



2022 Formulario de BlueMedicareSM

(Lista de medicinas cubiertas)

BlueMedicare Premier (HMO)

BlueMedicare Complete (HMO D-SNP)

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

Formulary ID 00022398, Version 18

Este formulario fue actualizado el 09/15/2022 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.

BlueMedicare Complete (HMO D-SNP) BlueMedicare Premier (HMO) Formulario 2022 (Lista de Medicamentos Cubiertos)

POR FAVOR LEA: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE ESTÁN CUBIERTOS EN ESTE PLAN

Id. del formulario 00022398, Versión 18

Si habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia con el idioma sin cargo. Llame al 1-800-926-6565 (TTY: 1-800-955-8770).

Si habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia con el idioma sin cargo. Llame al 1-800-926-6565 (TTY: 1-877-955-8773).

El formulario puede cambiar en cualquier momento. Recibirá una notificación 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 los medicamentos que usted toma.

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

Este documento contiene una lista de los medicamentos (formulario) para nuestro plan, la cual está actualizada al 15 de septiembre de 2022. Para obtener un formulario actualizado, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en que actualizamos por última vez el formulario, aparece en la portada y la contraportada.

Por lo general, usted debe usar las farmacias de la red para obtener sus beneficios de medicamentos recetados. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias o los copagos/el coaseguro pueden cambiar el 1 de marzo de 2022, y periódicamente durante el año.

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

El formulario es una lista de los medicamentos cubiertos seleccionados por nuestro plan, en conjunto con un equipo de proveedores de atención médica, los cuales representan las terapias recetadas que se entienden son una parte necesaria de cualquier programa de tratamiento de calidad. En general, nuestro plan cubre los medicamentos mencionados en nuestro formulario, siempre y cuando el medicamento sea médicamente necesario, la receta sea surtida en una farmacia de la red de BlueMedicare Complete y BlueMedicare Premier y se sigan las demás reglas del plan. Para obtener más información sobre cómo surtir sus recetas, consulte su *Constancia 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 de la Lista de medicamentos durante el año, moverlas a diferentes niveles de costos compartidos o agregar nuevas restricciones. Al realizar estos cambios, debemos seguir las reglas de Medicare.

Cambios que pueden afectarlo este año: En los siguientes casos, usted se verá afectado por los cambios de cobertura durante el año:

- **Nuevos medicamentos genéricos.** Nosotros podemos eliminar de inmediato un medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con un nuevo medicamento genérico que aparezca en el mismo nivel de costos compartidos o uno más bajo, y con las mismas restricciones o menos. Además, al agregar el nuevo medicamento genérico, 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 está tomando ese medicamento de marca, es posible que no le informemos con anticipación antes de realizar ese cambio, pero más adelante le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hemos realizado.
 - Si hacemos dicho cambio, usted o la persona autorizada para extender recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y que continuemos cubriendo el medicamento de marca para usted. El aviso que le proporcionamos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción. También puede encontrar información en la sección a continuación titulada “¿Cómo solicito una excepción al formulario de BlueMedicare Complete y BlueMedicare Premier?”.
- **Medicamentos retirados del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (U.S. Food and Drug Administration, FDA) considera que un medicamento de nuestro formulario no es seguro o si el fabricante del medicamento lo retira del mercado, eliminaremos inmediatamente dicho medicamento de nuestro formulario y notificaremos a los miembros que lo toman.
- **Otros cambios.** Podemos hacer otros cambios que afecten a los miembros que actualmente toman un medicamento. Por ejemplo: podemos agregar un medicamento genérico que no es nuevo al mercado para reemplazar el medicamento de marca que se encuentra en el formulario actualmente o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o moverlo a un nivel de costos compartidos diferente o ambas opciones. O bien, podemos hacer cambios en función de nuevas pautas clínicas. Si eliminamos medicamentos del formulario o añadimos el requerimiento de una autorización previa, límite de cantidad o restricciones de terapia escalonada en un medicamento, o bien movemos el medicamento a un nivel de costo más alto, debemos notificarles del cambio a los miembros al menos 30 días antes de que el cambio entre en vigencia, o en el momento en el que el miembro solicite un reabastecimiento del medicamento, para el cual el miembro recibirá un suministro de 31 días del medicamento.
 - Si hacemos estos cambios, usted o la persona autorizada para extender recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y que continuemos cubriendo el medicamento de marca para usted. El aviso que le proporcionamos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción. También puede encontrar información en la sección a continuación titulada “¿Cómo solicito una excepción al formulario de BlueMedicare Complete y BlueMedicare Premier?”.

Cambios que no lo afectarán si actualmente está tomando el medicamento. En general, si está tomando un medicamento de nuestro formulario 2022 que estaba cubierto al comienzo del año, no interrumpiremos ni reduciremos la cobertura de dicho medicamento durante el año de cobertura 2022, excepto según lo descrito anteriormente. Esto significa que estos medicamentos aún estarán disponibles al mismo costo compartido y sin nuevas restricciones para los miembros que ya los están tomando por el resto del año de la cobertura. No recibirá una notificación directa este año sobre cambios que no lo afectan a usted. Sin embargo, el 1 de enero del año próximo, dichos cambios podrían afectarlo, y es importante verificar la Lista de medicamentos del nuevo año de beneficios por cualquier cambio en los medicamentos.

El formulario adjunto está actualizado al 15 de septiembre de 2022. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por nuestro plan, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en la portada y la contraportada.

Nuestro plan proporciona actualizaciones mensuales del formulario en nuestro sitio de Internet (www.floridablue.com/medicare) y en versiones impresas, según sea necesario. El siguiente párrafo explica cómo se lo notificará en el caso de ciertos cambios.

Nuestro plan solo eliminará medicamentos de la Parte D de nuestro formulario, moverá medicamentos cubiertos 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 los CMS. Si debemos hacer tales cambios al formulario, los miembros actuales que están tomando el medicamento están exentos del cambio del formulario por el resto del año del contrato, a excepción de lo especificado anteriormente.

Antes de eliminar un medicamento cubierto por la Parte D de este formulario o de hacer algún cambio en el nivel de costo compartido o nivel de preferencia de un medicamento cubierto por la Parte D, nuestro plan:

- Proporcionará una notificación escrita directa a los miembros afectados al menos 30 días antes de la fecha en que el cambio entre en vigencia.
- En el momento en que los miembros afectados soliciten un reabastecimiento del medicamento de la Parte D, le proporcionará al miembro un suministro de 31 días del medicamento de la Parte D bajo los mismos términos que estaban permitidos anteriormente y una notificación escrita sobre el cambio al formulario.

¿Cómo utilizo el formulario?

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

Condición médica

El formulario comienza en la página 1. Los medicamentos de este formulario se agrupan en categorías según el tipo de condiciones médicas que tratan. Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar una condición médica cardíaca se enumeran bajo la categoría de “Agentes Cardiovasculares”. Si usted sabe para qué se utiliza el medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página 1. Luego, busque su medicamento debajo del nombre de la categoría.

Listado alfabético

Si no está seguro bajo qué categoría buscar, puede buscar el medicamento en el índice que comienza en la página 113. El índice proporciona una lista alfabética de todos los medicamentos que se incluyen en este documento. Tanto los medicamentos genéricos como de marca aparecen en el índice. Busque en el índice hasta encontrar su medicamento. Al lado del nombre del medicamento, 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 del medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

Nuestro plan cubre medicamentos de marca y medicamentos genéricos. Un medicamento genérico es aquel que cuenta con la aprobación de la FDA por contener el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Por lo general, los medicamentos genéricos son menos costosos que los de marca.

¿Existen restricciones en mi cobertura?

Algunos medicamentos cubiertos pueden tener requisitos adicionales o límites en la cobertura. Estos requisitos y límites pueden incluir los siguientes:

- **Autorización previa:** Nuestro plan requiere que usted o su médico obtenga autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que deberá obtener aprobación por parte de nuestro plan antes de poder surtir sus medicamentos recetados. Si no obtiene aprobación, es posible que no cubramos el medicamento.
- **Límites de cantidad:** Para ciertos medicamentos, nuestro plan limita la cantidad del medicamento que puede cubrir. Por ejemplo, nuestro plan proporciona 30 tabletas por receta médica de Januvia. Esto puede ser adicional a un suministro normal de uno o tres meses.
- **Terapia escalonada:** En algunos casos, nuestro plan le pedirá que primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su condición médica antes de que cubramos otro medicamento para esa condición. Por ejemplo, si tanto el Medicamento A como el Medicamento B tratan su condición médica, es posible que no cubramos el Medicamento B hasta que usted pruebe el Medicamento A primero. Si el Medicamento A no le funciona, entonces cubriremos el Medicamento B.

Usted puede averiguar si el medicamento tiene algún requisito o límite adicional buscándolo en el formulario que comienza en la página 1. También puede obtener más información acerca de las restricciones que se aplican a medicamentos específicos cubiertos visitando nuestra página de Internet. Hemos publicado 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, junto con la fecha en que actualizamos por última vez el formulario, aparece en la portada y la contraportada.

Puede pedirnos hacer una excepción a estas restricciones o límites, o puede pedirnos una lista de otros medicamentos similares que pueden tratar su condición de salud. Consulte la sección “¿Cómo solicito una excepción al formulario de BlueMedicare Complete y BlueMedicare Premier?” en la página iv para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Qué sucede si mi medicamento no está en el formulario?

Si su medicamento no está incluido en este formulario (lista de medicamentos cubiertos), primero debe comunicarse con Servicios de Atención a los Miembros y preguntar si su medicamento está cubierto.

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

- Puede solicitarle a Servicios de Atención a los Miembros una lista de los medicamentos similares que cubra nuestro plan. Cuando usted reciba la lista, muéstrasela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por nuestro plan.
- Puede pedirnos 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 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 un medicamento aun si no está en el formulario. Si es aprobado, este medicamento será cubierto al nivel de costo compartido predeterminado y usted no podrá solicitarnos que proporcionemos el medicamento a un nivel de costo compartido más bajo.

- Puede solicitarnos que cubramos un medicamento del formulario a un nivel de costo compartido más bajo, a menos que el medicamento se encuentre en el nivel de medicamentos especializados. Si es aprobado, esto reducirá la cantidad que debe pagar por el medicamento.
- Puede solicitarnos que eliminemos las restricciones o los límites de cobertura de su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad del medicamento que nuestro plan puede cubrir. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede solicitarnos que eliminemos el límite y cubramos una cantidad mayor.

En general, solamente aprobaremos su solicitud de una excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario del plan, el medicamento del nivel de costo compartido más bajo o las restricciones de utilización adicional no serían un tratamiento eficaz de su condición o le podrían causar efectos médicos adversos.

Debe comunicarse con nosotros para solicitarnos una decisión de cobertura inicial para una excepción a las restricciones de un formulario, de uso o de nivel. **Cuando solicite una excepción a las restricciones de un formulario, de uso o de nivel, debe presentar una declaración de su médico o la persona autorizada para extender recetas que apoye su solicitud.** En general, luego de recibir la declaración de la persona autorizada para extender recetas que apoye su solicitud, debemos tomar nuestra decisión dentro de 72 horas. Usted puede solicitar una excepción acelerada (rápida) si usted o su médico consideran que su salud puede estar en serio peligro si espera las 72 horas para una decisión. Si se concede su solicitud de excepción acelerada, debemos darle una decisión a más tardar 24 horas después de que recibamos una declaración de respaldo de su médico u otra persona autorizada para extender recetas.

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

Como miembro nuevo o actual de nuestro plan, puede que usted esté tomando medicamentos que no están en nuestro formulario. O bien, puede ser que esté tomando un medicamento que está en nuestro formulario, pero solo puede recibir una cantidad limitada. Por ejemplo, es posible que necesite una autorización previa de nosotros antes de poder surtir su receta. Debe hablar con su médico para decidir si debe cambiar a un medicamento apropiado que esté cubierto o solicitar una excepción al formulario para que podamos cubrir el medicamento que necesita. Mientras habla con su médico para determinar el curso de acción correcto para usted, podemos cubrir su medicamento en ciertos casos durante los primeros 90 días en los que es miembro de nuestro plan.

Para cada uno de sus medicamentos que no se encuentre en nuestro formulario o si su capacidad para obtener sus medicamentos es limitada, cubriremos un suministro temporal de 31 días. Si su receta es por menos días, permitiremos que se reabastezca el medicamento para proporcionar hasta un máximo de 31 días de suministro del medicamento. Después de su primer suministro de 31 días, no pagaremos estos medicamentos, incluso si ha sido miembro del plan durante menos de 90 días.

Si usted es un residente de un centro de cuidados a largo plazo y necesita un medicamento que no está en nuestro formulario o si la cantidad que puede recibir es limitada, pero ya pasaron los primeros 90 días de la afiliación a nuestro plan, le cubriremos un suministro de emergencia de 31 días mientras usted consigue una excepción al formulario.

Existen circunstancias en las cuales pueden ocurrir transiciones no planificadas para los miembros actuales y en las que el régimen del medicamento recetado puede que no aparezca en el formulario. Estas circunstancias generalmente involucran cambios en el nivel de atención en los que un miembro está cambiando de un lugar de tratamiento a otro. Para estas transiciones no planificadas, usted debe utilizar nuestro proceso de excepción y apelación. Las determinaciones y nuevas determinaciones de cobertura se procesarán tan rápido como lo requiera su condición.

Cuando un miembro es admitido en un centro de cuidados a largo plazo (Long-Term Care, LTC) o dado de alta de este, no tiene acceso al resto de una receta médica suministrada previamente. Nos aseguraremos de que usted tenga un reabastecimiento al momento de la admisión o el alta. Se provee una anulación por única vez de las ediciones de “renovaciones demasiado pronto” para cada medicamento que sería afectado debido a que un miembro es admitido en un centro de cuidados a largo plazo (LTC) o dado de alta de este. Las ediciones de reabastecimientos tempranos no se usan para limitar el acceso apropiado y necesario al beneficio de la Parte D de un miembro, y dichos miembros pueden acceder a un reabastecimiento al momento de la admisión o del alta.

Para obtener más información

Para obtener información más detallada sobre su cobertura de medicamentos recetados de BlueMedicare Complete y BlueMedicare Premier, revise su *Constancia de cobertura* y otros materiales del plan.

Si tiene preguntas acerca de nuestro plan, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en que actualizamos por última vez el formulario, aparece en la portada y la contraportada.

Si tiene preguntas generales sobre la cobertura de medicamentos recetados 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>.

El formulario de nuestro plan

El formulario que comienza en la página 1 proporciona información de cobertura relacionada con los medicamentos cubiertos por nuestro plan. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, vaya al índice que comienza en la página 113.

La primera columna de la tabla enumera el nombre del medicamento. Los nombres de los medicamentos de marca están en letras mayúsculas (p. ej., LANTUS), y los medicamentos genéricos están en letras minúsculas en cursiva (p. ej., *metformina*).

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

Si se aplican límites de cantidad a un medicamento, los montos de restricción se muestran en la lista de cada página.

Todos los medicamentos incluidos en este formulario, a excepción de los medicamentos de distribución limitada, están disponibles a través de nuestros servicios de orden por correo. En el formulario, los medicamentos con distribución limitada están indicados con un asterisco (*). Comuníquese con nosotros si necesita más información.

Etapa de cobertura inicial

A continuación, se muestra la cantidad de copago/coaseguro que usted paga por un suministro de un mes (31 días) del medicamento en cada nivel de medicamento.

Para los planes BlueMedicare Premier

Condado	Tipo de Farmacia	Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	Nivel 2: Medicamentos genéricos	Nivel 3: Marca preferida	Nivel 4: Medicamentos no preferido	Nivel 5: Medicamentos especializados
Palm Beach	Venta al por menor preferida y orden por correo	\$0 de copago	\$0 de copago	\$35 de copago	\$93 de copago	33%
	Venta al por menor estándar	\$10 de copago	\$15 de copago	\$47 de copago	\$100 de copago	
Hillsborough y Polk	Venta al por menor preferida y orden por correo	\$0 de copago	\$0 de copago	\$25 de copago	\$80 de copago	33%
	Venta al por menor estándar	\$10 de copago	\$11 de copago	\$45 de copago	\$90 de copago	
Miami-Dade	Venta al por menor preferida y orden por correo	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$50 de copago	33%
	Venta al por menor estándar	\$10 de copago	\$11 de copago	\$12 de copago	\$75 de copago	
Broward	Venta al por menor preferida y orden por correo	\$0 de copago	\$0 de copago	\$20 de copago	\$93 de copago	33%
	Venta al por menor estándar	\$10 de copago	\$11 de copago	\$45 de copago	\$100 de copago	
Orange, Osceola y Seminole	Venta al por menor preferida y orden por correo	\$0 de copago	\$0 de copago	\$30 de copago	\$93 de copago	33%
	Venta al por menor estándar	\$10 de copago	\$11 de copago	\$40 de copago	\$100 de copago	
Clay y Duval	Venta al por menor preferida y orden por correo	\$0 de copago	\$0 de copago	\$40 de copago	\$93 de copago	33%
	Venta al por menor estándar	\$10 de copago	\$15 de copago	\$47 de copago	\$100 de copago	
Hernando, Pasco y Pinellas	Venta al por menor preferida y orden por correo	\$0 de copago	\$0 de copago	\$30 de copago	\$90 de copago	33%
	Venta al por menor estándar	\$10 de copago	\$15 de copago	\$47 de copago	\$100 de copago	
Lake, Marion y Sumter	Venta al por menor preferida y orden por correo	\$0 de copago	\$0 de copago	\$35 de copago	\$93 de copago	33%
	Venta al por menor estándar	\$10 de copago	\$11 de copago	\$47 de copago	\$100 de copago	

Condado	Tipo de Farmacia	Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	Nivel 2: Medicamentos genéricos	Nivel 3: Marca preferida	Nivel 4: Medicamentos no preferido	Nivel 5: Medicamentos especializados
Charlotte, Collier, Lee, Manatee y Sarasota	Venta al por menor preferida y orden por correo	\$0 de copago	\$2 de copago	\$30 de copago	\$90 de copago	33%
	Venta al por menor estándar	\$10 de copago	\$15 de copago	\$47 de copago	\$100 de copago	
Brevard y St. Lucie	Venta al por menor preferida y orden por correo	\$0 de copago	\$0 de copago	\$35 de copago	\$93 de copago	33%
	Venta al por menor estándar	\$10 de copago	\$15 de copago	\$47 de copago	\$100 de copago	

Para planes BlueMedicare Complete

Condado	Tipo de Farmacia	Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	Nivel 2: Medicamentos genéricos	Nivel 3: Marca preferida	Nivel 4: Medicamentos de marca no preferidos	Nivel 5: Medicamentos especializados
Brevard, Broward, Charlotte, Clay, Collier, Duval, Hernando, Hillsborough, Lake, Lee, Manatee, Marion, Miami-Dade, Orange, Osceola, Palm Beach, Pasco, Pinellas, Polk, St. Lucie, Sarasota, Seminole y Sumter	Venta al por menor preferida y orden por correo	\$0 de copago	\$0 de copago	\$40 de copago	\$92 de copago	25%
	Venta al por menor y orden por correo estándar	\$10 de copago	\$11 de copago	\$47 de copago	\$99 de copago	
Se puede aplicar un deducible de \$480 solo a los niveles 3, 4 y 5, según el nivel de asistencia que usted reciba.						

Etapa de brecha en la cobertura

La siguiente información le explicará la cobertura adicional que brinda cada plan cuando usted se encuentra en la Etapa de brecha en la cobertura. Para obtener información, consulte su *Constancia de cobertura*.

Plan(es)	Cobertura adicional cuando usted se encuentra en la etapa de brecha en la cobertura
BlueMedicare Premier (Brevard, Broward, Charlotte, Clay, Collier, Duval, Hernando, Hillsborough, Lake, Lee, Manatee, Marion, Miami-Dade, Orange, Osceola, Palm Beach, Pasco, Pinellas, Polk, St. Lucie, Sarasota, Seminole y Sumter)	Estos planes proporcionan cobertura del Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos y del Nivel 2: medicamentos genéricos cuando usted se encuentra en la etapa de brecha en la cobertura. Usted paga el mismo costo compartido que pagó durante la Etapa de cobertura inicial para los medicamentos de los Niveles 1 y 2.
BlueMedicare Complete (Brevard, Broward, Charlotte, Clay, Collier, Duval, Hernando, Hillsborough, Lake, Lee, Manatee, Marion, Miami-Dade, Orange, Osceola, Palm Beach, Pasco, Pinellas, Polk, St. Lucie, Sarasota, Seminole y Sumter)	Estos planes proporcionan cobertura del Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos y del Nivel 2: medicamentos genéricos cuando usted se encuentra en la etapa de brecha en la cobertura. Usted paga el mismo costo compartido que pagó durante la Etapa de cobertura inicial para los medicamentos de los Niveles 1 y 2.

CLAVE DE ABREVIACIONES DE LAS DOSIS

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

Columna 1: Clave de símbolos
<p>* = Los medicamentos con distribución limitada están indicados con un asterisco (*) en la lista de medicamentos. Puede que estos medicamentos estén disponibles solo en algunas farmacias. Para obtener más información, consulte nuestro Directorio de farmacia o llame a Servicios de Atención a los Miembros al 1-800-926-6565 o, para los usuarios de TTY, al 1-800-955-8770. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. hora local, los siete días de la semana, desde el 1º de octubre hasta el 31 de marzo, excepto el día de Acción de Gracias y Navidad. Desde el 1º de abril hasta el 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, de lunes a viernes, excepto los días feriados principales. O bien, visite www.floridablue.com/medicare.</p>
<p># = Medicamento de alto riesgo (High Risk Medication, HRM). Medicamentos que no son seguros para pacientes mayores de 65 años de edad. Nuestro formulario incluye cobertura para algunos de estos medicamentos, pero se pueden buscar otras alternativas en los niveles con copagos más bajos. Converse con su médico para ver si hay alternativas a estos medicamentos que podrían ser apropiadas para su uso.</p>
<p>^ = Se proporciona cobertura adicional de estos medicamentos recetados 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 en la cobertura. También puede consultar su <i>Constancia de cobertura</i>.</p>
<p>‡ = Por lo general, este medicamento recetado no está cubierto en un plan de medicamentos recetados de Medicare. El monto que usted paga cuando surte una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamento (es decir, el monto que paga no lo ayuda a calificar para la cobertura de eventos médicos catastróficos). Además, si recibe ayuda adicional para pagar sus recetas, no recibirá ninguna ayuda adicional para pagar este medicamento. La cobertura de este fármaco se limita a 4 pastillas por mes.</p>
Columna 2: Niveles de medicamentos
1 = Medicamentos genéricos preferidos
2 = Medicamentos genéricos
3 = Medicamentos de marca preferidos
4 = Medicamentos no preferidos
5 = Medicamentos especializados
Columna 3: Clave para las abreviaturas
<p>BD = Medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare, según las circunstancias. Estos medicamentos requieren una autorización previa para determinar la cobertura de conformidad con la Parte B o la Parte D. Puede ser necesario proporcionar información que describa el uso o el lugar donde el medicamento se recibe para determinar la cobertura.</p>
PA = Prior Authorization (Autorización previa)
QL = Quantity Limits (Límites de cantidad)
ST = Step Therapy (Terapia escalonada)

Este formulario fue actualizado el 09/15/2022. 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**.

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.