

Preguntas y Respuestas del Formulario de medicamentos

¿Qué es un formulario de medicamentos?

Una lista de medicamentos recetados cubiertos por un plan de medicamentos recetados u otro plan de seguro que ofrezca beneficios de medicamentos recetados. Un formulario también puede ser referido como una lista de medicamentos. Es administrado por un gerente de beneficios de farmacia, Magellan Health Solutions.

¿Puede cambiar el formulario de medicamentos?

Aunque es poco frecuente, se pueden realizar cambios después de una cuidadosa revisión y aprobación del Comité de Farmacia y Terapéutica. A los miembros afectados por un cambio se les proporciona un aviso con 90 días de anticipación para dar tiempo a la consulta del médico.

¿Cómo utilizo el formulario de medicamentos?

Se encuentra en nuestra página de internet AlliantPlans.com en la barra de herramientas derecha bajo "recursos rápidos " hay un enlace titulado "Listas de Medicamentos Recetados ". Al hacer clic en este enlace, accederá a la página "Lista de Formulas". Puede llegar a esta página de lista de fórmulas de otras maneras mientras está bajo las fichas principales, como Miembros, Empleadores o Agentes, en el lado derecho, debajo de "Servicios Recomendados " y haciendo clic en "Lista de Medicamentos Recetados (formulario) ".

En la página "Lista de Fórmulas " hay varias opciones para ayudar a navegar por el formulario.

- Leyenda del Formulario 2018 y lista de definiciones
 - define los diferentes niveles de costo compartido
 - describe varios acrónimos que están asociados con un formulario
- Formulario de Magellan
 - Lista de medicamentos en orden alfabético en el formulario
 - Niveles de costo compartido
 - Información adicional como límites de cantidad, etc.
- Herramienta de búsqueda del formulario de Magellan
 - capacidad para buscar medicamentos por nombre o clase
 - después de localizar el medicamento, se puede obtener información adicional haciendo clic en el símbolo de la lupa. Esto le dará detalles sobre cómo usar el medicamento, los posibles efectos secundarios y más.
 - También hay un enlace para "encontrar medicamentos alternativos".
 - PDF imprimible del formulario

¿Qué es un medicamento genérico?

Un medicamento genérico que es aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) por tener el mismo ingrediente activo que una droga de marca. Un medicamento genérico es idéntico, o bioequivalente a un medicamento de marca en forma de dosificación, seguridad, fuerza, vía de administración, calidad, características de rendimiento y uso previsto. Aunque son químicamente idénticos a sus contrapartes de marca, los genéricos suelen estar disponibles con descuentos sustanciales en comparación con el precio de marca. Los profesionales de la salud y consumidores pueden estar seguros de que los genéricos aprobados por la FDA cumplen con los mismos estándares rígidos que el medicamento innovador.

Para obtener la aprobación de la FDA, un medicamento genérico debe:

- Contener los mismos ingredientes activos que el medicamento innovador (los ingredientes inactivos pueden variar)
- Ser idéntico en fuerza, forma de dosificación y ruta de administración.
- Tener las mismas indicaciones de uso
- Ser Bioequivalente
- Cumplir con los mismos requerimientos de lote para identidad, fuerza, pureza, y calidad
- ser fabricado bajo los mismos estándares estrictos de las buenas regulaciones de prácticas de fabricación de la FDA requeridas para productos innovadores

¿Debo de usar genéricos?

Cuando están disponibles ambos uno de marca y genérico, generalmente le corresponde al miembro tomar la decisión. Muchas farmacias llenan las recetas médicas con genéricos a menos de que se le indique lo contrario. En la mayoría de los casos, surtir una receta con un medicamento de marca en vez de un genérico requerirá un costo compartido adicional.

¿Hay alguna restricción en mi cobertura de medicamentos?

Algunos medicamentos en el formulario tienen requisitos o límites adicionales. Estos requisitos pueden incluir:

Autorización Previa: esto requiere que el médico que prescribe obtenga una autorización previa (PA) para ciertos medicamentos. Autorización previa significa que se deben cumplir ciertos criterios para su aprobación. Las reglas de autorización previa se anotan en el formulario. La autorización previa se usa generalmente donde:

- El medicamento no es usado para su condición de salud diagnosticada o para cierto uso.
- La dosis es más alta de lo normalmente se espera.
- Hay otros medicamentos que deben ser probados antes; conocidos como terapia escalonada.
- El medicamento puede ser mal usado/ abusado.

Límites en la Cantidad (QL): Para ciertos medicamentos. La cantidad del medicamento por el que Alliant Health Plans pague es limitado. Por ejemplo, 30 pastillas, por 30 días, para una receta médica de Crestor. Los límites de la cantidad se muestran en el formulario. Usted está cubierto hasta por la cantidad publicada. Estos límites se basan en estándares de cuidado y guías de la FDA. Las solicitudes de excepción están disponibles.

Terapia Escalonada (ST)

Ciertos medicamentos en el formulario requieren que se prueben primero otros medicamentos para tratar su condición médica. Por ejemplo, si el medicamento A y medicamento B tratan su condición

médica, es posible que no cubramos el medicamento B a menos de que use primero el medicamento A. Puede haber varios medicamentos que deben ser usados antes para lograr la consideración del medicamento final recetado.

Medicamentos de Farmacia Especializada (S): Algunos medicamentos requieren un proceso especial de manejo y su disponibilidad es limitada. A menudo se utiliza una farmacia especializada para llenar este tipo de medicamentos. Estos medicamentos están identificados en su formulario por la letra **S**.

¿Cuáles son algunos ejemplos de las restricciones de medicamentos en el formulario de medicamentos? A continuación, se muestran algunos ejemplos de nombres de medicamentos, códigos especiales, niveles y la categoría de los medicamentos. El código especial indica una restricción o un requisito adicional del medicamento.

(esta referencia es solo un ejemplo)

Nombre del medicamento	Código Especial	Nivel	Categoría
ACTEMRA SC INJ	S-PA-QL	4	Analgésico antiinflamatorio
ADCIRCA TAB	S-PA-QL	4	Agentes Cardiovasculares Misc.
TRINTELLIX	ST	3	Antidepresivo
SUMADAN KIT	NC	NC	Dermatológico
VARUBI TAB	S-PA-QL	4	Antieméticos

(Vea las abreviaciones del formulario de medicamentos para las definiciones de códigos y niveles)

¿Cuáles otros límites comunes pueden aplicar?

Otros límites de beneficios comunes pueden incluir:

- Cargos por suministros y medicamentos con o sin receta médica, a menos que esté cubierto.
- Cargos por medicamentos recetados que requieren autorización previa
- Cargos por medicamentos para tratamiento cosmético.
- Medicamentos no aprobados por la FDA.
- Medicamentos sin receta médica, excepto si está incluido en el formulario
- Cargos por suministros y medicamentos comprados en una farmacia fuera de la red.
- Medicamentos recientemente aprobados por la FDA hasta que sean revisados para el formulario

¿Qué pasa si mi medicamento no está en el formulario?

Debe comunicarse con el servicio al cliente del gerente de beneficios de farmacia al 1-866-333-2757 para preguntar si su medicamento está cubierto. Si el plan no cubre el medicamento, existen dos opciones:

- Pueden solicitar una lista de medicamentos similares que están cubiertos y solicitarle a su médico que le recete un medicamento cubierto.
- Puede solicitar una excepción y cubrir su medicamento. (Consulte a continuación sobre como solicitar una excepción).

¿Como Solicito una excepción al Formulario de medicamentos?

Hay varios tipos de excepciones que puede hacer:

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento que no está en el formulario.
 - Si se aprueba, este medicamento estará cubierto a un nivel de costo compartido predeterminado
- Puede solicitar reducir el costo compartido de un medicamento cubierto, siempre que no aparezca en la lista de medicamentos especializados.
 - Si se aprueba, esto podría reducir el monto de su costo compartido.
- Puede solicitar que se anulen las restricciones de cobertura o los límites de un medicamento cubierto.

¿Como puedo ahorrar dinero en mis medicamentos?

Pregúntele a su médico si hay alternativas genéricas de menor costo disponibles para cualquiera de sus medicamentos actuales. Si su medicamento no está cubierto en la lista del formulario de medicamentos actuales, hable con su médico sobre los medicamentos alternativos que están cubiertos en la lista del formulario.



Notice of Non-Discrimination

Alliant Health Plans complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Alliant Health Plans does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Alliant Health Plans:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, contact **Customer Service at (800) 811-4793**.

If you believe that Alliant Health Plans has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with: Sabrina LeBeau, Compliance Officer, 1503 N. Tibbs Rd. Dalton, GA 30720, Ph: (706) 237-8802 or (888) 533-6507 ext 125, Fax: (706) 229-6289, Email: Compliance@AlliantPlans.com. You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, Sabrina LeBeau is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Language Assistance

English

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-811-4793 (TTY: 711).

Español (Spanish)

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-811-4793 (TTY: 711).

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-811-4793 (TTY: 711).

한국어 (Korean)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-811-4793 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

繁體中文 (Chinese)

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-811-4793 (TTY: 711)。



ગુજરાતી (Gujarati)

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-800-811-4793 (TTY: 711).

Français (French)

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-811-4793 (ATS : 711).

አማርኛ (Amharic)

ማሰታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-800-811-4793 (ማስማት ለተሳናቸው: 711)።

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-800-811-4793 (TTY: 711) पर कॉल करें।

Kreyòl Ayisyen (French Creole)

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-811-4793 (TTY: 711).

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-811-4793 (телетайп: 711).

العربية (Arabic)

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-811-4793 (رقم هاتف الصم والبكم: 711 TTY).

Português (Portuguese)

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-800-811-4793 (TTY: 711).

فارسی (Farsi)

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-800-811-4793 (TTY: 711) تماس بگیرید.

Deutsch (German)

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-811-4793 (TTY: 711).

日本語 (Japanese)

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-811-4793 (TTY:711) まで、お電話にてご連絡ください。