

American Health Medicare

Formulario Compendio 2010 (Lista de Medicamentos Cubiertos)

FAVOR DE LEER: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN

Nota a afiliados actuales: Este formulario ha cambiado desde el año pasado. Por favor, revíselo para asegurarse que aún incluye los medicamentos que usted utiliza.

Este documento incluye el formulario parcial de American Health Medicare a partir del 1 de enero de 2010. Para un formulario completo y al día, visite nuestro sitio en Internet www.ahmpr.com o llame al 1-888-620-1919, lunes a domingo de 8:00 a.m. - 8:00 p.m. Usuarios de TTY/TDD deben llamar a 1-866-620-2520.

H5774_5004_10_01_S

Fecha DE Aprobación de CMS: 10/24/2009

Todos los genéricos quizás no estén mencionados, pero la mayoría de los genéricos son Nivel 1

- PA – Prior Authorization – Pre Autorización
- QL – Quantity Limit – Medicamento tiene Cantidad Limitada
- ST – Step Therapy – Debe haber utilizado una terapia de medicamento previa a este
- B/D – Part B or D – Medicamento esta en ambas parte B o D y dependiendo del uso así es la cubierta
- LA- Limit Access – Acceso Limitado (medicamentos especializados que su distribución es limitada puede ser por farmacia especializada)

¿Qué es el Formulario de American Health Medicare?

Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por American Health Medicare previa consulta con un equipo de proveedores de salud, que representa las terapias recetadas que se piensa son parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. American Health Medicare por lo general cubre los medicamentos listados en nuestro formulario siempre y cuando el medicamento sea médicamente necesario, la receta sea despachada en una farmacia de la red de American Health Medicare y se sigan otras reglas del plan. Para más información sobre el despacho de sus recetas, revise su Evidencia de Cubierta.

¿Puede cambiar el Formulario?

Generalmente, si usted está usando un medicamento que aparece en nuestro formulario de 2009 y que estaba cubierto a principio del año, no descontinuaremos ni reduciremos la cubierta para ese medicamento durante el año de cubierta de 2010, excepto cuando esté disponible un medicamento genérico nuevo de menor precio o cuando se notifique información adversa nueva sobre la seguridad o efectividad del medicamento. Otros tipos de cambios en el formulario, tales como eliminar un medicamento de nuestro formulario, no afectarán a los afiliados que al presente estén usando el medicamento. Éste seguirá estando disponible al mismo costo compartido por el resto del año de cubierta para aquellos afiliados que lo usen. Creemos que es importante que usted tenga acceso continuo por el resto del año de cubierta a aquellos medicamentos que estaban disponibles cuando usted escogió nuestro plan, excepto en caso de que usted pueda ahorrar dinero adicional o mejorar la seguridad de su medicamento.

Si nosotros eliminamos medicamentos de nuestro formulario o añadimos autorización previa, límites de cantidad y/o restricciones de terapia escalonada a un medicamento o si movemos un medicamento a un nivel más alto de costo compartido, tenemos que notificarle el cambio a los afiliados afectados al menos 60 días antes de que el cambio se haga efectivo o al momento en que el afiliado solicite una repetición del medicamento, en cuyo momento el afiliado recibirá una cantidad para 60 días del medicamento. Si la Administración de Alimentos y Drogas (FDA) considera que un medicamento de nuestro formulario no es seguro o si el fabricante del medicamento lo retira del mercado, nosotros eliminaremos inmediatamente el medicamento de nuestro formulario y le notificaremos a los afiliados que utilizan el medicamento. El formulario que se adjunta está al día al 1 de enero de 2010. Para obtener información al día sobre los medicamentos cubiertos por American Health Medicare visite nuestra página de Internet en www.ahmpr.com o llame a nuestro Departamento de Servicio al Cliente al 1-888-620-1919, lunes a domingo de

Todos los genéricos quizás no estén mencionados, pero la mayoría de los genéricos son Nivel 1

- PA – Prior Authorization – Pre Autorización
- QL – Quantity Limit – Medicamento tiene Cantidad Limitada
- ST – Step Therapy – Debe haber utilizado una terapia de medicamento previa a este
- B/D – Part B or D – Medicamento esta en ambas parte B o D y dependiendo del uso así es la cubierta
- LA- Limit Access – Acceso Limitado (medicamentos especializados que su distribución es limitada puede ser por farmacia especializada)

8:00 a.m. - 8:00 p.m. Usuarios de TTY/TDD deben llamar a 1-866-620-2520.

¿Cómo usar el Formulario?

Hay dos formas de encontrar su medicamento dentro del formulario:

Condición Médica

El formulario comienza en la página 14. Los medicamentos en este formulario están agrupados en categorías de acuerdo al tipo de condición médica para la que se usa. Por ejemplo, medicamentos usados para tratar condiciones cardíacas aparecen bajo la categoría de “Agentes Cardiovasculares”. Si sabe para lo que se usa su medicamento, busque esa categoría en la lista que empieza la página 14. Luego busque el nombre de su medicamento bajo esa categoría.

Listado en Orden Alfabético

Si no está seguro bajo cuál categoría buscar, debe buscar su medicamento en el Índice que comienza en la página 38. El Índice provee una lista en orden alfabético de todos los medicamentos incluidos en este documento. El Índice incluye tanto medicamentos de marca como genéricos. Busque su medicamento en el Índice. Al lado de su medicamento verá el número de la página donde puede encontrar información sobre cubierta. Vaya a la página indicada en el Índice y busque el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son medicamentos genéricos?

American Health Medicare cubre medicamentos de marca y genéricos. Un medicamento genérico es aprobado por la FDA por tener los mismos ingredientes activos que los de marca. Los medicamentos genéricos usualmente cuestan menos que los de marca.

¿Existen restricciones a mi cubierta?

Algunos medicamentos cubiertos pueden tener requisitos o límites adicionales de cubierta. Estos requisitos y límites pueden incluir:

- **Autorización previa:** American Health Medicare requiere que usted obtenga autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que usted necesitará la aprobación de American Health Medicare antes del despacho de su receta. Si no obtiene la aprobación, puede que American Health Medicare no cubra el medicamento.

Todos los genéricos quizás no estén mencionados, pero la mayoría de los genéricos son Nivel 1

- PA – Prior Authorization – Pre Autorización
- QL – Quantity Limit – Medicamento tiene Cantidad Limitada
- ST – Step Therapy – Debe haber utilizado una terapia de medicamento previa a este
- B/D – Part B or D – Medicamento esta en ambas parte B o D y dependiendo del uso así es la cubierta
- LA- Limit Access – Acceso Limitado (medicamentos especializados que su distribución es limitada puede ser por farmacia especializada)

- **Límite de Cantidad:** Para ciertos medicamentos, American Health Medicare limita la cantidad de medicamento que American Health Medicare cubrirá. Por ejemplo, American Health Medicare provee 9 tabletas por cada 25 días por receta de Imitrex tabletas. Esto puede ser en adición a la cantidad estándar para uno o tres meses.
- **Terapia Escalonada:** En algunos casos, American Health Medicare requiere que usted use primero cierto medicamento para tratar su condición médica antes de cubrir otro medicamento para esa condición. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B cubren la misma condición, American Health Medicare puede que no cubra el medicamento B a menos que usted trate el medicamento A primero. Si el medicamento A no le funciona, American Health Medicare entonces cubrirá el medicamento B.

Usted puede saber si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales buscando en el formulario que comienza en la página 8.

Usted puede pedirle a American Health Medicare que haga una excepción a las restricciones o límites. Vea la sección “Cómo solicitar una excepción al formulario de American Health Medicare” en la página 4 para saber cómo solicitar una excepción.

Si su medicamento no aparece en el Formulario

Si su medicamento no está incluido en este formulario, debe comunicarse con el Departamento de Servicio al Cliente y preguntar si su medicamento está cubierto. Este documento incluye sólo una lista parcial de los medicamentos cubiertos, de modo que puede que American Health Medicare cubra su medicamento. Puede llamar al Departamento de Servicio al Cliente al 1-888-620-1919, lunes a domingo de 8:00 a.m. - 8:00 p.m. Usuarios de TTY/TDD deben llamar a 1-866-620-2520.

Si descubre que American Health Medicare no cubre su medicamento, usted tiene dos opciones:

- Puede pedir una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por American Health Medicare al Departamento de Servicio al Cliente. Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por American Health Medicare.
- Puede pedirle a American Health Medicare que haga una excepción y cubra su medicamento. Vea abajo la información sobre cómo solicitar una excepción.

Todos los genéricos quizás no estén mencionados, pero la mayoría de los genéricos son Nivel 1

- PA – Prior Authorization – Pre Autorización
- QL – Quantity Limit – Medicamento tiene Cantidad Limitada
- ST – Step Therapy – Debe haber utilizado una terapia de medicamento previa a este
- B/D – Part B or D – Medicamento esta en ambas parte B o D y dependiendo del uso así es la cubierta
- LA- Limit Access – Acceso Limitado (medicamentos especializados que su distribución es limitada puede ser por farmacia especializada)

¿Cómo solicitar una excepción al Formulario de American Health Medicare?

Usted puede pedirle a American Health Medicare que haga una excepción a nuestras reglas de cubierta. Hay varios tipos de excepción que puede pedirnos que hagamos.

- Puede pedirnos que cubramos su medicamento aunque no esté en el formulario.
- Puede pedirnos que no apliquemos las restricciones o límites de cubierta para su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, American Health Medicare limita la cantidad del medicamento que cubriría. Si su medicamento tiene límite de cantidad, usted puede pedirnos que no apliquemos el límite y cubramos más cantidad.
- Usted puede pedirnos que proveamos un nivel más alto de cubierta para su medicamento. Si su medicamento está incluido en nuestro nivel no-preferido/nivel más alto sujeto a excepción del proceso de niveles, puede pedirnos que lo cubramos por la cantidad de costo compartido que aplica a medicamentos en nivel preferido/nivel más bajo sujeto a excepción del proceso de niveles. Esto bajaría la cantidad que tiene que pagar por el medicamento. Favor de observar, que si le honramos su pedido para cubrir un medicamento que no está en el formulario, usted no puede solicitarnos que proveamos un nivel más alto de cubierta para el medicamento. También, no puede solicitarnos que proveamos un nivel más alto de cubierta para medicamentos que están en el nivel designado como de alto costo /medicamento único.

Generalmente, American Health Medicare solamente aprobará su solicitud de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario del plan, el medicamento de nivel más bajo o las restricciones adicionales de utilización no serían tan efectivos para tratar su condición y/o le causarían efectos médicos adversos.

Debe comunicarse con nosotros para pedir una decisión inicial de cubierta respecto a excepciones de formulario, nivel o restricciones de utilización. **Cuando solicite una excepción de formulario, nivel o restricción de utilización debe someter una declaración de su médico apoyando su solicitud.** Generalmente, nosotros deberemos tomar una decisión dentro de 72 horas de haber recibido la declaración de apoyo del médico que suscribe la receta. Usted puede solicitar una excepción expedita (rápida) si usted o su médico creen que su salud podría afectarse seriamente si tiene que esperar 72 horas por una decisión. Si su solicitud para acelerar el despacho se concede, tenemos que

Todos los genéricos quizás no estén mencionados, pero la mayoría de los genéricos son Nivel 1

- PA – Prior Authorization – Pre Autorización
- QL – Quantity Limit – Medicamento tiene Cantidad Limitada
- ST – Step Therapy – Debe haber utilizado una terapia de medicamento previa a este
- B/D – Part B or D – Medicamento esta en ambas parte B o D y dependiendo del uso así es la cubierta
- LA- Limit Access – Acceso Limitado (medicamentos especializados que su distribución es limitada puede ser por farmacia especializada)

darle una decisión en no más de 24 horas luego de recibir la declaración de apoyo del médico que suscribe la receta.

¿Qué hacer antes de hablar con su médico sobre cambiar su medicamento o solicitar una excepción?

Como afiliado nuevo o que continúa en nuestro plan, puede que usted esté usando medicamentos que no están en nuestro formulario. O puede que esté usando un medicamento que está en nuestro formulario pero que el poder obtenerla tiene limitaciones. Por ejemplo, puede que usted necesite autorización previa de nosotros antes del despacho de su receta. Usted debe hablar con su doctor para decidir si debe cambiar a un medicamento apropiado que esté cubierto por nuestro plan o si solicitar una excepción del formulario para que cubramos el medicamento que usted usa. Mientras habla con su médico para determinar lo que debe hacer, nosotros podríamos cubrir su medicamento en ciertos casos durante los primeros 90 días en que usted esté afiliado a nuestro plan.

Para cada uno de los medicamentos que no estén en nuestro formulario o si el poder obtener su medicamento tiene limitaciones, nosotros cubriremos una cantidad temporal para 30 días si la obtiene en una farmacia de nuestra red. Luego de su primera cantidad temporal de 30 días, nosotros no pagaremos por el medicamento, aún cuando haya sido afiliado del plan durante menos de 90 días.

Si usted es residente de una facilidad de cuidado de larga duración, nosotros cubriremos una cantidad temporal de transición para 31 días (a menos que su receta sea para menos días). Nosotros cubriremos más de una repetición de estos medicamentos durante los primeros 90 días en que usted esté afiliado al plan. Si usted necesita un medicamento que no está en nuestro formulario o si el poder obtener el mismo tiene limitaciones, pero si ya pasó de los primeros 90 días de afiliación en nuestro plan, nosotros cubriremos una cantidad de emergencia para 31 días del medicamento (a menos que su receta sea para menos días) mientras usted gestiona una excepción al formulario.

Política de Transición de Medicare (Parte D)

American Health Medicare tiene la opción de extender un periodo de 30 días medicamentos que no estén en el formulario. Esta opción estará disponible solamente a los nuevos afiliados con la Parte D que estén actualmente en medicamentos fuera del formulario y que no sean residentes de Facilidades de Cuidado de Larga Duración. Para residentes en Facilidades de Cuidado de Larga Duración, una solicitud de un suplido adicional extendido de 60 días estará disponible para acomodar las necesidades especiales de esta población. Para aquellos afiliados que reciban en una ocasión el Todos los genéricos quizás no estén mencionados, pero la mayoría de los genéricos son Nivel 1

- PA – Prior Authorization – Pre Autorización
- QL – Quantity Limit – Medicamento tiene Cantidad Limitada
- ST – Step Therapy – Debe haber utilizado una terapia de medicamento previa a este
- B/D – Part B or D – Medicamento esta en ambas parte B o D y dependiendo del uso así es la cubierta
- LA- Limit Access – Acceso Limitado (medicamentos especializados que su distribución es limitada puede ser por farmacia especializada)

suministro de medicamentos que no estén en el formulario, a través de este proceso de extensión, habrá un mensaje de texto en su Evidencia de Beneficios para informarlos del estatus de sus medicamentos fuera de formulario y de que una extensión fue aprobada, y exhortarlos a que se comuniquen con su médico para cambiar su medicamento por algún otro medicamento apropiado sustituto en el formulario.

Para más información

Para información más detallada sobre la cubierta de medicamentos recetados de American Health Medicare, por favor revise su Evidencia de Cubierta de American Health Medicare y otros materiales del plan.

Si tiene preguntas sobre American Health Medicare, llame al Departamento de Servicio al Cliente al 1-888-620-1919, lunes a domingo de 8:00 a.m. - 8:00 p.m.. Usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-866-620-2520. O visite www.ahmpr.com.

Si tiene preguntas sobre la cubierta de medicamentos recetados de Medicare en general, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 horas al día/7 días a la semana. Usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048. O visite www.medicare.gov.

Formulario de American Health Medicare

El formulario que aparece en la próxima página, provee información de cubierta sobre algunos de los medicamentos cubiertos por American Health Medicare. Si tiene dificultad para encontrar su medicamento en la lista, vaya al Índice que comienza en la página 28. Recuerde: esto es sólo una lista parcial de medicamentos cubiertos por American Health Medicare. Si su receta no está en este formulario parcial, visite nuestra página de Internet en www.ahmpr.com o llame al Departamento de Servicio al Cliente al 1-888-620-1919, lunes a domingo de 8:00 a.m. - 8:00 p.m. Usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-866-620-2520 para ayuda adicional.

La primera columna de la tabla indica el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca están en mayúsculas (e.g., DEPAKOTE) y los medicamentos genéricos aparecen en itálicas minúsculas (e.g., *gabapentin*).

- Nivel 1 Medicamento Preferido Genérico
- Nivel 2 Medicamento No-Preferido Genérico
- Nivel 3 Medicamento Preferido de Marca
- Nivel 4 Medicamento No-Preferido de Marca

Todos los genéricos quizás no estén mencionados, pero la mayoría de los genéricos son Nivel 1

- PA – Prior Authorization – Pre Autorización
- QL – Quantity Limit – Medicamento tiene Cantidad Limitada
- ST – Step Therapy – Debe haber utilizado una terapia de medicamento previa a este
- B/D – Part B or D – Medicamento esta en ambas parte B o D y dependiendo del uso así es la cubierta
- LA- Limit Access – Acceso Limitado (medicamentos especializados que su distribución es limitada puede ser por farmacia especializada)

Nivel 5 Medicamento Especializado

La información en la columna de Notas le indica si American Health Medicare tiene algún requisito especial para cubrir su medicamento. El símbolo QL significa Cantidades Limitadas y PA significa Previa Autorización.

Todos los genéricos quizás no estén mencionados, pero la mayoría de los genéricos son Nivel 1

- PA – Prior Authorization – Pre Autorización
- QL – Quantity Limit – Medicamento tiene Cantidad Limitada
- ST – Step Therapy – Debe haber utilizado una terapia de medicamento previa a este
- B/D – Part B or D – Medicamento esta en ambas parte B o D y dependiendo del uso así es la cubierta
- LA- Limit Access – Acceso Limitado (medicamentos especializados que su distribución es limitada puede ser por farmacia especializada)