

# Farmacopea 2023 de EmblemHealth PDP

(Lista de medicamentos cubiertos)

**LEA LO SIGUIENTE: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN.**

**23040, V21**

Esta farmacopea se actualizó el 12/01/2023.

**Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas:** nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted, incluso si no pagó su deducible. Para obtener información más reciente o para hacer otras preguntas, comuníquese con EmblemHealth Medicare al **800-585-5786** (los usuarios de TTY deben llamar al **800-899-2114**), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. O visite [emblemhealth.com/medicare](https://emblemhealth.com/medicare).

**Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina:** no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del nivel de costo compartido en el que se encuentre, incluso si no ha pagado su deducible.

**Lista de medicamentos cubiertos para:**

- EmblemHealth National Drug Plan (PDP)



**EmblemHealth®**

**Nota para los miembros existentes:** Esta farmacoepa se ha cambiado desde el año pasado. Revise este documento para asegurarse de que aún se incluyan los medicamentos que usted toma.

Cuando esta lista de medicamentos (farmacoepa) se refiera a “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa Health Insurance Plan of Greater New York (HIP). Cuando se refiera a “plan” o a “nuestro plan”, significa EmblemHealth National Drug Plan (PDP).

El presente documento incluye una lista de medicamentos (farmacoepa) para nuestro plan que se encuentra vigente a partir de 12/01/2023. Para obtener una farmacoepa actualizada, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la última fecha en que hemos actualizado la farmacoepa, aparece en la portada y la contratapa.

Para poder utilizar sus beneficios de medicamentos con receta, por lo general, deberá usar farmacias de la red. Los beneficios, la farmacoepa, la red de farmacias o los copagos y el coseguro pueden cambiar a partir del 1.º de enero de 2024 y periódicamente durante el año.

## **¿Qué es la Farmacoepa del EmblemHealth National Drug Plan (PDP)?**

La farmacoepa es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por nuestro plan en colaboración con un equipo de proveedores de atención médica que representa las terapias con receta que se consideran una parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Por lo general, nuestro plan cubre los medicamentos que se encuentran incluidos en nuestra farmacoepa, siempre que el medicamento sea medicamento necesario, la receta se llene en una farmacia de la red y se respeten las demás reglas del plan. Para obtener más información sobre cómo llenar sus recetas, consulte su Evidencia de Cobertura.

## **¿Puede cambiar la farmacoepa (lista de medicamentos)?**

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurren el 1.º de enero, pero nuestro plan puede agregar o quitar medicamentos de la lista de medicamentos durante el año, moverlos a diferentes niveles de costos compartidos o agregar nuevas restricciones. Debemos seguir las reglas de Medicare al hacer estos cambios.

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

- **Nuevos medicamentos genéricos.** Podremos eliminar de inmediato un medicamento de marca de nuestra lista de medicamentos si lo reemplazamos con un nuevo medicamento genérico del mismo nivel de costos compartidos, o una categoría menor, y con las mismas o con menos restricciones. Además, cuando agreguemos el nuevo medicamento genérico, podremos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra lista de medicamentos, pero moverlo de inmediato a otra categoría de costos compartidos o agregar restricciones nuevas. Si actualmente está tomando ese medicamento de marca, es posible que no le informemos con anticipación antes de hacer ese cambio, pero luego le brindaremos información sobre los cambios específicos que hemos realizado.

- Si realizamos dicho cambio, usted o el profesional autorizado para recetar pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. El aviso que le proporcionemos también incluirá información sobre cómo puede hacer para solicitar una excepción, y puede encontrar información en la siguiente sección titulada “¿Cómo solicito una excepción a la Farmacopea de EmblemHealth National Drug Plan (PDP, por sus siglas en inglés)?”.
- **Medicamentos retirados del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) considera que un medicamento de nuestra farmacopea no es seguro o el fabricante del medicamento lo retira del mercado, inmediatamente lo eliminaremos de nuestra farmacopea y notificaremos a los miembros que toman el medicamento.
- **Otros cambios.** Es posible que hagamos otros cambios que afecten a los miembros que actualmente toman un medicamento. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca actualmente incluido en la farmacopea, o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o moverlo a un nivel de costo compartido diferente, o ambas opciones. También podemos hacer cambios basados en nuevas pautas clínicas. Si eliminamos medicamentos de nuestra farmacopea, si agregamos límites de cantidad o restricciones de tratamiento escalonado o autorización previa a un medicamento, o si movemos un medicamento a un nivel de costo compartido más alto, debemos notificar a los miembros afectados por el cambio por lo menos 30 días antes de que el cambio entre en vigencia, o en el momento en que el miembro solicite el relleno de un medicamento, en tal caso el miembro recibirá un suministro del medicamento por un mes.
  - Si realizamos estos otros cambios, usted o el profesional autorizado para recetar pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. El aviso que le proporcionemos también incluirá información sobre cómo puede hacer para solicitar una excepción, y puede encontrar información en la siguiente sección titulada “¿Cómo solicito una excepción a la Farmacopea de EmblemHealth National Drug Plan (PDP)?”.

**Cambios que no lo afectarán si actualmente está tomando el medicamento.** Generalmente, si usted está tomando un medicamento de nuestra farmacopea 2023 que estaba cubierto al comienzo del año, no discontinuaremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2023, excepto como se describió anteriormente. Esto significa que estos medicamentos permanecerán disponibles con el mismo costo compartido y sin nuevas restricciones para aquellos miembros que los tomen durante el resto del año de cobertura. No obtendrá una notificación directa este año sobre los cambios que no lo afectan. Sin embargo, el 1.º de enero del próximo año, esos cambios le afectarían y es importante que revise la lista de medicamentos del nuevo año del beneficio para ver los cambios en los medicamentos.

La farmacopea adjunta tendrá vigencia a partir del 12/01/2023. Para obtener la información más actualizada sobre los medicamentos cubiertos por nuestro plan, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en la portada y la contratapa.

Nota: En caso de un cambio en la farmacopea que no sea por mantenimiento a mitad del año, dicho cambio se agregará a una lista exhaustiva de cambios que se han producido desde la impresión de la farmacopea. La lista de cambios se incluye con el folleto de la farmacopea que está disponible en línea. Los miembros nuevos reciben un aviso en el paquete de bienvenida con información sobre cómo acceder a la farmacopea o cómo solicitar una. Los miembros existentes pueden ver la farmacopea actualizada al visitarnos en nuestro sitio web en [emblemhealth.com/medicare](http://emblemhealth.com/medicare). La farmacopea que está publicada en nuestro sitio web está actualizada.

## **¿Cómo debo usar la Farmacopea?**

Existen dos formas de encontrar su medicamento dentro de la farmacopea:

### **Afección médica**

La farmacopea comienza en la página 1. Los medicamentos de esta farmacopea se agrupan en categorías, según el tipo de afección médica que suelen tratar. Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar una afección cardíaca están enumerados en la categoría “Lípidos/Cardiovascular hipertensivo”. Si conoce para qué se utiliza su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página 1. Luego, busque su medicamento en el nombre de la categoría.

### **Lista por orden alfabético**

Si no está seguro de la categoría en la que debe buscar, busque su medicamento en el Índice que comienza en la página 196. El Índice le brinda una lista por orden alfabético de todos los medicamentos incluidos en el presente documento. Los medicamentos de marca y los genéricos están enumerados en el Índice. Busque en el Índice y encuentre su medicamento. Al lado de su medicamento, verá el número de página donde puede encontrar la información de la cobertura. Vaya a la página enumerada en el Índice y encuentre el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

## **¿Qué son los medicamentos genéricos?**

Nuestro plan cubre los medicamentos de marca y los medicamentos genéricos. Un medicamento genérico está aprobado por la FDA como medicamento que contiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Por lo general, los medicamentos genéricos cuestan menos que los medicamentos de marca.

## ¿Existen algunas restricciones en mi cobertura?

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

- **Autorización previa:** Nuestro plan le exige a usted o a su médico que obtenga una autorización previa para determinados medicamentos. Esto significa que deberá obtener aprobación de nuestro plan antes de llenar sus recetas. Si no obtiene la aprobación, es posible que nuestro plan no cubra el medicamento.
- **Límites de cantidad:** Para determinados medicamentos, nuestro plan limita la cantidad del medicamento que cubriremos. Por ejemplo, nuestro plan proporciona 30 comprimidos por receta de JANUVIA<sup>®</sup>. Esto puede ser además del suministro estándar de uno o tres meses.
- **Tratamiento escalonado:** En algunos casos, nuestro plan le exige que pruebe primero determinados medicamentos para tratar su afección médica antes de que cubramos otro medicamento para esa afección. Por ejemplo, si tanto el Medicamento A como el Medicamento B tratan su afección médica, es posible que nuestro plan no cubra el Medicamento B a menos que primero pruebe el Medicamento A. Si el Medicamento A no funciona para usted, entonces su plan cubrirá el Medicamento B.

Puede averiguar si su medicamento tiene algún requisito o límite adicional buscando en la farmacopea que comienza en la página 1. Además, puede obtener más información sobre las restricciones que se aplican a los medicamentos cubiertos específicos al visitar nuestro sitio web. Hemos publicado documentos en línea que explican nuestras restricciones de autorización previa y tratamiento escalonado. También puede pedirnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la última fecha en que hemos actualizado la farmacopea, aparece en la portada y la contratapa.

Puede solicitar a nuestro plan que haga una excepción sobre estas restricciones o límites, o para obtener una lista de otros medicamentos similares que puedan tratar su afección médica. Consulte la sección “¿Cómo solicito una excepción a la Farmacopea de EmblemHealth National Drug Plan (PDP)?” de la página v para obtener más información sobre cómo puede solicitar una excepción.

## ¿Qué sucede si mi medicamento no aparece en la Farmacopea?

Si su medicamento no está incluido en la presente farmacopea (lista de medicamentos cubiertos), debería comunicarse primero con el Servicio de Atención al Cliente y consultar si su medicamento está cubierto.

Si sabe que nuestro plan no cubre su medicamento, tiene dos opciones:

- Puede solicitar al Servicio de Atención al Cliente una lista de los medicamentos similares que están cubiertos por nuestro plan. Cuando reciba esa lista, muéstresela a su médico y pídale que recete un medicamento similar que esté cubierto por nuestro plan.
- Puede solicitar que hagamos una excepción y cubramos su medicamento. Consulte a continuación para obtener más información sobre cómo puede solicitar una excepción.

## ¿Cómo solicito una excepción a la Farmacopea de EmblemHealth National Drug Plan (PDP)?

Puede solicitarle a nuestro plan que haga una excepción a las reglas de cobertura. Existen varios tipos de excepciones que puede solicitarnos que hagamos.

- Puede solicitarnos que cubramos un medicamento incluso si no está en nuestra farmacopea. Si se aprueba, se cubrirá este medicamento en un nivel de costo compartido predeterminado, y no podrá pedirnos que brindemos el medicamento a un nivel de costo compartido más bajo.
- Puede solicitarnos que cubramos un medicamento de la farmacopea a un nivel de costo compartido más bajo, a menos que este medicamento se encuentre en el nivel de especialidad. Si se aprueba, esto debe reducir la cantidad que debe pagar por su medicamento.
- Puede solicitarnos que eximamos las restricciones o los límites de cobertura sobre su medicamento. Por ejemplo, para determinados medicamentos, nuestro plan limita la cantidad del medicamento que cubriremos. Si un medicamento tiene un límite de cantidad, puede solicitarnos que renunciemos a ese límite y cubramos un monto mayor.

Generalmente, nuestro plan solamente aprobará su solicitud de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en la farmacopea del plan, el medicamento de costo compartido más bajo u otras restricciones de uso adicionales no son tan eficaces para tratar su afección o le producen efectos adversos.

Debe contactarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura inicial respecto de una excepción en la restricción del uso, la farmacopea o los niveles. **Cuando solicita una excepción en la restricción del uso, la farmacopea o el nivel, debe presentar una declaración de su médico o profesional autorizado para recetar que apoye su solicitud.** Por lo general, debemos tomar una decisión dentro de las 72 horas de haber recibido la declaración de apoyo del profesional autorizado para recetar. Puede solicitar una excepción acelerada (rápida) si usted o su médico creen que esperar una decisión durante 72 horas podría perjudicar gravemente su salud. Si se otorga la solicitud para acelerar el proceso, debemos brindarle una decisión a más tardar 24 horas después de recibir la declaración respaldatoria de su médico u otro profesional autorizado para recetar.

## **¿Qué debo hacer antes de hablar con mi médico sobre cambiar los medicamentos o solicitar una excepción?**

Como un miembro nuevo o que continúa en nuestro plan, es posible que esté tomando medicamentos que no están en la farmacoepa. También es posible que esté tomando un medicamento que está en nuestra farmacoepa, pero que usted tenga una habilidad limitada para obtenerlo. Por ejemplo, es posible que necesite una autorización previa de nuestra parte antes de que pueda llenar una receta. Debe hablar con su médico para decidir si debe cambiarse a un medicamento más adecuado que nosotros cubramos o solicitar una excepción de la farmacoepa para que cubramos el medicamento que toma. Mientras habla con su médico para determinar el curso de acción adecuado para usted, es posible que cubramos sus medicamentos en determinados casos durante los primeros 90 días en que usted es miembro de nuestro plan.

Para cada uno de sus medicamentos que no están cubiertos en nuestra farmacoepa o si su capacidad para obtener los medicamentos se encuentra limitada, cubriremos un suministro temporal de 30 días. Si su receta médica fue hecha por pocos días, permitiremos varios rellenos hasta un máximo de un suministro de 30 días del medicamento. Luego de su primer suministro de 30 días, no pagaremos por estos medicamentos, incluso si hace menos de 90 días que usted es miembro del plan.

Si usted es residente de un centro de cuidados a largo plazo y necesita un medicamento que no está en nuestra farmacoepa o si su capacidad para obtener sus medicamentos es limitada, pero ya pasaron los primeros 90 días de membresía en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de ese medicamento mientras solicita una excepción a la farmacoepa.

Si es un miembro actual de nuestro plan y experimenta algún cambio en el nivel de atención, como por ejemplo, ser admitido o dado de alta en un centro de cuidados a largo plazo, se le permitirá una renovación temporal por una única vez de sus medicamentos, según sea necesario, para ayudarlo en su transición a un nuevo nivel de atención.

### **Para más información**

Para obtener información más detallada sobre la cobertura de medicamentos con receta de su EmblemHealth National Drug Plan (PDP), consulte su Evidencia de Cobertura y otros materiales del plan.

Si tiene preguntas sobre nuestro plan, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la última fecha en que hemos actualizado la farmacoepa, aparece en la portada y la contratapa.

Si tiene alguna pregunta en general sobre la cobertura de 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 bien, visite <http://www.medicare.gov>.

## Farmacopea del EmblemHealth National Drug Plan (PDP)

La farmacopea que comienza en la página 1 proporciona información sobre la cobertura de los medicamentos cubiertos por nuestro plan. Si tiene algún problema para encontrar su medicamento en la lista, vaya al índice que comienza en la página 196.

La primera columna del cuadro enumera el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca se encuentran escritos con mayúsculas (p. ej., SYNTHROID) y los medicamentos genéricos se encuentran escritos en cursiva minúscula (p. ej., *levothyroxine*).

La información en la columna Requisitos/límites le informa si nuestro plan tiene algún requisito especial para la cobertura de su medicamento.

A continuación, aparece una lista de abreviaturas que pueden aparecer en las páginas siguientes dentro de la columna Requisitos/límites que le informa si hay algún requisito especial de cobertura para su medicamento.

### Lista de abreviaturas

**B/D PA:** Este medicamento con receta puede estar cubierto por la Parte B o D de Medicare según las circunstancias. Es posible que se deba presentar la información que describa el uso y el entorno de la regulación del medicamento para tomar una determinación.

**LA:** Disponibilidad limitada. Esta receta solamente puede estar disponible en determinadas farmacias. Para obtener más información, llame al Servicio de Atención al Cliente.

**MO:** Medicamento pedido por correo. Este medicamento con receta está disponible a través de nuestro servicio de pedido por correo, así como también a través de nuestras farmacias de venta minorista de la red. Considere usar los pedidos por correo para sus medicamentos a largo plazo (de mantenimiento) (como, por ejemplo, los medicamentos para la presión arterial alta). Las farmacias de venta minorista de la red pueden ser más adecuadas para medicamentos con receta a corto plazo (como, por ejemplo, los antibióticos).

**PA:** Autorización previa. El plan le exige a usted o a su médico que obtenga una autorización previa para determinados medicamentos. Esto significa que deberá obtener aprobación antes de llenar sus medicamentos con receta. Si no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos el medicamento.

**QL:** Límite de cantidad. Para determinados medicamentos, el plan limita la cantidad del medicamento que cubriremos.

**ST:** Tratamiento escalonado. En algunos casos, el plan le exige que pruebe primero determinados medicamentos para tratar su afección médica antes de que cubramos otro medicamento para esa afección. Por ejemplo, si tanto el Medicamento A como el Medicamento B tratan su afección médica, es posible que el plan no cubra el Medicamento B a menos que primero pruebe el Medicamento A. Si el Medicamento A no funciona para usted, entonces cubriremos el Medicamento B.

Consulte el resumen de beneficios para obtener información sobre cómo se relacionan los costos compartidos del plan con los diferentes niveles enumerados en esta farmacopea para el suministro de un mes



de un medicamento. Si es elegible para la “Ayuda Adicional” o el “Subsidio por bajos ingresos” (LIS, por sus siglas en inglés), es posible que no se aplique a usted determinada información que aparece en estas tablas sobre el gasto de los medicamentos con receta Parte D. Le enviaremos un folleto por separado, denominado “Cláusula de la Evidencia de Cobertura para quienes reciben ayuda adicional para sus medicamentos con receta” (Cláusula LIS), la cual le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este folleto, llame al Servicio de Atención al Cliente a los números que se enumeran a continuación y solicite la “Cláusula de la Evidencia de Cobertura para quienes reciben ayuda adicional para sus medicamentos con receta” (Cláusula LIS).

Tenga en cuenta lo siguiente: Por el Employer Group Waiver Plan (EGWP) consulte su Guía de costos compartidos o comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente para obtener detalles de los beneficios y los importes de los costos compartidos.



## Français (French)

ATTENTION : si vous parlez français, une assistance d'interprétation gratuite est à votre disposition. Veuillez composer le **1-877-411-3625** (Sourds et malentendants : **711**).

**1-877-411-3625**

اردو (Urdu)

:  
(711 : / (

## Tagalog (Tagalog)

NANANAWAGAN NG PANSIN: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, mayroon kang magagamit na mga serbisyo para sa tulong sa wika nang walang bayad. Tawagan ang **1-877-411-3625** (TTY/TDD: **711**).

## Ελληνικά (Greek)

: μ  
· **1-877-411-3625** ( μ μ μ /TTY/TDD: **711**).

## Shqip (Albanian)

VINI RE: Nëse fisni Shqip, shërbimi i asistencës për përkthim do të jetë në dispozicionin tuaj, pa pagesë. Telefononi në **1-877-411-3625** (TTY/TDD: **711**).

## Notice of Nondiscrimination Policy

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

EmblemHealth:

- 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 **1-877-411-3625**.

If you believe that EmblemHealth 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 EmblemHealth Grievance and Appeals Department, PO Box 2844, New York, NY 10116, or call **1-877-411-3625**. (Dial **711** for TTY/TDD services.) You can file a grievance in person, by mail or by phone. If you need help filing a grievance, EmblemHealth's Grievance and Appeals Department is available to help you. You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office of Civil Rights electronically through the Office of Civil Rights Complaint Portal, available at [ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf](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, DC 20201; 1-800-368-1019**, (dial **1-800-537-7697** for TTY services).

Complaint forms are available at [hhs.gov/ocr/office/file/index.html](https://hhs.gov/ocr/office/file/index.html).

Y0026\_126477 NM



Esta farmacopea se actualizó el 12/01/2023. Para obtener información más reciente o para hacer otras preguntas, comuníquese con EmblemHealth Medicare al **800-585-5786** (los usuarios de TTY deben llamar al **800-899-2114**), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. O visite **[emblemhealth.com/medicare](https://www.emblemhealth.com/medicare)**.

EmblemHealth Plan, Inc. es un plan de medicamentos con receta (Prescription Drug Plan, PDP) independiente que tiene contrato con Medicare. La inscripción en EmblemHealth Plan, Inc. depende de la renovación del contrato.