

Más opciones, mejor atención.
Esa es nuestra Ventaja.

2024

Lista de Medicamentos (Formulario)

CareOregon Advantage **Plus**
(HMO-POS D-SNP)

Para los condados de Oregón Clackamas, Columbia, Jackson,
Multnomah, Tillamook y Washington

H5859_CO2024_CFO_C

**LEA: ESTE DOCUMENTO INCLUYE INFORMACIÓN SOBRE LOS MEDICAMENTOS
QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN.**

Formulario 24549, versión 13

Este formulario se actualizó el Abril 2024. Para obtener la información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente de **CareOregon Advantage** llamando al 503-416-4279 o al número gratuito 888-712-3258 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre; o bien visite careoregonadvantage.org/druglist.



CareOregon Advantage Plus (HMO-POS D-SNP)

Lista de medicamentos (formulario) para 2024

Nota para los miembros actuales: Este formulario ha cambiado desde el año pasado. Revise este documento para asegurarse de que todavía incluya los medicamentos que toma.

Cuando en esta lista de medicamentos (formulario) se usan los términos “nosotros”, “nos” o “nuestro(s)/nuestra(s)”, se hace referencia a CareOregon Advantage. Cuando se usan los términos “plan” o “nuestro plan”, se hace referencia a CareOregon Advantage Plus.

Este documento incluye una lista de los medicamentos (formulario) para nuestro plan, que está vigente a partir del Abril 2024. Para obtener un formulario actualizado, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en que actualizamos el formulario por última vez, aparece en las páginas de la portada y la contraportada.

Por lo general, debe usar farmacias de la red para acceder a su beneficio de medicamentos de venta con receta. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias y/o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2025 y de vez en cuando durante el año.

¿Qué es el formulario de CareOregon Advantage Plus?

Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos, seleccionados por CareOregon Advantage Plus en colaboración con un equipo de proveedores de atención médica, que representa los tratamientos recetados que se consideran parte necesaria de un programa de

tratamiento de calidad. Por lo general, CareOregon Advantage Plus cubrirá los medicamentos mencionados en nuestro formulario, siempre y cuando el medicamento sea médicamente necesario, la receta se surta en una farmacia de la red de CareOregon Advantage Plus y se sigan otras reglas del plan. Para obtener más información sobre cómo surtir sus recetas, consulte la Evidencia de cobertura.

¿Puede cambiar el formulario (lista de medicamentos)?

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurren el 1 de enero, pero podemos agregar o eliminar medicamentos en 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 esos cambios.

Cambios que pueden afectarle este año: le afectarán los cambios en la cobertura durante el año en los siguientes casos:

- **Medicamentos genéricos nuevos.** Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con un medicamento genérico nuevo que aparecerá en el mismo nivel de costos compartidos o en un nivel inferior y con las mismas o menos restricciones. Además, al agregar el medicamento genérico nuevo, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero moverlo inmediatamente a un nivel de costos compartidos diferente

o agregar nuevas restricciones. Si actualmente toma ese medicamento de marca, es posible que no le informemos con anticipación antes de realizar dicho cambio, pero más adelante le brindaremos información sobre los cambios específicos que hayamos realizado.

- Si realizamos dicho cambio, usted o el médico prescriptor podrán solicitarnos que hagamos una excepción y continuemos cubriendo el medicamento de marca para usted. El aviso que le proporcionemos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción; puede encontrar información en la sección titulada “¿Cómo solicito una excepción al formulario de CareOregon Advantage Plus?” que aparece más adelante.
- **Medicamentos retirados del mercado.** Si la Food and Drug Administration (Administración de Alimentos y Medicamentos) considera que un medicamento incluido en nuestro formulario no es seguro o si el fabricante del medicamento retira el medicamento del mercado, eliminaremos inmediatamente el medicamento de nuestro formulario e informaremos a los miembros que toman el medicamento.
- **Otros cambios.** Podemos realizar 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 que actualmente esté incluido en el formulario, o bien agregar nuevas

restricciones al medicamento de marca o moverlo a un nivel de costos compartidos diferente, o ambas cosas. También podemos realizar cambios en función de las nuevas pautas clínicas. Si eliminamos medicamentos de nuestro formulario, agregamos restricciones de autorización previa, de límites de cantidad y/o de tratamiento escalonado para un medicamento, o si movemos un medicamento a un nivel de costos compartidos superior, debemos informar sobre el cambio a los miembros afectados, al menos, 30 días antes de que el cambio entre en vigencia o cuando el miembro solicite una renovación de la receta del medicamento, en cuyo momento el miembro recibirá un suministro de 30 días del medicamento.

- Si realizamos esos otros cambios, usted o el médico prescriptor podrán solicitarnos que hagamos una excepción y continuemos cubriendo el medicamento de marca para usted. El aviso que le proporcionemos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción; también puede encontrar información en la sección titulada “¿Cómo solicito una excepción al formulario de CareOregon Advantage Plus?” que aparece más adelante.

Cambios que no le afectarán si actualmente toma el medicamento. Por lo general, si toma un medicamento incluido en nuestro formulario 2024 que estaba cubierto a principios de año, no suspenderemos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de

cobertura 2024, excepto según lo descrito anteriormente. Esto significa que dichos medicamentos seguirán estando disponibles con el mismo costo compartido y sin nuevas restricciones para aquellos miembros que los tomen durante el resto del año de cobertura. Este año, no recibirá un aviso directo sobre los cambios que no le afecten. Sin embargo, el 1 de enero del próximo año, tales cambios le afectarán, y es importante que revise la Lista de medicamentos correspondiente al nuevo año de beneficios para conocer los cambios en los medicamentos.

El formulario adjunto está vigente a partir del Abril 2024. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos que cubre CareOregon Advantage Plus, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en las páginas de la portada y la contraportada. Si, a mitad de año, realizamos cambios en nuestro formulario que no sean de mantenimiento y que le afecten, se registrarán en nuestro formulario en línea, que se actualiza el primer día de cada mes a lo largo del año del plan.

¿Cómo uso el formulario?

Hay dos maneras de encontrar su medicamento en el formulario:

1. Por afección médica

El formulario comienza en la página 1. Los medicamentos incluidos en este formulario se agrupan en categorías, según el tipo de afecciones médicas para las que se usan. Por ejemplo, los medicamentos que se usan para tratar una afección cardíaca se

mencionan en la categoría Medicamentos cardiovasculares. Si sabe para qué se usa su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página 1. Luego, busque el nombre de su medicamento en la categoría.

2. Por listado alfabético

Si no sabe bien en qué categoría buscar, debe buscar su medicamento en el Índice que comienza en la página 137. En el Índice, se proporciona una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. Tanto los medicamentos de marca como los genéricos se mencionan en el Índice. Busque en el Índice y encuentre su medicamento. Junto a su medicamento, verá el número de página donde puede encontrar la información sobre la cobertura. Vaya a la página indicada en el Índice y busque el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

CareOregon Advantage Plus cubre tanto medicamentos de marca como genéricos. Un medicamento genérico está aprobado por la Food and Drug Administration (FDA, Administración de Alimentos y Medicamentos) por tener el mismo principio activo que el medicamento de marca. Por lo general, los medicamentos genéricos cuestan menos que los medicamentos de marca.

¿Hay alguna restricción en mi cobertura?

Algunos medicamentos cubiertos pueden tener requisitos o límites adicionales para la cobertura. Tales requisitos y límites pueden incluir lo siguiente:

- **Autorización previa.** Requerimos que usted o su médico obtengan una autorización previa para ciertos medicamentos. Eso significa que tendrá que obtener una aprobación de CareOregon Advantage Plus antes de surtir sus recetas. Si no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos el medicamento.
- **Límites de cantidad.** Para ciertos medicamentos, CareOregon Advantage Plus limita la cantidad del medicamento que cubriremos. Por ejemplo, suministramos 9 comprimidos por receta de sumatriptan (sumatriptán). Esto puede ser adicional a un suministro estándar de un mes o tres meses.
- **Tratamiento escalonado.** En algunos casos, CareOregon Advantage Plus requiere que usted pruebe primero ciertos medicamentos para tratar su afección médica antes de que cubramos otro medicamento para esa afección. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan su afección médica, es posible que no cubramos el medicamento B, a menos que pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, cubriremos el medicamento B.

Puede consultar el formulario que comienza en la página 1 para averiguar si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales. También puede

visitar nuestro sitio web para obtener más información sobre las restricciones que se aplican a medicamentos cubiertos específicos. Hemos publicado documentos en línea en los que se explican nuestras restricciones de autorización previa y de tratamiento escalonado. También puede solicitarnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en que actualizamos el formulario por última vez, aparece en las páginas de la portada y la contraportada.

Puede solicitarnos que hagamos una excepción a tales restricciones o límites, o una lista de otros medicamentos similares que puedan tratar su afección médica. Consulte la sección “¿Cómo solicito una excepción al formulario de CareOregon Advantage Plus?” en la página **ix** para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Qué ocurre si mi medicamento no está incluido en el formulario?

Si su medicamento no está incluido en este formulario (lista de medicamentos cubiertos), primero debe comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente y preguntar si su medicamento está cubierto.

Si le informan que CareOregon Advantage Plus no cubre su medicamento, tiene dos opciones:

- Puede solicitar al Servicio de Atención al Cliente una lista de medicamentos similares que cubrimos. Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que cubra CareOregon Advantage Plus.

- Puede solicitarnos que hagamos una excepción y cubramos su medicamento. Consulte a continuación para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Cómo solicito una excepción al formulario de CareOregon Advantage Plus?

Puede solicitar a CareOregon Advantage Plus que haga una excepción a nuestras reglas de cobertura. Hay varios tipos de excepciones que puede solicitarnos que hagamos.

- Puede solicitarnos que cubramos un medicamento aunque no esté incluido en nuestro formulario. Si se aprueba, ese medicamento estará cubierto en un nivel de costos compartidos predeterminado y usted no podrá solicitarnos que le suministremos el medicamento en un nivel de costos compartidos inferior.
- Puede solicitarnos que no apliquemos las restricciones o los límites de cobertura a su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad del medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede solicitarnos que no apliquemos el límite y cubramos una cantidad mayor.

Por lo general, solo aprobaremos su solicitud de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario del plan o las restricciones de uso adicionales no serían tan eficaces para tratar su afección y/o le provocarían efectos médicos adversos.

Debe comunicarse con nosotros para solicitarnos una decisión inicial de cobertura en cuanto a una excepción al formulario o a las restricciones de uso. **Cuando solicite una excepción al formulario o a las restricciones de uso, debe presentar una declaración de su médico prescriptor u otro médico que respalde su solicitud.** Por lo general, debemos tomar nuestra decisión dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la declaración de respaldo de su médico prescriptor. Puede solicitar una excepción acelerada (rápida) si usted o su médico consideran que su salud podría verse seriamente perjudicada si se espera hasta 72 horas por una decisión. Si se concede su solicitud para acelerar el proceso, debemos darle una decisión a más tardar 24 horas después de haber recibido la declaración de respaldo de su médico o de otro médico prescriptor.

¿Qué debo hacer antes de poder hablar con mi médico sobre cambiar mis medicamentos o solicitar una excepción?

Como miembro nuevo o continuo en nuestro plan, es posible que esté tomando medicamentos que no están incluidos en nuestro formulario. O bien puede estar tomando un medicamento que está incluido en nuestro formulario, pero sus posibilidades de obtenerlo son limitadas. Por ejemplo, es posible que necesite nuestra autorización previa antes de poder surtir su receta. Hable con su médico para decidir si debe cambiar a un medicamento adecuado que cubramos o solicitar una excepción al formulario para que cubramos el medicamento que toma. Mientras hable con su médico para determinar la medida adecuada para usted, podemos cubrir su medicamento, en ciertos casos, durante los primeros 108 días que sea miembro de nuestro plan.

Para cada uno de sus medicamentos que no esté incluido en nuestro formulario o si sus posibilidades de obtener sus medicamentos son limitadas, cubriremos un suministro temporal de 90 días (o un suministro de 31 días si reside en un centro de atención a largo plazo). Si su receta es para menos días, permitiremos renovaciones de la receta para suministrar hasta, como máximo, un suministro de 90 días del medicamento (o un suministro de 31 días si reside en un centro de atención a largo plazo). Después de su primer suministro de 90 días, no pagaremos esos medicamentos, aunque haya sido miembro del plan durante menos de 108 días.

Si es residente de un centro de atención a largo plazo y necesita un medicamento que no está incluido en nuestro formulario o si sus posibilidades de obtener sus medicamentos son limitadas, pero han transcurrido los primeros 108 días de su membresía en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de ese medicamento mientras intenta obtener una excepción al formulario.

Si hace la transición de un nivel de atención a otro (por ejemplo, si recibe el alta hospitalaria o cambia de estado de cuidados paliativos), cubriremos un suministro temporal de 30 días de ese medicamento mientras intenta obtener una excepción al formulario.

Para obtener más información

Para obtener información más detallada sobre su cobertura de medicamentos de venta con receta de CareOregon Advantage Plus,

consulte la Evidencia de cobertura y otros materiales del plan.

Si tiene preguntas sobre CareOregon Advantage Plus, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en que actualizamos el formulario por última vez, aparece en las páginas de la portada y la contraportada.

Si tiene preguntas generales sobre la cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare, llame a Medicare al 800-MEDICARE (800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 877-486-2048. O bien visite ***www.medicare.gov***.

Formulario de CareOregon Advantage Plus

El formulario que comienza en la página 1 brinda información de cobertura sobre los medicamentos que cubre CareOregon Advantage Plus. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, vaya al Índice que comienza en la página 137.

En la primera columna de la tabla, se menciona el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca están escritos en mayúscula (p. ej., OZEMPIC) y los medicamentos genéricos se mencionan en cursiva minúscula (p. ej., *etodolac* [etodolaco]).

La información que se detalla en la columna Requisitos/Límites le indica si CareOregon Advantage tiene algún requisito especial para la cobertura de su medicamento.

Lista de abreviaturas

B/D: Este medicamento de venta con receta tiene un requisito administrativo de autorización previa de la Parte B frente a la Parte D. Este medicamento puede tener cobertura en virtud de la Parte B o D de Medicare según las circunstancias. Es posible que, para tomar la decisión, se tenga que presentar información que describa el uso y las circunstancias de empleo del medicamento.

ED: Este medicamento de venta con receta normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos de Venta con Receta de Medicare. El monto que paga cuando surte una receta para ese medicamento no cuenta para los costos totales de sus medicamentos (es decir, el monto que paga no le ayuda a calificar para la cobertura catastrófica). Además, si recibe ayuda adicional para pagar sus medicamentos de venta con receta, no recibirá ninguna ayuda adicional para pagar ese medicamento.

LA: Limited Availability (Disponibilidad limitada). Este medicamento de venta con receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Servicio de Atención al Cliente al 503-416-4279, o al número gratuito 888-712-3258, o bien, para los usuarios de TTY/TDD, al 711, del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana; del 1 de abril al 30 de septiembre: de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes.

MO: Mail Order Drug (Medicamento de pedido por correo). Este medicamento de venta con receta está disponible mediante un servicio de pedido por correo.

PA: Prior Authorization (Autorización previa). CareOregon Advantage Plus requiere que usted o su médico obtengan una autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que tendrá que obtener nuestra aprobación antes de surtir sus recetas. Si no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos el medicamento.

QL: Quantity Limit (Límite de cantidad). El medicamento tiene un límite máximo de cantidad para cada receta.

ST: Step Therapy (Tratamiento escalonado). En algunos casos, CareOregon Advantage Plus requiere que usted pruebe primero ciertos medicamentos para tratar su afección médica antes de que cubramos otro medicamento para esa afección. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan su afección médica, es posible que no cubramos el medicamento B, a menos que pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, cubriremos el medicamento B.

La discriminación está prohibida por ley

CareOregon Advantage cumple con las leyes federales vigentes de derechos civiles y no discrimina con base en raza, color, origen nacional, edad, discapacidad ni sexo. CareOregon Advantage no excluye a las personas ni las trata de forma diferente por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

CareOregon Advantage:

- Brinda apoyos y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se puedan comunicar eficazmente con nosotros, tales como:
 - Intérpretes calificados en lenguaje de señas
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Brinda servicios lingüísticos gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si usted necesita dichos servicios, comuníquese con el Departamento de Atención al Cliente de CareOregon Advantage.

Si usted cree que CareOregon Advantage no ha brindado estos servicios o ha discriminado de otra forma por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, usted puede presentar una queja con el:

Grievance Coordinator

315 SW Fifth Ave Portland, OR 97204

Línea gratuita: 888-712-3258

Fax: 503-416-1313 TTY 711

Correo electrónico: ***customerservice@careoregon.org***

Puede presentar una queja en persona, por correo postal, fax o correo electrónico.

Si necesita ayuda para presentar una reclamación, el Departamento de Atención al Cliente está disponible para ayudarle.

También puede presentar una queja de derechos civiles en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, de forma electrónica, a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en:

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo electrónico o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Hay formularios de quejas disponibles en

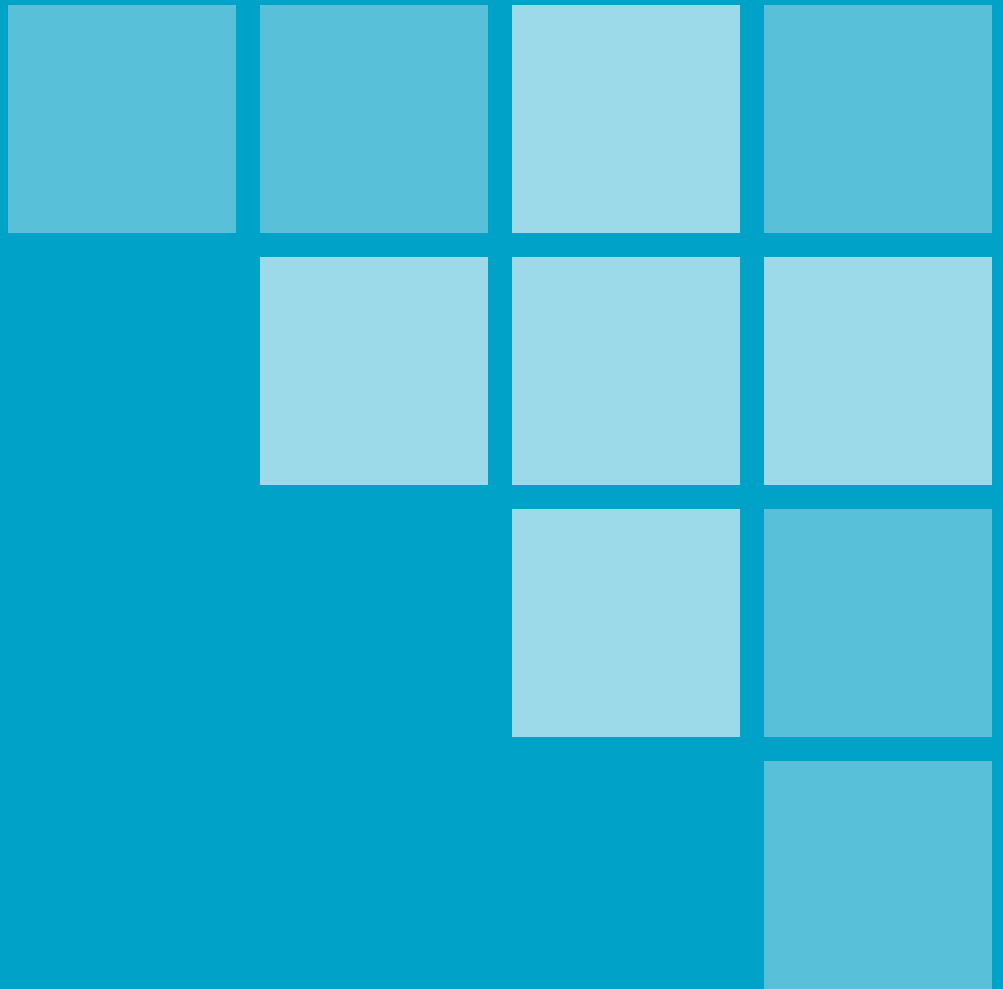
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Esta sección no incluye todos los servicios cubiertos por Medicare o Medicaid, ni menciona todas las limitaciones o exclusiones. Los miembros de CareOregon Advantage Plus deben tener Medicare y el Oregon Health

Plan (Medicaid) para ser elegibles. Si pierde su elegibilidad para Medicaid durante el año, ya no recibirá los beneficios de Medicaid y tendrá que pagar la prima o los costos compartidos de Medicare que Medicaid cubre normalmente.

CareOregon Advantage Plus es un HMO-POS D-SNP con un contrato de Medicare/Medicaid. La inscripción en CareOregon Advantage Plus depende de la renovación del contrato. “Más opciones, mejor atención” se refiere a nuestras redes de farmacias y proveedores más amplias en 2024 en comparación con el año del plan 2023.

COA-23592787-0927-SP-LP



Departamento de Atención al Cliente de CareOregon Advantage

Llame al: 503-416-4279 o gratis al 888-712-3258, TTY 711

Horario de atención:

8 a.m a 8 p.m los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo

8 a.m a 8 p.m de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.

LEA: ESTE DOCUMENTO INCLUYE INFORMACIÓN SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN.

Formulario 24549, versión 13

Este formulario se actualizó el Abril 2024. Para obtener la información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente de **CareOregon Advantage** llamando al 503-416-4279 o al número gratuito 888-712-3258 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre; o bien visite careoregonadvantage.org/druglist.



facebook.com/careoregon

twitter.com/careoregon

careoregonadvantage.org

COA-SP-23583726-0928

