

Modelo de Formulario de la Parte D para 2018 (resumido y completo)

[Note: Instructions for sponsors appear below in italicized text. Text in square brackets must be included if the text accurately describes the plan's benefit structure. Carets are placeholders for variable fields that must be filled in accurately.]

Below is a template which may be used for an abridged or comprehensive formulary except when noted as applicable to one form or the other. When indicated as "mandatory," sponsors must provide the name by which their plan is known (HPMS marketing name). In all other instances, sponsors may replace <plan name> as appropriate with "plan" or "our plan" and may use those terms interchangeably. Sponsors may also use the terms "we," "us," or "our," to refer to themselves. Sponsors may also change references to Member Services and Pharmacy Directory with to the appropriate name your plan uses.

This form may also be used for defined standard plans, whose marketing materials are required to reflect a single tier regardless of whether the formulary submitted to CMS is also associated with a multi-tier formulary.

Plans should also consult the most recent applicable chapters of the Prescription Drug Benefit Manual (PDBM) for more information on marketing, benefits and beneficiary protections, beneficiary communications, and formularies (these would include PDBM chapters 3, 5, and 6).]

[The following items must appear on the cover page:]

<mandatory Plan Name>

Formulario [<resumido>] para <Year>

(Lista [<parcial>] de medicamentos cubiertos)

**LEA LO SIGUIENTE: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN
ACERCA DE [insert the following if applicable: <ALGUNOS DE>] LOS MEDICAMENTOS
QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN**

[<HPMS Approved Formulary File Submission ID, Version Number>]

[The following information must appear on both the front and back covers of abridged formularies: "[Insert one: <Este formulario resumido se actualizó el <MM/DD/YYYY>.> or <No hemos realizado cambios en este formulario resumido desde MM/DD/YYYY.>] Esta no es una lista completa de los medicamentos que cubre nuestro plan. Para consultar un listado completo o si tiene otras preguntas, comuníquese con [optional <nosotros>], [optional <Servicios para los miembros de ><mandatory Plan or Sponsor Name>], al <Toll-free Number>. Los usuarios de TTY deben llamar al <Toll-free TTY Number>, <Days/Hours of Operation>. O visite <insert web address>.]

[The following information must appear on both the front and back covers of comprehensive formularies: [Insert one: <Este formulario resumido se actualizó el <MM/DD/YYYY>.> or <No hemos realizado

Modelo de Formulario de la Parte D para 2018 (resumido y completo)

cambios en este formulario resumido desde MM/DD/YYYY.>] “Este formulario se actualizó el <xx/xx/xxxx>. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con [optional <nosotros>], [optional <Servicios para los miembros de ><mandatory Plan or Sponsor Name>], al <Toll-free Number>. Los usuarios de TTY deben llamar al <Toll-free TTY Number>, <Days/Hours of Operation>. O visite <insert web address>.]

[The rest of the language need not appear on the cover page.]

Nota para los miembros actuales: este Formulario ha cambiado con respecto al año pasado. Revise este documento para asegurarse de que aún contiene los medicamentos que toma.

Cuando esta Lista de medicamentos (Formulario) menciona “nosotros”, “nos” o “nuestro”, hace referencia a <insert Sponsor Name>. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a <insert 2018 Plan Name>.

Este documento incluye una lista [insert if abridged <parcial>] de los medicamentos (Formulario) de nuestro plan, la cual está en vigencia desde el <formulary revision date>. Para obtener un formulario [insert for abridged completo,>] [insert for comprehensive] actualizado, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

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 <XXXX> y periódicamente durante el año.

¿Qué es el Formulario <resumido> de <mandatory Plan Name>?

Un Formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por <Plan Name> con la colaboración de un equipo de proveedores de atención médica, que representa los tratamientos con receta que se considera que son parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Normalmente, <Plan Name> cubrirá los medicamentos incluidos en el formulario, siempre que el medicamento sea médicamente necesario, el medicamento con receta se obtenga en una farmacia de la red de <Plan Name> y se cumpla con otras normas del plan. Para obtener más información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta, consulte la Evidencia de cobertura.

[For abridged]Este documento es un formulario parcial y solo incluye algunos de los medicamentos cubiertos por <Plan Name>. Para consultar la lista completa de todos los medicamentos con receta cubiertos por <Plan Name>, visite nuestro sitio web o llámenos. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

¿Puede cambiar el Formulario (lista de medicamentos)?

En general, si usted toma un medicamento de nuestro Formulario para <contract year> que estaba cubierto al comienzo del año, nosotros no discontinuaremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura <contract year>, excepto cuando esté disponible un nuevo medicamento genérico de menor costo o cuando se dé a conocer nueva información adversa acerca de la seguridad o eficacia del

Modelo de Formulario de la Parte D para 2018 (resumido y completo)

medicamento. Otros tipos de cambios en el Formulario, por ejemplo, la eliminación de un medicamento, no afectarán a los miembros que estén actualmente tomando el medicamento. Por el resto del año de cobertura, continuará disponible al mismo costo compartido para aquellos miembros que estén tomándolo.

Consideramos que es importante que tenga acceso continuo a los medicamentos del Formulario que estaban disponibles cuando eligió nuestro plan durante el resto del año de cobertura, salvo en los casos en los que usted podría ahorrar más dinero o que nosotros podríamos garantizarle su seguridad.

Si retiramos medicamentos de nuestro Formulario, [o] agregamos autorizaciones previas, restricciones de límite de cantidad o de tratamiento escalonado en un medicamento [*insert if plan has multiple tiers: o si pasamos un medicamento a un nivel superior de costo compartido*], debemos notificarles a los miembros afectados por el cambio al menos 60 días antes de que entre en vigencia dicho cambio, o cuando el miembro solicite un resurtido del medicamento, momento en el cual el miembro recibirá un suministro del medicamento para 60 días. Si la Administración de Drogas y Alimentos considera que un medicamento de nuestro Formulario es inseguro o el fabricante del medicamento lo retira del mercado, eliminaremos de inmediato dicho medicamento de nuestro Formulario y les notificaremos a los miembros que toman el medicamento en cuestión. El Formulario adjunto está vigente a partir del <formulary date>. Para recibir información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por <Plan Name>, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en las páginas de la portada y la portada posterior. [*Note: Insert information about plan's process for updating print formularies (e.g., via errata sheets) in the event of mid-year non-maintenance formulary changes.*]

¿Cómo utilizo el Formulario?

Hay dos formas para encontrar su medicamento dentro del Formulario:

Afección médica

El Formulario comienza en la página <table page number>. Los medicamentos de este Formulario están agrupados en categorías según el tipo de afección médica para cuyo tratamiento se los emplea. Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar una afección cardíaca se enumeran dentro de la categoría <“category name example”>. Si sabe para qué se utiliza su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que empieza <en la página XX/a continuación/en la página siguiente>. Luego, busque su medicamento debajo del nombre de la categoría.

Listado alfabético

Si no está seguro de qué categoría consultar, debe buscar su medicamento en el Índice que comienza en la página <index page number>. El Índice proporciona 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?

<Plan Name> cubre tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Un medicamento genérico está aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) dado que se considera que tiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Normalmente, los medicamentos genéricos cuestan menos que los de marca.

¿Hay alguna restricción en mi cobertura?

Algunos medicamentos cubiertos pueden tener requisitos o límites adicionales de cobertura. Estos requisitos y límites pueden incluir: *[Note: Plans may omit bullets as needed in order to reflect actual utilization management procedures used by the plan.]*

- **Autorización previa:** <Plan Name> exige que usted [o su médico] obtenga una autorización previa para determinados medicamentos. Esto significa que necesitará contar con la aprobación de <Plan Name> antes de obtener sus medicamentos con receta. Si no consigue la autorización, es posible que <Plan Name> no cubra el medicamento.
- **Límites de cantidad:** para ciertos medicamentos, <Plan Name> limita la cantidad del medicamento que cubrirá. Por ejemplo, <Plan Name> proporciona <number of units> por receta para <drug name>. Esto puede ser complementario a un suministro estándar para un mes o tres meses.
- **Tratamiento escalonado:** en algunos casos, <Plan Name> requiere que usted primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su afección médica antes de que cubramos otro medicamento para esa enfermedad. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan su afección médica, es posible que <Plan Name> no cubra el medicamento B a menos que usted pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, entonces <Plan Name> cubrirá el medicamento B.

Para averiguar si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales, consulte el Formulario que empieza en la página <table page number>. También puede obtener más información sobre las restricciones que se aplican a medicamentos cubiertos específicos en nuestro sitio web. *[Sponsors that apply prior authorization and/or step therapy insert the following with applicable information: Hemos publicado [un documento or documentos] en línea que explica(n) nuestra(s) [insert as applicable restricción de autorización previa or restricción de tratamiento escalonado or restricciones de autorización previa y tratamiento escalonado.]* También puede pedirnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

Puede pedirle a <Plan Name> que haga una excepción a estas restricciones o límites, o puede solicitarle una lista de otros medicamentos similares que puedan tratar su afección médica. Consulte la sección “¿Cómo solicito una excepción al Formulario de <Plan Name>?” en la página <exception page number> para obtener información acerca de cómo solicitar una excepción.

¿Qué son los medicamentos de venta libre?

Los medicamentos de venta libre (OTC) son medicamentos sin receta que, normalmente, no están cubiertos por un plan de medicamentos con receta de Medicare. <Plan Name> paga por ciertos medicamentos de venta libre. *[Note: Include a list of OTC drugs the plan pays for with administrative funds.]* <Plan Name> le proporcionará estos medicamentos de venta libre, sin costo alguno para usted. El costo para <Plan Name> de estos medicamentos de venta libre no se tendrá en cuenta para los costos totales de medicamentos de la Parte D (es decir, el monto que usted paga no se tiene en cuenta para el período sin cobertura).]

¿Qué pasa 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. *[Insert for abridged formularies: Este documento incluye solo una lista parcial de los medicamentos cubiertos, por eso es posible que <Plan Name> cubra su medicamento. Para obtener más información, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.]*

Si resulta que <Plan Name> no cubre el medicamento que toma, tiene dos alternativas:

- Puede pedir a Servicios para los miembros una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por <Plan Name>. Cuando reciba la lista, muéstrésela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por <Plan Name>.
- Puede solicitar que <Plan Name> haga una excepción y cubra su medicamento. Consulte a continuación para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de <mandatory Plan Name's>?

Puede solicitarle a <Plan Name> que haga una excepción a nuestras normas de cobertura. Hay varios tipos de excepciones que puede solicitarnos.

- [Puede pedirnos que cubramos un medicamento, incluso si no está en nuestro Formulario. Si se aprueba, este medicamento estará cubierto a un nivel de costo compartido predeterminado, y usted no podrá pedirnos que le brindemos el medicamento a un nivel de costo compartido menor.]
- *[Insert if plan has multiple tiers: Puede pedirnos que cubramos un medicamento del Formulario a un nivel de costo compartido menor [si este medicamento no está incluido en el nivel de medicamentos especializados.] Si se aprueba, esto reduciría el monto que usted debe pagar por su medicamento.]*
- Puede pedirnos que no apliquemos restricciones o límites de cobertura para su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, <Plan Name> limita la cantidad del medicamento que

Modelo de Formulario de la Parte D para 2018 (resumido y completo)

cubriremos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede pedirnos que hagamos una excepción al límite y cubramos una cantidad mayor.

Por lo general, <Plan Name> solo aprobará su pedido de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el Formulario del plan, [el medicamento de menor costo compartido] o las restricciones de uso adicionales no fueran tan efectivos para tratar su afección o pudieran causarle efectos médicos adversos.

Debe comunicarse con nosotros para solicitarnos una decisión inicial de cobertura para una excepción al Formulario, *[insert if plan has multiple tiers]* o a la restricción de uso. **Cuando solicita una excepción al Formulario, *[insert if plan has multiple tiers]* o a la restricción de uso, debe presentar una declaración de su médico o de la persona autorizada a dar recetas que respalde su solicitud.** 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 excepción acelerada (rápida) si usted o su médico consideran que esperar 72 horas para la toma de la decisión podría perjudicar gravemente su salud. Si se le concede el trámite rápido de la excepción, debemos comunicarle nuestra decisión a más tardar dentro de las 24 horas después de haber recibido la declaración de respaldo de su médico o de otra persona autorizada a dar recetas.

¿Qué debo hacer antes de hablar con mi médico sobre el cambio de los medicamentos que tomo o la solicitud de una excepción?

Como miembro nuevo o permanente de nuestro plan, es posible que esté tomando medicamentos que no están incluidos en el Formulario. También es posible que esté tomando un medicamento incluido en el Formulario pero su capacidad de conseguirlo sea limitada. Por ejemplo, puede necesitar nuestra autorización previa antes de poder obtener su medicamento con receta. Debe consultar con su médico para decidir si debe cambiar su medicamento por uno apropiado que nosotros cubramos o solicitar una excepción al formulario para que le 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 *<must be at least 90>* días en que usted sea miembro de nuestro plan.

Para cada uno de los medicamentos que no están incluidos en el Formulario o si su capacidad para conseguir los medicamentos es limitada, cubriremos un suministro temporal para *<must be at least 30>* días (a menos que tenga una receta para menos días) cuando acuda a una farmacia de la red. Después del primer suministro para *<must be at least 30>* días, no seguiremos pagando estos medicamentos, incluso si ha sido miembro del plan durante menos de *<must be at least 90>* días.

Si reside en un centro de atención a largo plazo, le permitiremos resurtir su receta hasta que le hayamos brindado un suministro de transición de entre *<must be at least 91 and may be up to a 98>* días como máximo, de manera consistente con el incremento de provisión (a menos que tenga una receta para menos días). Cubriremos más de un resurtido de estos medicamentos durante los primeros *<must be at least 90>* días en que usted sea miembro del plan. Si necesita un medicamento que no está en el Formulario o si su capacidad para conseguir los medicamentos es limitada, pero ya pasaron los primeros *<must be at least 90>* días de membresía en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia del medicamento para *<must be at least 31>* días (a menos que tenga una receta para menos días) mientras solicita la excepción al formulario.

Modelo de Formulario de la Parte D para 2018 (resumido y completo)

<Note: Plans must insert their transition policy for current enrollees with level of care changes, if applicable.>

Para obtener más información

Para obtener información más detallada sobre la cobertura para medicamentos con receta de <Plan Name>, consulte la Evidencia de cobertura y otra documentación del plan.

Si tiene alguna pregunta sobre <Plan Name>, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

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, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O visite <http://www.medicare.gov>.

Formulario de <Plan Name>

El formulario <resumido> <a continuación/que comienza en la siguiente página> proporciona información acerca de la cobertura de <algunos de> los medicamentos cubiertos por <Plan Name>. Si tiene alguna dificultad para encontrar el medicamento que toma en la lista, consulte el Índice que comienza en la página <index page number>.

[Insert the following paragraph for abridged formulary only: Recuerde: esta es solo una lista parcial de los medicamentos que cubre <Plan Name>. Si su medicamento con receta no se encuentra en este formulario parcial, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.]

La primera columna de la tabla menciona el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca están en letra mayúscula (por ejemplo, <BRAND NAME EXAMPLE>), y los medicamentos genéricos están en letra minúscula y cursiva (por ejemplo, <generic example>).

La información incluida en la columna de Requisitos/límites indica si <Plan Name> tiene algún requisito especial para la cobertura del medicamento.

[Note: Sponsors 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, excluded drugs that are covered by the plan; free first fill drugs; limited access drugs' drugs covered in the coverage gap; and drugs covered under the medical benefit (for home infusion drugs only). While these symbols and abbreviations must appear whenever applicable, sponsors are not required to provide associated explanations on every page. They must, however, provide a general footnote on every page stating "Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en [insert of description where information is available, such as el número de página or al final [or] al comienzo de esta tabla.]"

- *Plans that cover excluded Part D drugs must use this column to indicate that certain drugs are available only through their benefit. Plans may indicate this with an asterisk/other symbol and a footnote that states: "Este medicamento con receta, generalmente, no está cubierto en un plan de medicamentos con receta de Medicare. El monto que paga cuando obtiene uno de estos*

Modelo de Formulario de la Parte D para 2018 (resumido y completo)

medicamentos con receta no se tiene en cuenta en sus costos totales de medicamentos (es decir, el monto que usted paga no lo ayuda a calificar para la cobertura en situaciones catastróficas). Además, si recibe ayuda adicional para pagar sus medicamentos con receta, no recibirá ninguna ayuda adicional para pagar este medicamento. *[Note: Plans must insert any additional restrictions on this coverage, including any capped benefit limit".]*

- *Plans that offer generic-use incentive programs permitting zero (or reduced) cost-sharing on first generic fills when a member agrees to use the generic rather than the brand name version of a medication must indicate the drugs to which this program applies. Plans may indicate this with an asterisk/other symbol and a footnote that states: “Este medicamento con receta se proporcionará <sin> costo compartido/con costo compartido <reducido> la primera vez que lo obtenga”.*
- *Plans that restrict access to any drugs by limiting distribution to a subset of network pharmacies must indicate these drugs. Plans may indicate this with an asterisk/other symbol or footnote states: “Estos medicamentos con receta pueden estar disponibles solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte su Directorio de farmacias o llame a Servicios para los miembros al <toll-free number>, <days and hours of operation>. Los usuarios de TTY deben llamar al <toll-free TTY number>”.*
- *Plans that provide additional coverage for certain drugs in the coverage gap must indicate this with an asterisk/other symbol and a footnote that states, “Proporcionamos cobertura adicional para este medicamento con receta durante el período sin cobertura. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información sobre esta cobertura”.*
- *Plans that provide quantity limits for certain drugs must indicate the amount (days’ supply or amount dispensed).*
- *MA-PD or cost plans choosing to provide coverage for any Part D home infusion drugs as part of a bundled payment under a Part C supplemental benefit should indicate this with an asterisk/other symbol and a footnote that states, “Este medicamento con receta <está>/<puede estar> cubierto por nuestro beneficio médico. Para obtener más información, llame a Servicios para los miembros al <toll-free number>, <days and hours of operation>. Los usuarios de TTY deben llamar al <toll-free TTY number>”.*

Modelo de Formulario de la Parte D para 2018 (resumido y completo)

Tabla de medicamentos. Opción 1

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento <i>[Column is optional for single tier formularies.]</i>	Requisitos/límites
<Therapeutic Category Name 1> - [Optional: <Plain Language Description>]		
<Drug Name 1, Dosage Form A, Strength A>	<Tier 1>	<Util. Mgmt.>
<Drug Name 2, Dosage Form A, Strength A >	<Tier 1>	<Util. Mgmt.>
<Drug Name 2, Dosage Form B, Strength A >	<Tier 2>	<Util. Mgmt.>
<Drug Name 2, Dosage Form B, Strength B >	<Tier 3>	<Util. Mgmt.>
<Drug Name 3, Strength A>	<Tier 4>	<Util. Mgmt.>
<Therapeutic Category Name 2> - [Optional: <Plain Language Description>]		
<Drug Name 3, Dosage Form A, Strength A >	<Tier>	<Util. Mgmt.>
<Drug Name 4>	<Tier>	<Util. Mgmt.>

Modelo de Formulario de la Parte D para 2018 (resumido y completo)

Tabla de medicamentos. Opción 2

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento <i>[Column is optional for single tier formularies.]</i>	Requisitos/límites
<Therapeutic Category Name 1> - [Optional: <Plain Language Description>]		
<Therapeutic Class Name 1> - [Optional: <Plain Language Description>]		
<Drug Name 1>	<Tier 1>	<Util. Mgmt.>
<Drug Name 2, Dosage Form A, Strength A >	<Tier 1>	<Util. Mgmt.>
<Drug Name 2, Dosage Form B, Strength A >	<Tier 2>	<Util. Mgmt.>
<Drug Name 2, Dosage Form B, Strength B >	<Tier 3>	<Util. Mgmt.>
<Therapeutic Class Name 2> - [Optional: <Plain Language Description>]		
<Drug Name 3>	<Tier 2>	<Util. Mgmt.>
<Drug Name 4 Dosage Form A, Strength B>	<Tier 1>	<Util. Mgmt.>
<Drug Name 4, Dosage Form A, Strength B >	<Tier 1>	<Util. Mgmt.>
<Drug Name 2, Dosage Form A, Strength C >	<Tier 2>	<Util. Mgmt.>
<Therapeutic Category Name 2> - [Optional: <Plain Language Description>]		
<Therapeutic Class Name 1> - [Optional: <Plain Language Description>]		
<Drug Name 5>	<Tier>	<Util. Mgmt.>
<Drug Name 6>	<Tier>	<Util. Mgmt.>

General Drug Table instructions:

Modelo de Formulario de la Parte D para 2018 (resumido y completo)

OTC drugs may not be included in the formulary table that lists drugs adjudicated at sale but must appear in a separate list or table.

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

For table sub-headings, plans have the option to use either the therapeutic category only (Table Option 1) or both the therapeutic category and therapeutic class (Table Option 2). The category or class names must be the same as those found on the CMS-approved formulary.

Plans have the option of including a “plain-language” description of the therapeutic category/class next to the name of each category/class. For example, instead of only including the category, “Dermatological Agents,” Plans may include “Dermatological Agents – Drugs to treat skin conditions.”

For Table Option 1, the therapeutic categories should be listed alphabetically within the table. The drugs should then be listed alphabetically under the appropriate therapeutic category; they should not be sorted by therapeutic class. For Table Option 2, the therapeutic categories should be listed alphabetically and the therapeutic classes listed alphabetically under the appropriate category. The drugs should then be listed alphabetically under the appropriate therapeutic class.

For an abridged formulary, 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.

Drug Name column instructions:

Brand name drugs should be capitalized, e.g., DRUG A. Generic drugs should be lower-case 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.

Drug Tier column instructions:

For plans that provide different levels of cost sharing for drugs depending on their tier, sponsors must include a column indicating the drug’s tier placement. For single tier plans (for instance, all defined standard plans), sponsors have the option to delete the column. Plans may choose from several methods to indicate the tier placement including tier numbers from your plan benefit package (e.g., 1/ 2/ 3), standard tier names from your plan benefit package (e.g., generic/ preferred brand/ other brand), copayment amounts (e.g., \$10/\$20/\$35), or co-insurance percentages (e.g., 10%/25%). The latter two methods are preferred since they are generally easier for members to understand. If one of the two former methods is used, plans must provide an explanation before the table explaining the copayment amount or co-insurance percentage associated with each tier number or tier name. The above choices are also available to sponsors with single tier plans, in that plans would be expected to enter the same

Modelo de Formulario de la Parte D para 2018 (resumido y completo)

information in the column beside every drug listed (for instance, identifying all drugs as Tier 1 or subject to a 25% coinsurance).

Plans that have different copayment amounts or co-insurance percentages for retail and mail-order prescriptions may include both retail and mail order amounts within the same column or include separate columns for retail and mail order prescriptions.

Requirements/Limits column instructions:

Part D Plans must indicate any applicable utilization management procedures (e.g., prior authorization, step therapy, quantity limits, etc.), special coverage rules, and/or mail-order procedures for each drug within the Requirement/Limits column.

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

Índice de medicamentos

Modelo de Formulario de la Parte D para 2018 (resumido y completo)

[Appropriate language, including disclaimers, is expected to appear in this document on topics including: material ID Number (MMG §40.1); Federal contracting (MMG §50.1); non-English translations (MMG §50.4); formulary (MMG § 60.5).]

[BACK COVER]

[Please see the front cover for information that must also appear on the back cover.]