: <Plain Language Description>] | | | |
| <Drug Name 1> | <Tier Level> | $0 | <Util. Mgmt.> |
| <Drug Name 2> | <Tier Level> | $0 | <Util. Mgmt.> |

##### [General Drug Table instructions:

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

The plan should include OTC drugs it pays for and that were included on the integrated formulary approved by CMS and New York State in the Drug List.

The plan should include non-drug OTC products it pays for in the Drug List.

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

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

The chart must include at least two covered drugs for each therapeutic category/class except when only one drug exists in the category or class or when two drugs exist in the category or class but one is clinically superior to the other as per your CMS-approved 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. The plan may include the generic name of a drug next to the brand name.

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

##### [“Tier level” column instructions:

The plan should enter the appropriate tier level as a numerical value (i.e., 1, 2, 3, etc.)]

##### [“What the drug will cost you” column instructions:

The plan should enter $0 as the copay for all drugs.]

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

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

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

# E. Índice de medicamentos cubiertos

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