



Provider Partners Health Plans (HMO I-SNP)

Formulario CY2025

(Lista de Medicamentos Cubiertos)

**IMPORTANTE: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN
SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN**

Identificación del formulario 25261

Este formulario se actualizó el 10/9/2024. Para obtener información actualizada o si tiene otras preguntas, comuníquese con el Servicio al Cliente de Provider Partners Health Plans al 1-800-405-9681 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), en el horario de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre, o visite www.pphealthplan.com.

última actualización del formulario 10/09/2024

Y0135_FORM25_C SP

Nota para los miembros actuales: Este Formulario cambió con respecto al del año pasado. Revise este documento para asegurarse de que aún contenga los medicamentos que usted toma.

Siempre que encuentre las expresiones “nosotros”, “para nosotros”, “nuestro” o “nuestra” en esta Lista de medicamentos (Formulario), se refieren a Provider Partners Health Plans. Siempre que encuentre las expresiones “plan” o “nuestro plan,” se refieren a *Provider Partners Illinois Advantage Plan, Provider Partners Indiana Advantage, Community and Essential Plan, Provider Partners Maryland Advantage, Community and Essential, Provider Partners Missouri Advantage, Community and Essential Plan, Provider Partners North Carolina Advantage, Community and Essential Plan, Provider Partners Pennsylvania Advantage, Community and Essential Plan* y *Provider Partners Texas Advantage Plan*.

Este documento incluye una Lista de medicamentos (Formulario) para nuestro plan, que está actualizada al 10/09/2024. Para obtener una Lista de medicamentos (Formulario) actualizada, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización de la Lista de medicamentos (Formulario), aparece en la portada y la contraportada.

Generalmente, debe concurrir a las farmacias de la red para usar el beneficio de medicamentos con receta. Los beneficios, el Formulario, la red de farmacias o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2025 y periódicamente durante el año.

¿Qué es el Formulario de Provider Partners Health Plans?

En este documento, utilizamos los términos Lista de medicamentos y Formulario para referirnos a lo mismo. Un Formulario es una lista de los medicamentos cubiertos que seleccionó Provider Partners Health Plans en consulta con un equipo de proveedores de cuidado de la salud, que representa las terapias con medicamentos recetados que se consideran una parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Normalmente, Provider Partners Health Plans cubrirá los medicamentos incluidos en el Formulario, siempre que el medicamento sea medicamento necesario, el medicamento con receta se obtenga en una farmacia de la red de Provider Partners Health Plans y se cumpla con otras normas del plan. Para obtener más información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta, consulte la Evidencia de cobertura.

¿Pueden hacerse cambios al Formulario?

La mayoría de los cambios en la cobertura de los medicamentos ocurre el 1 de enero, pero Provider Partners Health Plans podría agregar o quitar medicamentos del Formulario durante el año, moverlos a diferentes niveles de costo compartido o agregar nuevas restricciones. Debemos seguir las reglas de Medicare al hacer estos cambios. Las actualizaciones del Formulario se publican todos los meses en nuestro sitio web:

www.pphealthplan.com.

Cambios que pueden afectarle este año: En los casos a continuación, usted se verá afectado por los cambios de cobertura durante el año:

- **Sustituciones inmediatas de ciertas nuevas versiones de medicamentos de marca y productos biológicos originales.** Es posible que quitemos inmediatamente un medicamento de nuestro Formulario si decidimos reemplazarlo por una nueva versión determinada de dicho medicamento que aparecerá con las mismas o menos restricciones. Cuando agregamos una nueva versión de un medicamento a nuestro Formulario, podemos decidir mantener el medicamento de marca o el producto biológico original en nuestro Formulario, pero agregar nuevas restricciones inmediatamente.

última actualización del formulario 10/09/2024

Podemos realizar estos cambios inmediatos solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca, o agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en el Formulario (por ejemplo, agregamos un biosimilar intercambiable que puede sustituir a un producto biológico original en una farmacia sin una nueva receta).

Si usted actualmente está tomando el medicamento de marca o el producto biológico original, es posible que no le comuniquemos un cambio inmediato por adelantado, sino que más adelante le proporcionemos la información sobre los cambios específicos que hayamos hecho.

Si realizamos dicho cambio, usted o el profesional que receta pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento que se cambiará. Para obtener más información, consulte la sección a continuación titulada “¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de Provider Partners Health Plans?”.

Es posible que algunos de estos tipos de medicamentos sean nuevos para usted. Para obtener más información, consulte la sección a continuación titulada “¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?”.

- **Medicamentos retirados del mercado.** Si el fabricante retira un medicamento de la venta o la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) determina que se lo retire por motivos de seguridad o eficacia, es posible que quitemos inmediatamente el medicamento de nuestro Formulario y luego les avisemos a los miembros que lo toman.
- **Otros cambios.** Podremos realizar otros cambios que afecten a los miembros que actualmente toman un medicamento. Por ejemplo, podemos quitar un medicamento de marca del Formulario al agregar un equivalente genérico o quitar un producto biológico original al agregar uno biosimilar. También podemos aplicar nuevas restricciones al medicamento de marca o al producto biológico original. Podríamos hacer cambios debido a nuevas pautas clínicas. Si quitamos medicamentos de nuestro Formulario, agregamos requisitos de autorización previa, límites de cantidad o restricciones de terapia escalonada a un medicamento, debemos notificar el cambio a los miembros afectados al menos 30 días antes de que el cambio entre en vigencia. O bien, cuando un miembro solicita un resurtido del medicamento, puede recibir un suministro para 30 días del medicamento y un aviso del cambio.>

Si realizamos estos otros cambios, usted o el profesional que receta pueden solicitarnos que hagamos una excepción para usted y sigamos cubriendo el medicamento que ha estado tomando. En el aviso que le proporcionamos también se incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y usted también puede encontrar información en la sección a continuación titulada “¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de Provider Partners Health Plans?”.

Cambios que no le afectarán si actualmente toma el medicamento. Por lo general, si usted está tomando un medicamento de nuestro Formulario 2025 que estuvo cubierto al principio del año, no interrumpiremos ni reduciremos su cobertura durante el año de cobertura 2025, excepto según lo descrito arriba. Esto significa que, durante el resto del año de cobertura, estos medicamentos seguirán estando disponibles al mismo costo compartido y sin nuevas restricciones para los miembros que los estén tomando. No recibirá un aviso directo este año sobre los cambios que no le afectan. Sin embargo, el 1 de enero del próximo año, tales cambios le

última actualización del formulario 10/09/2024

afectarán, y es importante que revise el Formulario para el nuevo año de beneficios para saber si hay cambios en los medicamentos.

El Formulario adjunto entra en vigencia el 10/9/2024. Para recibir información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por Provider Partners Health Plans, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en la portada y la contraportada. Todas las actualizaciones del formulario se enumeran en www.pphealthplan.com, donde también se publica el formulario más reciente

¿Cómo uso el Formulario?

Hay dos maneras de buscar su medicamento en el Formulario:

Afección médica

El Formulario comienza en la página 8. En este Formulario, los medicamentos se agrupan en categorías según el tipo de condiciones médicas que traten. Por ejemplo, los medicamentos que tratan una afección cardíaca aparecen debajo de la categoría Cardiovasculares. Si sabe para qué se utiliza su medicamento, busque el nombre de la categoría en la Lista que empieza en la página 8. Luego busque en el nombre de la categoría de su medicamento.

Lista alfabética

Si no está seguro de qué categoría consultar, debe buscar su medicamento en el Índice que comienza en la página *I-1*. En el índice se presenta una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. En el Índice, están tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Busque en el Índice y encuentre su medicamento. Junto a su medicamento, verá el número de página donde puede encontrar información acerca de la cobertura. Vaya a la página que figura en el Índice y encuentre el nombre de su medicamento en la primera columna de la Lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

Provider Partners Health Plans cubre tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Un medicamento genérico es un medicamento aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos porque tiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Generalmente, los genéricos son tan eficaces como los de marca y suelen costar menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca. Los medicamentos genéricos generalmente se pueden sustituir por el medicamento de marca en la farmacia sin necesidad de contar con una nueva receta, según las leyes estatales.

¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?

En el Formulario, cuando nos referimos a medicamentos, puede significar un medicamento o un producto biológico. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos típicos. Como los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una versión genérica, tienen alternativas que se denominan biosimilares. Generalmente, los biosimilares surten exactamente el mismo efecto que los productos biológicos originales y pueden costar menos. Hay alternativas

última actualización del formulario 10/09/2024

biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son intercambiables y, según las leyes estatales, pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituir a los medicamentos de marca.

- Para ver un análisis de los tipos de medicamentos, consulte la Sección 3.1 “La Lista de medicamentos indica qué medicamentos de la Parte D tienen cobertura” del Capítulo 5 de la Evidencia de cobertura.

¿Hay alguna restricción en mi cobertura?

Es posible que algunos medicamentos cubiertos tengan requisitos o límites adicionales en la cobertura. Estos requisitos y límites pueden incluir:

- **Autorización previa:** Provider Partners Health Plans exige que usted (o el profesional que receta) obtengan autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que tendrá que obtener la aprobación de Provider Partners Health Plans antes de surtir sus recetas. Si no obtiene aprobación, es posible que Provider Partners Health Plans no cubra el medicamento.
- **Límites de cantidad:** En el caso de ciertos medicamentos, Provider Partners Health Plans pone un límite sobre la cantidad del medicamento que el plan cubrirá. Por ejemplo, Provider Partners Health Plans provee <number of units> comprimidos por cada receta de <drug name>. Esto puede agregarse al suministro estándar para uno o tres meses.
- **Terapia escalonada:** En algunos casos, Provider Partners Health Plans exige que usted primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su condición médica antes de cubrir otro medicamento para esa condición. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan su afección médica, es posible que Provider Partners Health Plans no cubra el medicamento B a menos que usted pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no le da resultado, Provider Partners Health Plans cubrirá el medicamento B.

Para averiguar si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales, consulte el Formulario que empieza en la página 11. También puede visitar nuestro sitio web para obtener más información sobre las restricciones que se aplican a medicamentos cubiertos específicos. Hemos publicado documentos en Internet que explican nuestras restricciones con respecto a la preautorización y la terapia escalonada. También puede pedirnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en la portada y la contraportada.

Usted puede pedir a Provider Partners Health Plans que haga una excepción a estas restricciones o límites, o puede pedir una lista de otros medicamentos similares que puedan tratar su afección médica. Consulte la sección “¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de Provider Partners Health Plans?” en la página 5 para obtener información acerca de cómo solicitar una excepción.

¿Qué puedo hacer si mi medicamento no está en el Formulario?

Si el medicamento que toma no está incluido en este Formulario (Lista de medicamentos cubiertos), primero debe comunicarse con Servicios para los miembros y preguntar si su medicamento está cubierto.

última actualización del formulario 10/09/2024

Y0135_FORM25_C SP

Si le informan que Provider Partners Health Plans no cubre el medicamento, tiene dos opciones:

- Puede pedir al Departamento de Servicio al Cliente una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por Provider Partners Health Plans. Cuando reciba la Lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por Provider Partners Health Plans.
- Puede pedir a Provider Partners Health Plans que haga una excepción y cubra su medicamento. Consulte a continuación información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de Provider Partners Health Plans?

Puede pedir a Provider Partners Health Plans que haga una excepción a las reglas de cobertura. Hay varios tipos de excepciones que puede solicitarnos.

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento, aunque no esté en nuestro Formulario. Si se aprueba, este medicamento estará cubierto a un nivel de costo compartido predeterminado, y usted no podrá pedirnos que proporcionemos el medicamento a un nivel de costo compartido más bajo.
- Puede pedirnos que anulemos una restricción de cobertura, incluidos la autorización previa, la terapia escalonada o un límite de cantidad que se apliquen a su medicamento. Por ejemplo, sobre ciertos medicamentos, Provider Partners Health Plans puede limitar la cantidad que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede pedirnos que anulemos el límite y cubramos una cantidad mayor.

Por lo general, Provider Partners Health Plans solo aprobará su pedido de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el Formulario del plan o la aplicación de la restricción no fueran tan efectivos para usted o pudieran causarle efectos adversos.

Usted o el profesional que receta deben comunicarse con nosotros para solicitar una excepción al Formulario, incluida la excepción a una restricción de cobertura. **Si solicita una excepción, el profesional que receta deberá explicar las razones médicas por las que usted necesita la excepción.** Por lo general, debemos tomar una decisión dentro de las 72 horas a partir de la fecha de haber recibido la declaración que respalda su solicitud por parte de la persona autorizada a dar recetas. Puede solicitar una decisión acelerada (rápida) si usted considera, y nosotros aceptamos, que esperar 72 horas para la toma de la decisión podría perjudicar gravemente su salud. Si aceptamos, o si el profesional que receta solicita una decisión rápida, debemos comunicarle una decisión dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la declaración de respaldo del profesional que receta.

¿Qué puedo hacer si mi medicamento no está en el Formulario o tiene una restricción?

Como miembro nuevo o que continúa en nuestro plan es posible que esté tomando medicamentos que no están en nuestro formulario. O quizás esté tomando un medicamento que está en nuestro Formulario, pero tiene una restricción de cobertura, como autorización previa. Debe hablar con el profesional que receta sobre solicitar una decisión de cobertura para demostrar que cumple con los criterios para la aprobación, cambiar por un medicamento alternativo que cubramos o solicitar una excepción al formulario, de manera que cubramos el medicamento que toma. Mientras evalúa con su médico el procedimiento adecuado para seguir en su caso, podemos cubrir su medicamento, en ciertos casos, durante los primeros 90 días en que usted sea miembro de nuestro plan.

última actualización del formulario 10/09/2024

Para cada uno de sus medicamentos que no estén en nuestro Formulario o tenga una restricción de cobertura, cubriremos un suministro temporal para 30 días. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos que realice resurtidos del medicamento para 30 días como máximo. Si no se aprueba la cobertura, después de su primer suministro para 30 días, no pagaremos estos medicamentos, aunque usted haya sido miembro del plan durante menos de 90 días.

Si es residente de un centro de atención a largo plazo y necesita un medicamento que no está en el Formulario o si su capacidad para conseguir los medicamentos es limitada, pero ya pasaron los primeros 90 días de membresía en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia del medicamento para 31 días mientras solicita la excepción al Formulario.

En el caso de los miembros que están fuera del período de transición y que experimentan un cambio en el nivel de atención cuando cambian de un entorno de tratamiento a otro (ejemplo: de un centro de cuidado a largo plazo a un hospital, de un hospital a un centro de cuidado a largo plazo, de un hospital al domicilio, del domicilio a un centro de cuidado a largo plazo, de un centro de cuidados paliativos a un centro de cuidado a largo plazo, de un centro de cuidados paliativos al domicilio).

Autorizaremos el resurtido temprano de un suministro para 30 días de medicación en el comercio minorista y un suministro de hasta 31 días en el centro de cuidado a largo plazo, además de un resurtido de transición y emergencia de medicamentos que no están incluidos en el formulario (inclusive aquellos medicamentos que están en el formulario pero que requieren autorización previa, terapia escalonada: o bien que están sujetos a restricciones en cuanto al límite de cantidad).

Para obtener más información

Si desea información más detallada sobre la cobertura de medicamentos recetados de Provider Partners Health Plans, consulte el documento Prueba de Cobertura y otros documentos del plan.

Si tiene preguntas sobre Provider Partners Health Plans, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en la portada y la contraportada.

Si tiene preguntas generales sobre su cobertura para medicamentos con receta de Medicare, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O visite <https://es.medicare.gov/>.

Formulario de Provider Partners Health Plans

El formulario que comienza en la página siguiente brinda información sobre la cobertura de medicamentos que ofrece Provider Partners Health Plans. Si tiene dificultad para encontrar su medicamento en la lista, vaya al “Índice alfabético” que comienza en la página I-1.

La primera columna del cuadro detalla el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca están en mayúscula (p. ej., <PURIXAN>) y los medicamentos genéricos están en minúscula y cursiva (p. ej., <meloxicam>).

La información de la columna “Requisitos o límites” le dirán si Provider Partners Health Plans tiene algún requisito especial para la cobertura de su medicamento.

última actualización del formulario 10/09/2024

Índice de medicamentos

última actualización del formulario 10/09/2024

Y0135_FORM25_C SP

Este formulario se actualizó el 10/09/2024. Para obtener información actualizada o si tiene otras preguntas, comuníquese con el Servicio al Cliente de Provider Partners Health Plans al 1-800-405-9681 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), en el horario de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre, o visite www.pphealthplan.com.

[BACK COVER]