**Instructions to Health Plans**

* [Plans are subject to the disclosure 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).]
* [Plans should replace the word “Medicaid with “MassHealth”.]
* [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 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 MassHealth 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 MassHealth-required OTC drugs and/or items.]
* [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 llamado 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 miembro*.

[*In accordance with CMS formulary guidance and the Prescription Drug Benefit Manual, plans must indicate when the document was last updated by including either* “Actualizada 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. Plans may include the Material ID only on the front cover.*]

[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. Renuncias de garantías 5](#_Toc16770399)

[B. Preguntas frecuentes 5](#_Toc16770400)

[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.) 5](#_Toc16770401)

[B2. ¿La Lista de medicamentos cambia alguna vez? 6](#_Toc16770402)

[B3. ¿Qué sucederá cuando hay un cambio en la Lista de medicamentos? 7](#_Toc16770403)

[B4. ¿La cobertura de medicamentos tiene alguna restricción o límite o hay que hacer algo en particular para obtener ciertos medicamentos? 9](#_Toc16770404)

[B5. ¿Cómo sabrá si el medicamento que usted quiere tiene limitaciones o si tiene que hacer algo para obtenerlo? 10](#_Toc16770405)

[B6. ¿Qué sucederá si cambiamos nuestras reglas sobre algunos medicamentos (por ejemplo, requisitos de autorización (aprobación) previa, límites de cantidad y/o restricciones de tratamiento escalonado)? 10](#_Toc16770406)

[B7. ¿Cómo puede encontrar un medicamento en la Lista de medicamentos? 10](#_Toc16770407)

[B8. ¿Qué pasa si el medicamento que usted quiere tomar no está en la Lista de medicamentos? 10](#_Toc16770408)

[B9. ¿Qué pasa si usted es un miembro nuevo de <plan name> y no puede encontrar su medicamento en la Lista o tiene problemas para obtener su medicamento? 11](#_Toc16770409)

[B10. ¿Puede pedir una excepción para cubrir su medicamento? 12](#_Toc16770410)

[B11. ¿Cómo puede pedir una excepción? 12](#_Toc16770411)

[B12. ¿Cuánto tiempo tomará obtener una excepción? 12](#_Toc16770412)

[B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos? 13](#_Toc16770413)

[B14. ¿Qué son los medicamentos de venta libre (OTC)? 13](#_Toc16770414)

[B15. ¿<Plan name> cubre productos que no son medicamentos de venta libre? 13](#_Toc16770415)

[B16. ¿<Plan name> cubre suministros a largo plazo de medicamentos de receta? 13](#_Toc16770416)

[B17. ¿Puede usted hacer que envíen los medicamentos de receta a su casa desde su farmacia local? 14](#_Toc16770417)

[B18. ¿Cuál es su copago? 14](#_Toc16770418)

[B19. ¿Qué son los niveles de medicamentos? 15](#_Toc16770419)

[C. *Lista de medicamentos cubiertos* 15](#_Toc16770420)

[D. Lista de medicamentos por enfermedad 16](#_Toc16770421)

[E. Índice de medicamentos cubiertos 21](#_Toc16770422)

# Renuncias 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 toll-free phone and TTY numbers, and days and hours of operation*]. La llamada es gratis. [*This disclaimer must be included in Spanish and any other* non-English languages that meet the Medicare and/or state thresholds for translation.]
* Usted puede obtener gratis este documento en otros formatos, como letras grandes, formatos que funcionen con la tecnología de los lectores de pantalla, braille o audio. Llame al <toll-free phone and TTY numbers>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita.
* [Plans also must simply describe:
  + how they will request a member’s preferred language other than English and/or alternate format
  + how they will *keep the member’s information as a standing request for future mailings and communications so the member does not need to make a separate request each time, and*
  + *how a member can change a standing request for preferred language and/or format*.]

# Preguntas frecuentes

Encuentre aquí las respuestas a las preguntas que tenga sobre esta *Lista de medicamentos cubiertos*. Puede leer todas las preguntas frecuentes para conocer más o buscar una pregunta y su respuesta.

## 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 <page number> son los medicamentos cubiertos por <plan name>. Estos medicamentos están disponibles en las farmacias de nuestra red. Una farmacia está en nuestra red si tenemos un contrato con ella para que trabaje con nosotros y le proporcione servicios a usted. A estas farmacias las llamamos “farmacias de la red”.

* <Plan name> cubrirá todos los medicamentos de la lista si:
  + su médico u otro proveedor médico dice que usted los necesita para mejorar o para seguir sano, **y**
  + <plan name> está de acuerdo con que el medicamento es médicamente necesario para usted, **y**
  + usted surte la receta en una farmacia de la red de <plan name>.
* En algunos casos, usted tiene que hacer algo antes de que pueda obtener un medicamento (lea la pregunta B4 más abajo.).

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

También puede ver una lista actualizada de los medicamentos que cubrimos en nuestro sitio web en <web address> o llame a Servicios al miembro al <toll-free number>.

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

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

También podemos cambiar nuestras reglas sobre medicamentos. Por ejemplo, podemos:

* Decidir exigir o no la aprobación previa para un medicamento. (La aprobación previa es el permiso de <plan name> antes de que usted pueda obtener un medicamento.)
* Agregar o cambiar la cantidad de un medicamento que usted puede obtener (llamada límites de cantidad).
* Agregar o cambiar restricciones de tratamiento escalonado a un medicamento. (Tratamiento escalonado significa que deberá probar un medicamento antes de que cubramos otro medicamento.)

Para obtener más información de estas reglas sobre medicamentos, lea la pregunta B4.

Si usted 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 más abajo tienen más información sobre lo que sucede cuando cambia la Lista de medicamentos.

* Usted siempre puede revisar 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 number>.

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

Algunos cambios a la Lista de Medicamentos ocurren **inmediatamente**. 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 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 no es seguro o si el fabricante del medicamento lo retira del mercado, lo retiraremos de la Lista de medicamentos. Si está tomando el medicamento, se lo haremos saber. [*Plans should include information advising members what to do after they are notified (e.g., contact the prescribing doctor, 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.
* [*Plans that want 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.]
* [*Plans that are 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 ocurren estos cambios:

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

Esto le dará tiempo para hablar con su médico con otra persona que recete medicamentos. Él o ella pueden ayudarle a decidir:

* Si hay algún otro medicamento similar en la Lista de medicamentos que usted pueda tomar en su lugar o
* Si pedir una excepción a estos cambios. Para obtener más información sobre excepciones, consulte 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 a la cantidad que usted puede obtener. En algunos casos, usted, su médico u otro proveedor tendrán 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 by the plan].

* **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 que usted surta su receta. <Plan name> podría no cubrir el medicamento si usted no obtiene aprobación.
* **Límites de cantidad:** A veces <plan name> puede limitar la cantidad de un medicamento que usted puede obtener.
* **Tratamiento escalonado:** A veces <plan name> requiere que usted pase por tratamiento escalonado. Esto significa que usted tendrá que probar los medicamentos para su enfermedad en un cierto orden. Usted podría tener que probar un medicamento antes 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 adicional, leyendo los cuadros que comienzan en la página <page number>. Usted también puede obtener más información yendo a nuestro sitio web en <web address>. [Plans that apply prior authorization and/or step therapy insert the following with applicable information: Hemos puesto en internet [insert: un documento **or** unos documentos] que [insert: explica **or** explican] nuestras [insert as applicable: restricciones para autorizaciones previas **or** restricciones para tratamientos escalonados **or** restricciones para autorizaciones previas y tratamientos escalonados].] También puede pedirnos que le enviemos una copia.

Usted 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 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, requisitos de autorización (aprobación) previa, límites de cantidad y/o restricciones de tratamiento escalonado)?

[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 escalonado 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?

Existen 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 la sección del Índice de medicamentos cubiertos. Puede encontrarlo [plans should provide instructions].

Para buscar **por enfermedad**, busque el nombre de la categoría en la Lista de medicamentos que comienza en 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 tiene un padecimiento del corazón, usted debe buscar en la categoría, <therapeutic category name example>. Ahí encontrará medicamentos para tratar los padecimientos del corazón.

## B8. ¿Qué pasa 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 number> y pregunte por él. 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 de seguro médico que haga una excepción para cubrir su medicamento. Por favor lea las preguntas B10-B12 para más información sobre las excepciones.

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

Podemos ayudarlo. Podemos cubrir un suministro 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 comienza como 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 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 [ins*ert 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 seguro médico 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 forme parte de una restricción de tratamiento escalonado.

Si está tomando un medicamento que <plan name> no considere como medicamento de Parte D, usted tendrá derecho a obtener un suministro único del medicamento para 72 horas Puede encontrar más información sobre cómo obtener un suministro temporal de un medicamento en el Capítulo 5 de su *Manual del miembro* [*plans may insert reference, as applicable*].

Si está en una institución especializada de enfermería u otra institución de atención a largo plazo, 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 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 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 adicional al suministro temporero durante los primeros [must be at least 90] días de ser miembro de <plan name.>

[Note: Plans must insert their transition policy for current members with level-of-care changes, if applicable, as specified in section 30.4.7 of Chapter 6 of the Prescription Drug Benefit Manual.]

## B10. ¿Puede pedir una excepción para cubrir su medicamento?

Sí. Usted puede pedir que <plan name> haga una excepción para cubrir un medicamento que no esté en la Lista de medicamentos.

También puede pedirnos cambiar las reglas sobre su medicamento.

* Por ejemplo, <plan name> podría limitar la cantidad que cubrirá de un medicamento. Si su medicamento tiene un límite, usted puede pedirnos que cambiemos el límite y cubramos más.
* Otros ejemplos: Usted puede pedirnos que retiremos las restricciones de tratamiento escalonado o 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 un representante de Servicios al miembro]. [insert: Su coordinador de cuidados or 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 tomará obtener una excepción?

Antes que nada, debemos recibir una declaración de su proveedor apoyando su pedido de excepción. Después de recibir la declaración, tomaremos 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, 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 normalmente no tienen marcas reconocidas. 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)?

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 productos que no son medicamentos de venta libre?

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

Ejemplos de productos, que no son medicamentos sin receta, incluyen <insert examples of plan’s covered non-drug OTC products here (e.g., band-aids)>.

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

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

## B16. ¿<Plan name> cubre suministros a largo plazo de medicamentos de receta?

[Plans should include only if they offer extended-day supplies at any pharmacy location. Plans should modify the language below as needed, consistent with their approved extended-day supply benefits.]

* **Programas de pedidos por correo.** Ofrecemos un programa de pedidos por correo que le permite obtener suministros de medicamentos de receta de hasta <number> días, enviados directamente a su hogar. Un suministro para <number> días tiene el mismo copago que el suministro para un mes.
* **Programas de farmacias minoristas de <number> días.** Algunas farmacias minoristas también pueden ofrecer suministros de hasta <number> días de medicamentos de receta cubiertos. Un suministro para <number> días tiene el mismo copago que el suministro para un mes.

## B17. ¿Puede usted hacer que envíen los medicamentos de receta a su casa desde su farmacia local?

[Plans should include only if contract with pharmacies that offer home delivery.]

Es posible que su farmacia local pueda enviar su medicamento de receta a su casa. Usted puede llamar a su farmacia para verificar si le ofrecen entrega a domicilio.

## B18. ¿Cuál es su copago?

[Plans with no copays in any tier insert: Los miembros de <plan name> no tienen copagos por medicamentos de receta y sin receta (OTC), siempre y cuando el miembro siga las reglas del plan.]

[Plans with copays in any tier insert: Un copago es una contribución predeterminada que hace el miembro por servicios de cuidado de salud, equipo o recetas. Usted puede leer, en la Lista de medicamentos de <plan name>, el copago de cada medicamento. Los miembros de <plan name> que vivan en hogares para personas mayores u otras instituciones de cuidado a largo plazo no 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 co-pay varies depending on the person’s level of MassHealth 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 one or more tiers of drugs, the plan should modify the co-pay information accordingly.

La lista de copagos se divide por niveles. Los niveles son grupos de medicamentos con el mismo copago.

* Los medicamentos de Nivel 1 tienen el copago más bajo. Son medicamentos genéricos. El copago es de <amount> a <amount>, dependiendo de sus 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 el copago más alto. Estos tienen un copago de <amount>.

Si va a gastar $250 en copagos por los medicamentos dentro de un año calendario, <plan name> no le cobrará ningún copago por los medicamentos por el resto del año calendario.

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al miembro al <toll-free number>. Podemos ayudarle a entender cuáles serán sus copagos.]

## B19. ¿Qué son los niveles de medicamentos?

[Only plans with no copays in any tier should include question B19.]

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.]

# *Lista de medicamentos cubiertos*

La siguiente lista de medicamentos cubiertos le da la información sobre los medicamentos cubiertos por <plan name>. Si usted tiene dificultades para encontrar su medicamento en la lista, pase al 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 en mayúsculas (por ejemplo, <BRAND NAME EXAMPLE>) y los medicamentos genéricos están en letras cursivas en minúsculas (por ejemplo, *<generic example>*).

La información de la columna “Medidas necesarias, restricciones o límites de uso” indica si <plan name> tiene reglas 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 MassHealth, please place an asterisk (\*) or another symbol by the drug to indicate that the member may need to follow a different process for appeals.]

**Nota:** El <symbol used by the plan> junto a un medicamento significa que el medicamento no es un “medicamento de Parte D”. El monto que paga cuando rellena una receta para este medicamento no cuenta para el costo total de sus medicamentos (es decir, el monto que paga no le ayuda a calificar para una cobertura catastrófica).

* Además, si está recibiendo 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 con ingresos y recursos limitados a reducir sus gastos asociados con los medicamentos de receta de Medicare Parte D, como las primas, deducibles, y copagos. A Ayuda Adicional también se le llama “subsidio por bajos ingresos”, o “LIS.” |

* Estos medicamentos tienen diferentes reglas para apelaciones. Una apelación es una manera formal de pedir que revisemos una decisión que tomamos sobre su cobertura y que la cambiemos si le parece que hemos cometido un error. Por ejemplo, podríamos decidir que un medicamento que usted quiere no está cubierto o que ya no está cubierto por Medicare o MassHealth.
* Si usted o su médico no están de acuerdo con nuestra decisión, usted puede apelar.
* Si usted tiene alguna pregunta, llame a Servicios al miembro al <toll-free number>. Usted también puede leer el Capítulo 9 del *Manual del miembro* para aprender como apelar una decisión.

# 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 “Medidas necesarias, restricciones o límites de uso” 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 “Medidas necesarias, restricciones o límites de uso”:  (g) = Sólo está cubierta 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 (aprobación) previa: Usted deberá tener la aprobación del plan antes de poder obtener este medicamento.  ST = Tratamiento escalonado: Usted deberá probar otro medicamento antes de poder obtener éste. |

[*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 is presented below:*]

**<Therapeutic category> –** [*Plans should 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> –** [Plans should insert a plain language description of the category. Plans include additional therapeutic categories further divided into classes as needed.]

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre del medicamento | Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago) | Medidas necesarias, restricciones o límites de uso |
| <Therapeutic Class Name 1> - <Plain Language Description> | | |
| <AZASAN> | <$0–$3 (Tier 3)> | <PA> |
| <Drug Name 2> | <Tier Level> | <Util. Mgmt.> |
| <Therapeutic Class Name 2> - <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 non-drug OTC products they pay for in the Drug List. They should provide cost-sharing information there as well.

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 of further dividing the categories into classes, the therapeutic classes should be 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 cost-sharing amount of drugs. Where the amount is a range, plans should include the entire range in the cost-sharing amount (e.g., $0-3). For OTC/MassHealth drugs, plans should include the cost-sharing amount in this column. The 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 MassHealth, 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 lo surta.]

# 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.]