

**Notificación anual de cambios en el Formulario para planes de medicamentos  
con receta (PDP, por sus siglas en inglés)  
Preguntas frecuentes**

**¿Cómo puedo averiguar cuáles son todas las opciones de medicamentos disponibles para <2025>?**

Puedes consultar la Lista de medicamentos abreviada, proporcionada en la Notificación anual de cambios que te enviamos por correo en <septiembre>. Para ver la Lista de medicamentos completa, puedes visitar <Cigna.com/member-resources>. Si necesitas ayuda para encontrar tus medicamentos, puedes llamar a <Servicio al Cliente> al <1-800-297-1482> (TTY 711).

**¿Cuánto pagaré por la insulina en <2025>?**

Nunca pagarás más de <\$35> por un suministro para un mes de las insulinas cubiertas. Esto también se aplica a los productos combinados que incluyen al menos un tipo de insulina. Para los suministros extendidos, tu costo no será de más de <\$70> para un suministro máximo de dos meses o <\$105> para un suministro máximo de tres meses. Si recibes Ayuda Adicional, seguirás pagando el costo que establece el programa de Ayuda Adicional.

**¿Qué sucede si hay un cambio y no puedo afrontar el nuevo costo?**

Si no puedes afrontar el costo de tu medicamento con receta, es posible que reúnas los requisitos para el Subsidio por Bajos Ingresos (LIS, por sus siglas en inglés). Medicare proporciona el LIS como parte del programa de Ayuda Adicional. Para obtener más información sobre el programa, llama al <1-800-297-1482> (TTY 711). También es posible que puedas reducir tus costos a través del proceso de excepción de nivel.

Recuerda que nuestro plan limita las reducciones de nivel que están permitidas. Para <2025>, no se aprobarán reducciones de nivel de los siguientes medicamentos: medicamentos del <Nivel 5> y medicamentos no incluidos en el Formulario que se aprueben en virtud del proceso de excepción al Formulario.

Para obtener más información o iniciar una solicitud, llama al <1-800-297-1482> (TTY 711).

**¿Por qué mi medicamento genérico no está en el <Nivel 1> o el <Nivel 2>?**

Todos los años, les proporcionamos a nuestros clientes una amplia lista de medicamentos de bajo costo en el <Nivel 1> y el <Nivel 2>. Pero no siempre podemos mantener todos los medicamentos genéricos en estos niveles. Es posible que algunos medicamentos genéricos estén en el <Nivel 3>, <Nivel 4> o <Nivel 5>. Recuerda que el nombre “<Nivel 3 - Medicamentos de marca preferida>” es simplemente una descripción de la mayoría de los medicamentos incluidos en ese nivel. No significa que en ese nivel haya solamente medicamentos de marca.

**¿Qué sucede si no puedo cambiar el medicamento que estoy tomando y necesito que**

## **lo cubran?**

Te pedimos que le lleves esta carta a tu proveedor de cuidado de la salud. De esa manera, podrás conversar sobre tus opciones de medicamentos alternativos. Si tú y tu proveedor deciden no cambiar tu medicamento, tú, tu proveedor o tu representante autorizado pueden pedirnos que sigamos pagando el/los medicamento(s) que estés tomando. Esto se conoce como excepción. Para iniciar la solicitud de excepción, llama al <1-800-297-1482> (TTY 711).

Si pides una excepción, tu proveedor debe enviarnos una declaración. La declaración debe decir que el medicamento solicitado es médicamente necesario para tratar tu condición porque ninguno de los medicamentos que cubrimos tendría resultados tan buenos. Otra posibilidad es que la declaración diga que los medicamentos que cubrimos tendrían un efecto adverso para ti. Si la excepción es por una autorización previa, un límite a la cantidad u otro límite que hayamos aplicado a ese medicamento, la declaración del proveedor debe incluir los motivos. Debe decir que la autorización previa o el límite no son apropiados para tu condición o que tendrían un efecto adverso para ti. Después de que recibamos la declaración de tu médico, te notificaremos nuestra decisión dentro de las <72 horas>.

Para pedir una revisión acelerada, que se decidirá en <24 horas>, tu proveedor debe informarnos que esperar el plazo de una decisión estándar puede tener un impacto grave en tu vida, tu salud o tu capacidad para recuperar el funcionamiento pleno.

## **¿Qué sucede si se deniega mi solicitud?**

Si se deniega tu solicitud, tendrás derecho a apelar pidiéndonos una revisión de la decisión. Recuerda que debes solicitar la apelación por teléfono o por escrito dentro de un plazo de <60> días calendario a partir de la fecha de nuestra primera decisión.

## **¿Qué sucede si necesito más tiempo para encontrar un medicamento de reemplazo correcto?**

Durante los primeros <90> días del nuevo año del plan, cubriremos <una (1)> receta por un suministro para un máximo de <30> días como una renovación temporal para los medicamentos con receta no incluidos en nuestra Lista de medicamentos de <2025>. Haremos lo mismo para los medicamentos con un requisito de autorización previa u otro límite. Pero después de la primera renovación temporal, por lo general no cubriremos más renovaciones de este tipo, a menos que te aprueben una excepción. Desde ya, debes obtener los medicamentos de la renovación en una farmacia de la red.

## **¿Qué es la autorización previa?**

Significa que tú o tu proveedor de cuidado de la salud deben obtener la aprobación de nuestro plan antes de que puedas empezar a tomar un medicamento específico. Si no consigues la aprobación necesaria, es posible que no cubramos ese medicamento con receta.

## **¿Qué son los límites a la cantidad?**

Significa que limitamos la cantidad del medicamento que cubriremos. Por ejemplo, si permitimos <un> comprimido por día del Medicamento ABC, un suministro de un mes daría una cantidad de <30> comprimidos cada <30> días (que se abrevia <“30/30”>).

### **¿Qué es el tratamiento escalonado?**

Significa que debes probar en primer lugar determinados medicamentos con receta para tratar tu condición médica, antes de que cubramos otro medicamento para esa condición. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B tratan tu condición, es posible que no cubramos el Medicamento B a menos que pruebes primero el Medicamento A. Si el Medicamento A no resulta efectivo para ti, entonces cubriríamos el Medicamento B.

### **¿Por qué necesito autorización previa para los suministros para la diabetes?**

La Parte D de Medicare cubre suministros médicos para tomar insulina, como por ejemplo:

- Jeringas o agujas para lapicera de insulina
- Paños con alcohol
- Vendas de gasa

Si bien estos suministros pueden usarse para otros fines, la Parte D solo los cubrirá para inyecciones de insulina. La autorización previa chequea que estos suministros no se usen para otros fines.

### **¿Por qué los aglutinantes de fosfato orales ya no están cubiertos por la Parte D?**

En <2025>, Medicare incluirá el costo de los aglutinantes de fosfato orales en el pago a los proveedores de servicios de diálisis para el tratamiento de pacientes con enfermedad terminal. Como resultado, los proveedores de servicios de diálisis son responsables de despachar estos medicamentos. Si estás recibiendo diálisis, pregúntale a tu proveedor cómo puedes obtener los aglutinantes de fosfato orales.

Si no estás recibiendo diálisis, tendrás que pagar el costo total de estos medicamentos.

### **¿Qué significa “eliminado de la cobertura de la Parte D”?**

Esto significa que la Parte D ya no cubre un medicamento porque no cumplió con los requisitos de la Parte D.

<Los productos y servicios de Cigna Healthcare<sup>SM</sup> se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de The Cigna Group. Los nombres, los logotipos y las marcas de Cigna, incluidas THE CIGNA GROUP y CIGNA HEALTHCARE, son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc. © 2024 Cigna Healthcare>