

# 2021 Formulario completo de **BlueMedicare**<sup>SM</sup> (Lista de medicinas cubiertas)

**BlueMedicare Premier (HMO) H1035-022,023,024,025,  
026,033,034,043,045**

**BlueMedicare Complete (HMO D-SNP)  
H1035-027,028,029,030,031,032**

**POR FAVOR LEA: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACION SOBRE LAS MEDICINAS QUE  
ESTAN CUBIERTAS EN ESTE PLAN**

Formulary ID 00021317, Version 20

Este formulario fue actualizado el 10/19/2021. Si tiene preguntas o desea información más actualizada, comuníquese con Florida Blue al 1-800-926-6565 o, los usuarios de equipo teleescritor TTY deben llamar al 1-877-955-8773 de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, siete días a la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, excepto el día de Acción de Gracias (Thanksgiving) y el día de Navidad. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, nuestro horario es de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, excepto los días feriados. O visite [www.floridablue.com/medicare](http://www.floridablue.com/medicare).

# **BlueMedicare Complete (HMO D-SNP) BlueMedicare Premier (HMO) Formulario 2021 (Lista de medicinas cubiertas)**

**POR FAVOR LEA: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN SOBRE LAS MEDICINAS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN**

ID de formulario 00021317, versión 20

If you speak Spanish, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-926-6565 (TTY: 1-800-955-8770).

Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-926-6565 (TTY: 1-877-955-8773).

Este formulario puede cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

**Nota para los miembros actuales:** Este formulario ha cambiado desde el año pasado. Revise este documento para asegurarse de que aún contiene las medicinas que toma.

Cuando esta lista de medicinas (formulario) dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a Florida Blue Medicare. Cuando se hace referencia a “plan” o “nuestro plan”, se refiere a BlueMedicare Complete y BlueMedicare Premier.

Este documento contiene una lista de las medicinas (formulario) para nuestro plan, actualizada al 19 de octubre de 2021. Para obtener un formulario actualizado, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, así como las fechas de actualización del formulario, aparece en la portada y contraportada.

Usted, por lo general, debe utilizar farmacias en la red para poder obtener sus beneficios de medicinas recetadas. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias y/o copagos/coseguro pueden cambiar el 1 de marzo de 2021, y ocasionalmente durante el año.

## **¿Qué es el formulario de BlueMedicare Complete y BlueMedicare Premier?**

El formulario es una lista de las medicinas cubiertas seleccionadas por nuestro plan en conjunto con un equipo de proveedores de salud, los cuales representan las medicinas recetadas que se consideran como una parte necesaria de cualquier programa de tratamiento de calidad. Nuestro plan generalmente cubre las medicinas mencionadas en nuestro formulario siempre y cuando la medicina sea necesaria para algún tratamiento médico, la receta médica se lleve a cabo en una farmacia de la red BlueMedicare Complete y BlueMedicare Premier, y se sigan las otras reglas del plan. Para más información sobre cómo surtir sus medicinas recetadas, consulte su *Constancia de cobertura*.

## **¿Puede cambiar el formulario (lista de medicinas)?**

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicinas ocurren el 1 de enero, pero podemos añadir o remover medicinas en la lista de medicinas durante el año, moverlas a un nivel de costo compartido diferente o añadir nuevas restricciones. Debemos seguir las reglas de Medicare para realizar estos cambios.

**Cambios que le pueden afectar este año:** En los casos mencionados a continuación, usted será afectado por cambios en su cobertura durante el año:

- **Nuevas medicinas genéricas.** Podemos eliminar de inmediato una medicina de marca de nuestra Lista de medicinas si la reemplazamos por una nueva medicina genérica que aparecerá en el mismo nivel de costos compartidos o en un nivel más bajo y con las mismas o menos restricciones. Además, al agregar la nueva medicina genérica, podemos decidir mantener la medicina de marca en nuestra Lista de medicinas, pero moverla inmediatamente a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones. Si actualmente está tomando esa medicina de marca, podríamos no informarle con anticipación antes de hacer ese cambio, pero luego le brindaremos información sobre los cambios específicos que hemos realizado.
  - Si hacemos dicho cambio, o bien usted y su proveedor pueden solicitar que el plan haga una excepción y que continúe brindándole cobertura para la medicina de marca. La notificación que le proporcionemos también incluirá información sobre los pasos para solicitar la excepción, y también podrá encontrar información en la sección de abajo titulada "¿Cómo solicito una excepción para el formulario de BlueMedicare Complete y BlueMedicare Premier?".
- **Medicinas eliminadas del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicinas (Food and Drug Administration) considera que una medicina en nuestro formulario no es segura o el fabricante de la medicina la retira del mercado, nosotros eliminaremos inmediatamente la medicina de nuestro formulario y enviaremos una notificación a los miembros que toman esa medicina.
- **Otros cambios.** Podríamos hacer otros cambios que afectan a los miembros que se encuentran tomando actualmente la medicina. Por ejemplo, podemos agregar una medicina genérica que no sea nueva en el mercado para reemplazar una medicina de marca actualmente incluida en el formulario o agregar nuevas restricciones a la medicina de marca o moverla a un nivel diferente de costo compartido, o ambas. O podríamos hacer cambios sobre la base de nuevos lineamientos clínicos. Si eliminamos medicinas del formulario, o añadimos el requerimiento de una autorización previa, límite de cantidad y/o restricciones de terapia escalonada en una medicina, o movemos la medicina a un nivel de costo más alto, debemos notificar a los miembros del cambio al menos 30 días antes de que el cambio entre en vigencia, o en el momento en el que el miembro solicite un reabastecimiento de la medicina, para el cual el miembro recibirá un suministro de 31 días de la medicina.
  - Si hacemos estos otros cambios, usted o su proveedor pueden solicitar que el plan haga una excepción y que continúe brindándole cobertura para la medicina de marca. La notificación que le proporcionemos también incluirá información sobre los pasos para solicitar la excepción, y también podrá encontrar información en la sección de abajo titulada "¿Cómo solicito una excepción para el formulario de BlueMedicare Complete y BlueMedicare Premier?".

**Los cambios que no le afectarán si actualmente está tomando la medicina.** Por lo general, si está tomando una medicina que se encuentra en nuestro formulario de 2021, la cual estaba cubierta al principio del año, no descontinuaremos o reduciremos cobertura para la medicina durante el año de cobertura 2021, excepto como se describe anteriormente. Esto significa que estas medicinas permanecerán disponibles al mismo costo compartido y sin ninguna restricción nueva por el remanente del año de cobertura para los miembros que toman las medicinas. No recibirá una notificación directa este año sobre cambios que no le afectan a usted. Sin embargo, el 1 de enero del año próximo, los cambios pueden afectarlo, y es importante verificar la Lista de medicinas del

año nuevo de beneficios por cualquier cambio en los medicamentos.

Esta lista está actualizada al 19 de octubre de 2021. Para obtener información actualizada sobre las medicinas cubiertas por nuestro plan, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en la portada y contraportada.

Nuestro plan proporciona actualizaciones mensuales del formulario en nuestro sitio web ([www.floridablue.com/medicare](http://www.floridablue.com/medicare)) y en papel cuando sea necesario. El siguiente párrafo explicará cómo será notificado en el caso de ciertos cambios.

Nuestro plan solo eliminará medicinas de la Parte D del formulario, moverá medicinas cubiertas por la Parte D a un nivel preferido menor o añadirá requisitos de manejo de utilización 60 días después del comienzo del año del contrato asociado con el periodo de elección anual, y solamente si estos cambios son aprobados por CMS. Si para BlueMedicare Complete y BlueMedicare Premier se deben realizar tales cambios en el formulario, los miembros actuales que están tomando la medicina están exentos del cambio del formulario por el resto del año del contrato, excepto en los casos descritos anteriormente.

Antes de eliminar una medicina cubierta por la Parte D de este formulario, o hacer algún cambio en el nivel de costo compartido o nivel de preferencia de una medicina cubierta por la Parte D, nuestro plan:

- proveerá una notificación escrita a los miembros afectados al menos 30 días antes de la fecha en que el cambio sea efectivo; o
- en el momento en que los miembros afectados soliciten un reabastecimiento de la medicina de la Parte D, le proporcionaremos al miembro un suministro de 31 días de la medicina de la Parte D bajo los mismos términos que estaban permitidos anteriormente y una notificación escrita sobre el cambio en el formulario.

## **¿Cómo utilizo el formulario?**

Hay dos maneras en las que puede encontrar su medicina en el formulario:

### **Condición médica**

El formulario comienza en la página 1. Las medicinas en este formulario están agrupadas en categorías dependiendo del tipo de condiciones médicas que estas medicinas tratan. Por ejemplo, las medicinas utilizadas para tratar una condición médica están listadas bajo la categoría de "Agentes cardiovasculares". Si usted sabe para qué se utiliza la medicina, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página 1. Después busque bajo el nombre de la categoría de su medicina.

### **Lista alfabética**

Si no está seguro bajo qué categoría buscar, puede buscar la medicina en el índice que comienza en la página 139. El índice proporciona una lista alfabética de todas las medicinas que se incluyen en este documento. Tanto las medicinas de marca como las medicinas genéricas aparecen en el índice. Busque en el índice hasta encontrar su medicina. Al lado del nombre de la medicina, encontrará el número de la página donde puede encontrar la información de la cobertura. Vaya a la página indicada en el índice y encuentre el nombre de la medicina en la primera columna de la lista.

## ¿Qué son las medicinas genéricas?

Nuestro plan cubre tanto las medicinas de marca como las medicinas genéricas. Una medicina genérica está aprobada por la Administración de Medicinas y Alimentos de los Estados Unidos (U.S. Food and Drug Administration, FDA) e indica que contiene el mismo ingrediente activo que la medicina de marca. Por lo general, las medicinas genéricas son menos costosas que las de marca.

## ¿Existen restricciones en mi cobertura?

Algunas medicinas cubiertas pueden tener requisitos adicionales o límites en la cobertura. Estos requisitos y límites pueden incluir:

- **Autorización Previa:** Nuestro plan requiere que usted o su médico obtenga autorización previa para ciertas medicinas. Esto significa que deberá obtener aprobación por parte de nuestro plan antes de poder surtir sus medicinas recetadas. Si no obtiene aprobación, es posible que nuestro plan no cubra la medicina.
- **Límites de Cantidad:** Para ciertas medicinas, nuestro plan limita la cantidad de la medicina que podríamos cubrir. Por ejemplo, nuestro plan proporciona 30 tabletas por receta médica para Januvia. Esto puede ser adicional a un suministro normal para uno o tres meses.
- **Terapia Escalonada:** En algunos casos, nuestro plan le pedirá que primero pruebe ciertas medicinas para tratar su condición médica, antes de que cubramos otra medicina para esa condición. Por ejemplo, si la Medicina A y la Medicina B tratan su condición médica, podríamos no cubrir la Medicina B hasta que usted pruebe la Medicina A primero. Si la Medicina A no le funciona, entonces el plan puede cubrir la Medicina B.

Usted puede averiguar si la medicina tiene algún requisito adicional o límite buscándolo en el formulario que comienza en la página 1. También puede recibir más información acerca de las restricciones que aplican a medicinas específicas cubiertas al visitar nuestra página de Internet. Tenemos un documento en la página de Internet que explica nuestras restricciones de autorización previa y de terapia escalonada. También nos puede pedir que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, así como las fechas de actualización del formulario, aparece en la portada y contraportada.

Usted puede pedirle al plan que haga una excepción a estas restricciones o límites, o para obtener una lista de otras medicinas similares que pueden tratar su condición de salud. Vea la sección "¿Cómo puedo solicitar una excepción para el formulario de BlueMedicare Complete y BlueMedicare Premier?" en la página V para obtener información acerca de cómo solicitar una excepción.

## ¿Qué sucede si mi medicina no está en el formulario?

Si su medicina no está incluida en el formulario (lista de medicinas cubiertas), debe primero comunicarse con Servicios para Miembros y preguntar si su medicina está cubierta.

Si se entera de que nuestro plan no cubre su medicina, usted tendrá dos opciones:

- Puede solicitarle a Servicios para Miembros un listado de las medicinas similares que están cubiertas por su plan. Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete una medicina similar que esté cubierta por nuestro plan.
- Puede solicitarle a nuestro plan que haga una excepción y cubra su medicina. Lea a continuación para obtener más información acerca de cómo solicitar una excepción.

## ¿Cómo puedo solicitar una excepción para el formulario de BlueMedicare Complete y BlueMedicare Premier?

Puede solicitarle a nuestro plan que haga una excepción a las normas de cobertura. Existen muchos tipos de excepciones que usted puede solicitar.

- Nos puede solicitar que cubramos su medicina aun si no está en nuestro formulario. Si es aprobada, esta medicina será cubierta a un nivel de costo compartido predeterminado y usted no podrá solicitarnos que proporcionemos la medicina a un nivel de costo compartido más bajo.
- Nos puede solicitar que cubramos una medicina del formulario a un nivel de costo compartido más bajo (si esta medicina no se encuentra en el nivel de medicinas especializadas). Si es aprobada, esto reducirá la cantidad que debe pagar por la medicina.
- Nos puede solicitar que se le exima de esta restricción o límite en su medicina. Por ejemplo, para ciertas medicinas, nuestro plan limita la cantidad de la medicina que nuestro plan puede cubrir. Si su medicina tiene un límite de cantidad, puede solicitarnos que se le exima de este límite y que se cubra una cantidad mayor.

Generalmente, nuestros planes solamente aprueban su solicitud para una excepción si las medicinas alternativas incluidas en el formulario del plan, la medicina del nivel de costo compartido más bajo o las restricciones de utilización adicional no son un tratamiento efectivo para su condición y/o le puede causar efectos médicos adversos.

Debe comunicarse con nosotros para solicitar una decisión inicial de cobertura, un nivel o el uso de excepción a las restricciones de un formulario. **Cuando solicite una excepción a las restricciones de un formulario, de uso o de nivel, debe adjuntar una declaración de su médico o persona autorizada que apoye su solicitud.** Generalmente, después de recibir la declaración de su médico que apoye su solicitud, debemos tomar nuestra decisión dentro de 72 horas. Usted puede solicitar una excepción acelerada (rápida) si usted o su médico entienden que su salud puede estar en serio peligro si espera las 72 horas para tomar una decisión. Si se le aprueba la excepción acelerada, debemos tomar una decisión no más tardar de 24 horas después de recibir las declaraciones de apoyo de su médico.

## ¿Qué debo hacer antes de hablar con mi médico acerca de cambiar mi medicina o solicitar una excepción?

Como un nuevo o actual asegurado de nuestro plan, usted puede que esté tomando medicinas que no están en nuestro formulario. O, puede ser que esté tomando una medicina que está en nuestro formulario, pero solo puede recibir una cantidad limitada. Por ejemplo, puede que necesite una autorización previa de nuestra parte para surtir su medicina recetada. Debe hablar con su médico para decidir si debe cambiar a una medicina apropiada que esté cubierta o solicitar una excepción al formulario para que podamos cubrir la medicina que necesita. Mientras habla con su médico para determinar el curso de acción correcto para usted, puede ser que cubramos su medicina en ciertos casos durante los primeros 90 días en los que usted es miembro de nuestro plan.

Por cada una de sus medicinas que no se encuentre en nuestro formulario o si la cantidad que puede recibir es limitada, le cubriremos un suministro temporal de 31 días. Si su receta es por menos días, permitiremos que se reabastezca la medicina hasta un máximo de 31 días de suministro de la medicina. Luego de su primer suministro de 31 días, no pagaremos por estas medicinas, incluso si usted ha sido miembro del plan por menos de 90 días.

Si reside en un establecimiento de cuidados a largo plazo y necesita una medicina que no está en nuestro formulario o si la cantidad que puede recibir es limitada, pero ya pasaron los primeros 90

días de la inscripción a nuestro plan, le cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de esa medicina mientras usted consigue una excepción al formulario.

Existen circunstancias en que transiciones no planificadas para miembros actuales podrían surgir y en que los regímenes de medicinas recetas puedan no estar en el formulario. Estas circunstancias usualmente implican un cambio en el nivel de cuidado en el cual cambian a un miembro de un tratamiento a otro. Para estas transiciones inesperadas, usted debe utilizar nuestro proceso de excepción y apelación. Las determinaciones y redeterminaciones de cobertura serán procesadas tan rápido como lo requiera su condición.

Cuando un miembro es admitido o dado de alta de un establecimiento de cuidados a largo plazo (Long Term Care, LTC), este no tendrá acceso al remanente de la medicina recetada reabastecida anteriormente. Nos aseguraremos de que tenga un reabastecimiento al momento de la admisión o del alta. Se provee una anulación de las ediciones de “reabastecimiento demasiado pronto” para cada medicina que sería afectada debido a que un miembro sea admitido o dado de alta de un centro de cuidado a largo plazo. No se utilizan los cambios a los reabastecimientos tempranos para limitar el acceso apropiado o necesario a los beneficios de la Parte D del miembro, y estos miembros pueden obtener un reabastecimiento al momento de la admisión o del alta.

### **Si necesita más información**

Para obtener información más detallada acerca de su cobertura de medicinas de BlueMedicare Complete y BlueMedicare Premier, consulte su *Constancia de cobertura* y los demás documentos del plan.

Si tiene preguntas acerca de su plan, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, así como las fechas de actualización del formulario, aparece en la portada y contraportada.

Si tiene preguntas generales acerca de la cobertura de medicinas 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 equipo teleescritor (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048. O visite <http://www.medicare.gov>.

### **El formulario de nuestro plan**

El formulario que comienza en la página 1 proporciona información de cobertura de las medicinas cubiertas por nuestro plan. Si tiene problemas para encontrar su medicina en la lista, vaya al índice que comienza en la página 139.

La primera columna de la tabla lista el nombre de la medicina. Los nombres de las medicinas de marca están en letras mayúsculas (por ejemplo, LANTUS) y las medicinas genéricas están en letras minúsculas en cursiva (por ejemplo, *metformin*).

La información en la columna Requisitos/Límites indica si su plan tiene algún requisito especial para cubrir su medicina.

Si un Límite de cantidad aplica para una medicina, la cantidad de la restricción se muestra en el listado en cada página.

Todas las medicinas incluidas en este formulario, con excepción de las medicinas de distribución limitadas, están disponibles a través de nuestro servicio de orden por correo. Las medicinas de distribución limitada se indican en el formulario con un asterisco (\*). Comuníquese con nosotros si necesita más información.

## Etapa de Cobertura Inicial

La cantidad de copago/coseguro que usted paga por un suministro de un mes (31 días) de la medicina en cada nivel de medicina se muestra a continuación.

### Para planes BlueMedicare Premier

Condado	Tipo de farmacia	Nivel 1 Genéricas preferidas	Nivel 2 Genéricas	Nivel 3 Medicinas de marca preferidas	Nivel 4 Medicinas no preferidas	Nivel 5 Medicinas especializadas
<b>Palm Beach</b>	Orden de correo y minorista preferido	\$0 de copago	\$0 de copago	\$35 de copago	\$93 de copago	33%
	Minorista estándar	\$10 de copago	\$15 de copago	\$47 de copago	\$100 de copago	
<b>Hillsborough y Polk</b>	Orden de correo y minorista preferido	\$0 de copago	\$0 de copago	\$25 de copago	\$80 de copago	33%
	Minorista estándar	\$10 de copago	\$11 de copago	\$45 de copago	\$90 de copago	
<b>Miami-Dade</b>	Orden de correo y minorista preferido	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$50 de copago	33%
	Minorista estándar	\$10 de copago	\$11 de copago	\$12 de copago	\$75 de copago	
<b>Broward</b>	Orden de correo y minorista preferido	\$0 de copago	\$0 de copago	\$20 de copago	\$93 de copago	33%
	Minorista estándar	\$10 de copago	\$11 de copago	\$45 de copago	\$100 de copago	
<b>Orange y Osceola</b>	Orden de correo y minorista preferido	\$0 de copago	\$0 de copago	\$30 de copago	\$93 de copago	33%
	Minorista estándar	\$10 de copago	\$11 de copago	\$40 de copago	\$100 de copago	
<b>Clay y Duval</b>	Orden de correo y minorista preferido	\$0 de copago	\$0 de copago	\$40 de copago	\$93 de copago	33%
	Minorista estándar	\$10 de copago	\$15 de copago	\$47 de copago	\$100 de copago	



Condado	Tipo de farmacia	Nivel 1 Genéricas preferidas	Nivel 2 Genéricas	Nivel 3 Medicinas de marca preferidas	Nivel 4 Medicinas no preferidas	Nivel 5 Medicinas especializadas
<b>Hernando, Pasco y Pinellas</b>	Orden de correo y minorista preferido	\$0 de copago	\$0 de copago	\$30 de copago	\$90 de copago	33%
	Minorista estándar	\$10 de copago	\$15 de copago	\$47 de copago	\$100 de copago	
<b>Lake, Marion y Sumter</b>	Orden de correo y minorista preferido	\$0 de copago	\$0 de copago	\$40 de copago	\$93 de copago	33%
	Minorista estándar	\$10 de copago	\$11 de copago	\$47 de copago	\$100 de copago	
<b>Manatee y Sarasota</b>	Orden de correo y minorista preferido	\$0 de copago	\$2 de copago	\$30 de copago	\$90 de copago	33%
	Minorista estándar	\$10 de copago	\$15 de copago	\$47 de copago	\$100 de copago	

### Para planes BlueMedicare Complete

Condado	Tipo de farmacia	Nivel 1 Genéricas preferidas	Nivel 2 Genéricas	Nivel 3 Medicinas de marca preferidas	Nivel 4 Medicinas de marca no preferidas	Nivel 5 Medicinas especializadas
<b>Brevard, Broward, Clay, Collier, Duval, Hernando, Hillsborough, Marion, Miami-Dade, Orange, Osceola, Palm Beach, Pasco, Pinellas y Polk</b>	Orden de correo y minorista preferido	\$0 de copago	\$0 de copago	\$40 de copago	\$92 de copago	25%
	Entrega a domicilio y farmacia estándar	\$10 de copago	\$11 de copago	\$47 de copago	\$99 de copago	
Puede aplicar un deducible de \$445 a los niveles 3, 4 y 5 solamente, dependiendo del nivel de asistencia que reciba.						

## Etapa de brecha en la cobertura (Donut Hole)

Abajo está la información, por plan, que le explicará la cobertura adicional que cada plan proporciona cuando está en la brecha en la cobertura. Para obtener información, consulte su *Constancia de cobertura*.

<b>Plan(es)</b>	<b>Cobertura adicional cuando se encuentra en la brecha en la cobertura</b>
BlueMedicare Premier (Miami-Dade)	Estos planes proporcionan cobertura del Nivel 1: Genérica preferidas y Genéricas del Nivel 2 cuando está en la Etapa de brecha en la cobertura. Paga el mismo costo compartido que pagó durante la Etapa inicial de cobertura para las medicinas del Nivel 1 y Nivel 2.
BlueMedicare Premier (Broward, Clay, Duval, Hernando, Hillsborough, Lake, Manatee, Marion, Orange, Osceola, Palm Beach, Pasco, Pinellas, Polk, Sarasota y Sumter)	
BlueMedicare Complete (Brevard, Broward, Clay, Collier, Duval, Hernando, Hillsborough, Marion, Miami-Dade, Palm Beach, Pasco, Orange, Osceola, Pinellas y Polk)	

### CLAVE DE ABREVIACIONES DE LAS DOSIS

<b>act</b>	Activación	<b>mcg</b>	Microgramo
<b>ad</b>	Absorber	<b>meq</b>	Mili equivalente
<b>aer, aero</b>	Aerosol	<b>mg</b>	Miligramo
<b>app</b>	Aplicador	<b>ml</b>	Mililitro
<b>ba, breath act, breath activ</b>	Respiración activada	<b>mu</b>	Millones de unidades
<b>bau</b>	Unidades bioequivalentes de alergia	<b>nebu</b>	Nébula
<b>cap, caps</b>	Cápsulas	<b>orally disintegr tab</b>	Tabletas que se desintegran por vía oral
<b>cart</b>	Cartucho	<b>op, ophth (oft)</b>	Oftálmico
<b>chew tab (tab mas)</b>	Tabletas masticables	<b>osm</b>	Osmótico
<b>conc</b>	Concentración	<b>pf (lp)</b>	Libre de preservativos
<b>conj</b>	Conjugar, conjugado	<b>pfu</b>	Unidades formadoras de placa
<b>crys (cris)</b>	Cristales	<b>pow, powd (pol)</b>	Polvo
<b>deter (dis)</b>	Disuasivo	<b>Pref, prefill</b>	Precargada
<b>disint</b>	Desintegración	<b>pak</b>	Paquete
<b>dr</b>	Liberación retrasada	<b>ptwk</b>	Parche semanal
<b>ec (ee)</b>	Envoltura entérica	<b>pttw</b>	Parche dos veces a la semana
<b>el, elu</b>	Ligado a enzimas	<b>recomb</b>	Recombinante
<b>er, extended, extended rel, xl, xr</b>	Liberación prolongada	<b>sl</b>	Sublingual
<b>ext</b>	Extraer	<b>sol, soln</b>	Solución
<b>gm</b>	Gramo	<b>sr (ls)</b>	Liberación sostenida
<b>gu</b>	Procedimientos genitourinarios	<b>viiup, suppos</b>	Supositorios
<b>hr</b>	Hora	<b>sus, susp</b>	Suspensión
<b>lg</b>	Inmunoglobulina	<b>syr</b>	Jeringuilla
<b>im (in)</b>	Intramuscular	<b>tab, tabs</b>	Tableta
<b>inh, inhal</b>	Inhalación	<b>td</b>	Transdermal
<b>inj (iny)</b>	Inyección	<b>tl</b>	Translingual
<b>ir</b>	Liberación inmediata	<b>unt</b>	Unidad
<b>iv</b>	Intravenoso	<b>vac</b>	Vacunas
<b>l</b>	Litro	<b>va</b>	Vaginal

## Columna 1: clave de los símbolos

\* = Las medicinas con distribución limitada están indicadas con un asterisco (\*) en la lista de medicinas. Puede que estas medicinas estén disponibles solo en algunas farmacias. Para más información, consulte nuestro Directorio de farmacia o llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-800-926-6565. Los usuarios de equipo teleescritor TTY deben llamar al 1-877-955-8773. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, excepto el día de Acción de Gracias (Thanksgiving) y el día de Navidad. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, nuestro horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, de lunes a viernes, excepto en los feriados más importantes. O visite [www.floridablue.com/medicare](http://www.floridablue.com/medicare).

# = Medicinas de alto riesgo (HRM). Medicinas que no son seguras para pacientes mayores de 65 años de edad. Nuestro formulario no incluye cobertura para algunas de estas medicinas, pero se pueden buscar otras alternativas en los niveles con copagos más bajos. Converse con su médico si hay alternativas a estas medicinas que podrían ser apropiadas para su uso.

^ = Se proporciona cobertura adicional de estas medicinas recetadas en la brecha en la cobertura para ciertos planes. Consulte la tabla en la Sección "Etapa de brecha en la cobertura" en la página ix para determinar si su plan proporciona cobertura adicional durante la brecha. También puede consultar su *Constancia de cobertura*.

‡ = Esta medicina recetada no está normalmente cubierta por un Plan de Medicinas Recetadas de Medicare. El monto que usted paga cuando surte una receta para esta medicina no cuenta para sus costos totales de medicinas (es decir, la cantidad que paga no le ayuda a calificar para cobertura catastrófica). Además, si está recibiendo ayuda adicional para pagar sus recetas, no recibirá ninguna ayuda adicional para pagar por esta medicina. La cobertura de esta medicina se limita a 4 píldoras por mes.

## Columna 2 - Nivel de medicinas

1 = Medicinas genéricas preferidas

2 = Medicinas genéricas

3 = Medicinas de marca preferidas

4 = Medicinas no preferidas

5 = Medicinas especializadas

<b>Columna 3 - Clave para las abreviaturas</b>
<b>BD</b> = Medicinas que pueden estar cubiertas por Medicare Parte B o Medicare Parte D dependiendo de las circunstancias. Estas medicinas pueden requerir autorización para determinar la cobertura bajo la Parte B o la Parte D. Puede requerirse que se proporcione información que describa el uso o el lugar donde la medicina se recibe para determinar la cobertura.
<b>PA</b> = Autorización previa (Prior Authorization)
<b>QL</b> = Límites de cantidad (Quantity Limits)
<b>ST</b> = Terapia escalonada (Step Therapy)

Este formulario fue actualizado el 10/19/2021. Si tiene preguntas o desea información más actualizada, comuníquese con Florida Blue al 1-800-926-6565 o, los usuarios de equipo teleescritor TTY deben llamar al 1-877-955-8773 de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, siete días a la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, excepto el día de Acción de Gracias (Thanksgiving) y el día de Navidad. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, nuestro horario es de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, excepto los días feriados. O visite **[www.floridablue.com/medicare](http://www.floridablue.com/medicare)**.

Florida Blue es un Licenciatario Independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.

Este documento es una traducción de su original escrito en inglés. Los términos en inglés prevalecerán en caso de alguna disputa con respecto al significado de este documento o sus términos.