

2019

FORMULARY (LIST OF COVERED DRUGS) FORMULARIO (LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS)



Medicare^{Rx}
Prescription Drug Coverage

PLEASE READ: THIS DOCUMENT CONTAINS INFORMATION ABOUT THE DRUGS WE COVER IN THIS PLAN. LEA LO SIGUIENTE: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN ACERCA DE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN. ID 19482 v.8, ID 19485 v.8, ID 19487 v.8. This formulary was updated on 10/09/2018. For more recent information or other questions, please contact HealthSun Health Plans at 877-336-2069 or, for TTY users, 877-206-0500, Monday through Friday from 8:00 am to 8:00 pm, or visit www.HealthSun.com. Este formulario se actualizó 10/09/2018. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con HealthSun Health Plans al 877-336-2069 o, para usuarios de TTY, al 877-206-0500, de lunes a viernes de 8:00 am a 8:00 pm, o visite www.HealthSun.com.

2019 Formulary (List of Covered Drugs) for HealthSun Health Plans (HMO)

PLEASE READ: THIS DOCUMENT CONTAINS INFORMATION ABOUT THE DRUGS WE COVER IN THIS PLAN

HealthSun Health Plans is an HMO plan with a Medicare contract. Enrollment in HealthSun Health Plans depends on contract renewal. ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500).

Note to existing members: This formulary has changed since last year. Please review this document to make sure that it still contains the drugs you take.

When this drug list (formulary) refers to “we,” “us”, or “our,” it means HealthSun Health Plans. When it refers to “plan” or “our plan,” it means HealthSun Health Plans.

This document includes the list of the drugs (formulary) for our plan which is current as of 10/09/2018. For an updated formulary, please contact us. Our contact information, along with the date we last updated the formulary, appears on the front and back cover pages.

You must generally use network pharmacies to use your prescription drug benefit. Benefits, formulary, pharmacy network, and/or copayments/coinsurance may change on January 1, 2019 and from time to time during the year.

What is the HealthSun Health Plans (HMO) Formulary?

A formulary is a list of covered drugs selected by HealthSun Health Plans in consultation with a team of health care providers, which represents the prescription therapies believed to be a necessary part of a quality treatment program. HealthSun Health Plans will generally cover the drugs listed in our formulary as long as the drug is medically necessary, the prescription is filled at a HealthSun Health Plans network pharmacy, and other plan rules are followed. For more information on how to fill your prescriptions, please review your Evidence of Coverage.

Can the Formulary (drug list) change?

Generally, if you are taking a drug on our 2019 formulary that was covered at the beginning of the year, we will not discontinue or reduce coverage of the drug during the 2019 coverage year except when a new, less expensive generic drug becomes available, when new information about the safety or effectiveness of a drug is released, or the drug is removed from the market. (See bullets below for more information on changes that affect members currently taking the drug.) Other types of formulary changes, such as removing a drug from our formulary, will not affect members who are currently taking the drug. It will remain available at the same cost-sharing for those members taking it for the remainder of the coverage year.

Below are changes to the drug list that will also affect members currently taking a drug:

- **New generic drugs.** We may immediately remove a brand name drug on our Drug List if we are replacing it with a new generic drug that will appear on the same or lower cost sharing tier and with the same or fewer restrictions. Also, when adding the new generic drug, we may decide to keep the brand name drug on our Drug List, but immediately move it to a different cost-sharing tier or add new restrictions. If you are currently taking that brand name drug, we may not tell you in advance before we make that change, but we will later provide you with information about the specific change(s) we have made.

- If we make such a change, you or your prescriber can ask us to make an exception and continue to cover the brand name drug for you. The notice we provide you will also include information on the steps you may take to request an exception, and you can also find information in the section below entitled “How do I request an exception to the HealthSun Health Plans Formulary?”
- **Drugs removed from the market.** If the Food and Drug Administration deems a drug on our formulary to be unsafe or the drug’s manufacturer removes the drug from the market, we will immediately remove the drug from our formulary and provide notice to members who take the drug.
- **Other changes.** We may make other changes that affect members currently taking a drug. For instance, we may add a generic drug that is not new to market to replace a brand name drug currently on the formulary or add new restrictions to the brand name drug or move it to a different cost-sharing tier. Or we may make changes based on new clinical guidelines. If we remove drugs from our formulary, or add prior authorization, quantity limits and/or step therapy restrictions on a drug or move a drug to a higher cost-sharing tier, we must notify affected members of the change at least 30 days before the change becomes effective, or at the time the member requests a refill of the drug, at which time the member will receive a 30-day supply of the drug.

The enclosed formulary is current as of 10/09/2018. To get updated information about the drugs covered by HealthSun Health Plans, please contact us. Our contact information appears on the front and back cover pages. In the event of a midyear non maintenance formulary change, HealthSun Health Plans shall update the formulary and will advise members. The information may be found in our website, www.HealthSun.com.

How do I use the Formulary?

There are two ways to find your drug within the formulary:

Medical Condition

The formulary begins on page 14. The drugs in this formulary are grouped into categories depending on the type of medical conditions that they are used to treat. For example, drugs used to treat a heart condition are listed under the category, “cardio vascular agents”. If you know what your drug is used for, look for the category name in the list that begins on page 14. Then look under the category name for your drug.

Alphabetical Listing

If you are not sure what category to look under, you should look for your drug in the Index that begins on page 86. The Index provides an alphabetical list of all of the drugs included in this document. Both brand name drugs and generic drugs are listed in the Index. Look in the Index and find your drug. Next to your drug, you will see the page number where you can find coverage information. Turn to the page listed in the Index and find the name of your drug in the first column of the list.

What are generic drugs?

HealthSun Health Plans covers both brand name drugs and generic drugs. A generic drug is approved by the FDA as having the same active ingredient as the brand name drug. Generally, generic drugs cost less than brand name drugs.

Are there any restrictions on my coverage?

Some covered drugs may have additional requirements or limits on coverage. These requirements and limits may include:

- **Prior Authorization (PA):** HealthSun Health Plans requires you or your physician to get prior authorization for certain drugs. This means that you will need to get approval from the plan before you fill your prescriptions. If you don't get approval, the plan may not cover the drug.
- **Quantity Limits (QL):** For certain drugs, HealthSun Health Plans limits the amount of the drug that the plan will cover. For example, the plan provides 30 caps/month per prescription for SPIRIVA HANDIHALER CAP. This may be in addition to a standard one-month or three-month supply.
- **Step Therapy (ST):** In some cases, HealthSun Health Plans requires you to first try certain drugs to treat your medical condition before we will cover another drug for that condition. For example, if Drug A and Drug B both treat your medical condition, the plan may not cover Drug B unless you try Drug A first. If Drug A does not work for you, the plan will then cover Drug B.

You can find out if your drug has any additional requirements or limits by looking in the formulary that begins on page 14. You can also get additional information about the restrictions applied to specific covered drugs by visiting our website. We have posted online documents which explain our Prior Authorization and Step Therapy restrictions. You may also ask us to send you a copy. Our contact information, along with the date we last updated the formulary, appears on the front and back cover pages.

You can ask HealthSun Health Plans to make an exception to these restrictions or limits or for a list of other, similar drugs that may treat your health condition. See the section, "How do I request an exception to the HealthSun Health Plans formulary?" on page 4 for information about how to request an exception.

What are over-the-counter (OTC) drugs?

OTC drugs are non-prescription drugs that are not normally covered by a Medicare Prescription Drug Plan. HealthSun Health Plans pays for certain OTC drugs. Our plan will provide these OTC drugs at no cost to you. The cost to our plan of these OTC drugs will not count toward your total Part D drug costs (that is, the amount you pay does not count towards the coverage gap).

What if my drug is not on the Formulary?

If your drug is not included in this formulary (list of covered drugs), you should first contact Member Services and ask if your drug is covered.

If you learn that HealthSun Health Plans does not cover your drug, you have two options:

- You can ask Member Services for a list of similar drugs that are covered by HealthSun Health Plans. When you receive the list, show it to your doctor and ask him or her to prescribe a similar drug that is covered by HealthSun Health Plans.
- You can ask the plan to make an exception and cover your drug. See below for information about how to request an exception.

How do I request an exception to the HealthSun Health Plans Formulary?

You can ask the plan to make an exception to our coverage rules. There are several types of exceptions that you can ask us to make.

- You can ask us to cover a drug even if it is not on our formulary. If approved, this drug will be covered at a pre-determined cost-sharing level, and you would not be able to ask us to provide the drug at a lower cost-sharing level.
- You can ask us to cover a formulary drug at a lower cost-sharing level if this drug is not on the specialty tier. If approved this would lower the amount you must pay for your drug.
- You can ask us to waive coverage restrictions or limits on your drug. For example, for certain drugs, the plan limits the amount of the drug that we will cover. If your drug has a quantity limit, you can ask us to waive the limit and cover a greater amount.

Generally, HealthSun Health Plans will only approve your request for an exception if the alternative drugs included on the plan's formulary, the lower cost-sharing drug or additional utilization restrictions would not be as effective in treating your condition and/or would cause you to have adverse medical effects.

You should contact us to ask for an initial coverage decision for a formulary, tiering or utilization restriction exception. **When you request a formulary, tiering or utilization restriction exception you should submit a statement from your prescriber or physician supporting your request.** Generally, we must make our decision within 72 hours of getting your prescriber's supporting statement. You can request an expedited (fast) exception if you or your doctor believe that your health could be seriously harmed by waiting up to 72 hours for a decision. If your request to expedite is granted, we must give you a decision no later than 24 hours after we get a supporting statement from your doctor or other prescriber.

What do I do before I can talk to my doctor about changing my drugs or requesting an exception?

As a new or continuing member in our plan you may be taking drugs that are not on our formulary. Or, you may be taking a drug that is on our formulary but your ability to get it is limited. For example, you may need a prior authorization from us before you can fill your prescription. You should talk to your doctor to decide if you should switch to a drug that we cover or request a formulary exception so that we will cover the drug you take. While you talk to your prescriber to determine the right course of action for you, we may cover your drug in certain cases during the first 90 days you are a member of our plan.

For each of your drugs that is not on our formulary or if your ability to get your drugs is limited, we will cover a temporary 30-day supply. If your prescription is written for fewer days, we'll allow refills to provide up to a maximum 30-day supply of medication. After your first 30-day supply, we will not pay for these drugs, even if you have been a member of the plan less than 90 days (unless an exception request has been approved by HealthSun).

If you are a resident of a long-term care facility and you need a drug that is not on our formulary or if your ability to get your drugs is limited, but you are past the first 90 days of membership in our plan, we will cover a 31-day emergency supply of that drug while you pursue a formulary exception.

HealthSun Health Plans transition process will be maintained with respect to: (a) the transition of new members into the plan during the annual election period (b) the transition of newly eligible Medicare members from other coverage into our plan (c) the transition of individuals who switch from one Plan to another after the start of the contract year, (d) members residing in a Long Term care (LTC) Facility (e) current members affected by negative formulary changes from one contract year to the next (f) members who request an exception but there is a failure to issue a timely decision on the request by the end of the transition period (g) members who remain in the same plan for the new plan year and are on a drug that was the result of an exception that was granted in the previous year (h) current members experiencing a level of care change (i) current members entering the LTC setting from other care settings; and (j) current members in a LTC setting requiring an emergency supply of a non formulary drug.

For more information

For more detailed information about your HealthSun Health Plans prescription drug coverage, please review your Evidence of Coverage and other plan materials.

If you have questions about HealthSun Health Plans, please contact us. Our contact information, along with the date we last updated the formulary, appears on the front and back cover pages.

If you have general questions about Medicare prescription drug coverage, please call Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 hours a day/7 days a week. TTY users should call 1 (877) 486-2048. Or, visit www.medicare.gov.

HealthSun Health Plans Formulary

The formulary that begins on the page 14 provides coverage information about the drugs covered by HealthSun Health Plans. If you have trouble finding your drug in the list, turn to the Index that begins on page 86.

The first column of the chart lists the drug name. Brand name drugs are capitalized (e.g., LYRICA CAP) and generic drugs are listed in lower-case italics (e.g., simvastatin tab).

The information in the Requirements/Limits column tells you if HealthSun Health Plans has any special requirements for coverage of your drug.

The information in the table provided below explains the meanings of any symbol or abbreviation used to indicate any utilization management restrictions, excluded Part D drugs that are covered by the plan, drugs that need a Prior Authorization, drugs that require Step Therapy and drugs that require Quantity Limits.

TIER	NAME
1	Preferred Generics
2	Generics
3	Preferred Brands
4	Non-Preferred Brands
5	Specialty Tier
6	Supplemental Brand and Generic

SYMBOL	NAME	DESCRIPTION
90D	90 Day Benefit	This medication is approved for a 90 day supply.
BvD	Part B vs. Part D	This prescription drug may be covered under Medicare Part B or D depending upon the circumstances.
E	Enhanced Drug Coverage	Coverage on drugs excluded from Medicare Part D coverage.
GC	Gap Coverage	This prescription drug is covered during the gap period.
HRM	High Risk Medication	PA required for ages 65 or over.
LA	Limited Access	This prescription drug is limited to certain pharmacies.
MO	Mail Order Eligible	This prescription may be available via mail.
PA	Prior Authorization	You (or your physician) are required to get prior authorization before you fill your prescription for this drug; without prior approval, we may not cover this drug.
QL	Quantity Limit	There is a limit on the amount of this drug that is covered per prescription, or within a specific time frame.
ST	Step Therapy	In some cases, you may be required to first try certain drugs to treat your medical condition before we will cover another drug for that condition.

E: Enhanced Drug Coverage Not Covered under Medicare Part D

This prescription drug is not normally covered in a Medicare Prescription Drug Plan. The amount you pay when you fill a prescription for this drug does not count towards your total drug costs (that is, the amount you pay does not help you qualify for catastrophic coverage). In addition, if you are receiving extra help to pay for your prescriptions, you will not get any extra help to pay for this drug.

LA: Limited Access

This prescription may be available only at certain pharmacies. For more information consult your Pharmacy Directory or call Member Services at (877) 336-2069, seven days a week from 8am to 8pm. TTY users should call (877) 206-0500.

GC: Drug has Gap Coverage

We provide additional coverage of this prescription drug in the coverage gap. Please refer to our Evidence of Coverage for more information about this coverage.

QL: Quantity Limit

Drugs marked quantity limits (QL) for certain drugs will indicate the amount (days' supply or amount dispensed).

Formulario 2019 (Listado de Medicamentos Cubiertos) para HealthSun Health Plans (HMO)

HealthSun Health Plans es un plan de HMO con un contrato de Medicare. La inscripción en HealthSun Health Plans depende de renovación de contrato.

Nota a los miembros existentes: Este formulario ha cambiado desde el año pasado. Examine este documento para asegurarse de que aún contiene los medicamentos que usted toma.

Cuando esta lista de medicamentos (formulario) se refiere a "nosotros," "nos," o "nuestro," quiere decir HealthSun Health Plans. Cuando se refiere al "plan" o "nuestro plan," quiere decir HealthSun Health Plans.

Este documento incluye lista de medicamentos (formulario) para nuestro plan que fue actualizado el 10/09/2018. Para el formulario actualizado, póngase en contacto con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última vez que actualizamos el formulario, aparece en las cubiertas delantera y trasera.

Generalmente, debe utilizar farmacias de red para utilizar su beneficio de medicamentos de receta. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias, y/o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de Enero de 2019, y de vez en cuando durante el año.

¿Qué es el Formulario de HealthSun Health Plans?

Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por HealthSun Health Plans consultando con un equipo de proveedores de atención médica, que representa las terapias de receta que se cree ser necesario de un programa de tratamiento de calidad. Generalmente, HealthSun Health Plans cubrirá los medicamentos enumerados en nuestro formulario siempre que el medicamento sea necesario por motivos médicos, la receta se surta en una farmacia de la red de HealthSun Health Plans y se sigan otras reglas del plan. Para mayor información acerca de cómo surtir sus recetas, examine su Evidencia de Cobertura.

¿Puede cambiar el Formulario (lista de medicamentos)?

Generalmente, si está tomando un medicamento de nuestro formulario de 2019 que estaba cubierto al principio del año, no discontinuaremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura, excepto cuando esté disponible un nuevo medicamento genérico de menor costo, cuando se dé a conocer nueva información acerca de la seguridad o eficacia del medicamento, o el medicamento sea retirado del mercado. (Consulte los puntos a continuación para obtener más información sobre cambios que afectan a los miembros que actualmente toman el medicamento). Otros tipos de cambios al formulario, tales como quitar un medicamento del mismo, no afectarán a los miembros que estén tomando el medicamento actualmente.

Por el resto del año de cobertura, continuará disponible al mismo costo compartido para aquellos miembros que estén tomándolo. A continuación se incluyen cambios en la Lista de medicamentos que también afectarán a los miembros que actualmente toman un medicamento:

- **Nuevos medicamentos genéricos.** Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con un nuevo medicamento genérico que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en un

nivel de costo compartido más bajo y con las mismas restricciones o menos. Además, cuando agreguemos el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos pero inmediatamente moverlo a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones. Si actualmente está tomando ese medicamento de marca, quizás no le informemos con antelación antes de que realicemos el cambio, pero más adelante le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hemos realizado.

- Si realizamos un cambio, usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. El aviso que le proporcionaremos también incluirá información sobre los pasos que puede tomar para solicitar una excepción, y usted también puede encontrar información en la sección a continuación titulada “¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de HealthSun Health Plans?”.
- **Medicamentos retirados del mercado.** Si la Administración de Drogas y Alimentos considera que un medicamento de nuestro Formulario es inseguro o el fabricante del medicamento lo retira del mercado, eliminaremos de inmediato dicho medicamento de nuestro Formulario y les notificaremos a los miembros que toman el medicamento en cuestión.
- **Otros cambios.** Podemos hacer otros cambios que afectan a los miembros que actualmente toman un medicamento. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca que actualmente se encuentre en el Formulario o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o moverlo a un nivel de costo compartido diferente. O bien, podemos hacer cambios en función de las nuevas pautas clínicas. Si retiramos medicamentos de nuestro Formulario, o agregamos autorizaciones previas, restricciones de límite de cantidad o de tratamiento escalonado en un medicamento o si pasamos un medicamento a un nivel superior de costo compartido, debemos notificarles a los miembros afectados por el cambio al menos 30 días antes de que entre en vigencia dicho cambio, o cuando el miembro solicite un resurtido del medicamento, momento en el cual el miembro recibirá un suministro del medicamento para 30 días.

El Formulario adjunto está al día 10/09/2018. Para recibir información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por HealthSun Health Plans, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en las páginas de la portada y la portada posterior. En caso de que se realice a mitad de año un cambio en el formulario no relacionado con su mantenimiento, HealthSun Health Plans deberá actualizar el formulario y avisarles a los miembros sobre dicho cambio. Es posible que esta información se encuentre en nuestro sitio web, www.HealthSun.com.

¿Cómo se utiliza el Formulario?

Hay dos maneras de encontrar su medicamento en el formulario:

Condición Médica

El Formulario empieza en la página 14. Los medicamentos de este formulario están agrupados en categorías según el tipo de condición médica para el tratamiento de la cual se utilizan. Por ejemplo, los medicamentos que se utilizan para tratar una condición cardíaca se enumeran bajo la categoría, “agentes cardiovasculares”. Si sabe para qué se utiliza su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que empieza en la página 14. Después, busque su medicamento bajo el nombre de la categoría.

Lista Alfabética

Si no está seguro de la categoría bajo la cual buscar, debe buscar su medicamento en el Índice que empieza en la página 86. El Índice da una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. Tanto los medicamentos de marca como los genéricos se enumeran en el Índice. Mire en el Índice para encontrar su medicamento. Al lado de su medicamento verá el número de la página donde puede encontrar información de 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 medicamentos genéricos?

HealthSun Health Plans cubre tanto medicamentos de marca como los medicamentos genéricos. Un medicamento genérico está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) indicando que tiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Generalmente, los medicamentos genéricos cuestan menos que los medicamentos de marca.

¿Hay restricciones en mi cobertura?

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

- **Autorización Previa (PA):** HealthSun Health Plans requiere que usted o su médico obtenga previa autorización para ciertos medicamentos. Esto quiere decir que necesitará obtener la aprobación del plan antes de surtir sus recetas. Si no obtiene aprobación, es posible que el plan no cubra el medicamento.
- **Límites de Cantidad (QL):** Para ciertos medicamentos, HealthSun Health Plans limita la cantidad de medicamento que cubrirá el plan. Por ejemplo, el plan proporciona 30 caps/mensual por receta para SPIRIVA HANDIHALER CAP. Esto puede ser además de un suministro estándar de un mes o tres meses.
- **Terapia escalonada (ST):** En algunos casos, HealthSun Health Plans requiere que pruebe primero ciertos medicamentos para tratar su condición médica antes de que cubramos otro medicamento para esa condición. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B ambos tratan su condición médica, es posible que el plan no cubra el Medicamento B a menos que pruebe primero el Medicamento A. Si el Medicamento A no le va bien, el plan cubrirá entonces el Medicamento B.

Puede averiguar si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales mirando en el formulario que empieza en la página 14. También puede obtener más información acerca de las restricciones aplicadas a medicamentos específicos cubiertos visitando nuestro sitio web. Hemos publicado documentos en nuestro sitio web que explican nuestra autorización previa y terapia en pasos. También puede pedirnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto y la fecha de la última actualización aparecen en la primera página y en la última página del formulario.

Puede pedirle a HealthSun Health Plans que haga una excepción a estas restricciones o límites, o pedirle una lista de otros medicamentos parecidos que puedan tratar su condición médica. Vea la sección, "¿Cómo se solicita una excepción al Formulario de HealthSun Health Plans?" en la página 10 para ver información acerca de la manera de solicitar una excepción.

¿Qué son medicamentos que no necesitan receta (OTC)?

Los medicamentos OTC son medicamentos que no necesitan receta que, generalmente, no están cubiertos por un Plan de Medicamentos de Receta de Medicare. HealthSun Health Plans paga ciertos medicamentos OTC. Nuestro plan proveerá estos medicamentos OTC sin costo para usted. El costo para nuestro plan de estos medicamentos OTC no contará para sus costos totales de medicamentos de Parte D (es decir, la cantidad que paga usted no cuenta para la falta de cobertura).

¿Qué pasa si mi medicamento no está en el Formulario?

Si su medicamento no está incluido en este formulario (lista de medicamentos cubiertos), lo primero que debe hacer es ponerse en contacto con Servicios de Miembros y preguntar si está cubierto su medicamento.

Si averigua que HealthSun Health Plans no cubre su medicamento, tiene dos opciones:

- Puede pedirle al Departamento de Servicio al Miembro una lista de medicamentos similares cubiertos por HealthSun Health Plans. Al recibir la lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por HealthSun Health Plans.
- Le puede pedir al plan que haga una excepción y cubra su medicamento. Vea la información que aparece a continuación para ver cómo solicitar una excepción.

¿Cómo se solicita una excepción al Formulario de HealthSun Health Plans?

Le puede pedir al plan que haga una excepción a nuestras reglas de cobertura. Hay varios tipos de excepciones que puede pedirnos que hagamos.

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento aún si no está en nuestro formulario. Si se aprueba, este medicamento se cubrirá a un nivel predeterminado de costo compartido, y usted no podrá pedirnos que proporcionemos el medicamento a un nivel más bajo de costo compartido.
- Puede pedirnos que cubramos un medicamento del formulario a un nivel más bajo de costo compartido si este medicamento no está en el nivel de especialidad. Si se aprueba, esto reduciría la cantidad que debe pagar usted por su medicamento.
- Puede pedirnos que demos una excepción para las restricciones o límites de cobertura de su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, el plan limita la cantidad de medicamento que cubrimos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede pedirnos que otorguemos una exención para el límite y que cubramos una cantidad mayor.

Generalmente, HealthSun Health Plans solamente aprobará su solicitud de excepción si los medicamentos de alternativa incluidos en el formulario del plan, el medicamento de costo compartido más bajo o las restricciones de utilización adicionales no serían tan efectivas en el tratamiento de su condición y/o harían que usted tuviera efectos médicos adversos.

Debe ponerse en contacto con nosotros para pedirnos una decisión de cobertura inicial para una excepción al formulario, al nivel de medicamentos o de las restricciones de utilización. **Cuando solicite una excepción al formulario, al nivel de medicamento o de restricciones de utilización, debe presentar una declaración de su recetador o médico apoyando su solicitud.** Generalmente, tenemos que tomar una decisión dentro de las 72 horas siguientes a recibir la declaración de apoyo de su recetador. Puede solicitar una excepción acelerada (rápida) si usted o su médico cree que su salud podría verse severamente dañada si espera 72 horas para recibir una decisión. Si su solicitud de acelerar se concede, debemos darle una decisión no más de 24 horas después de recibir una declaración de apoyo de su médico u otro recetador.

¿Qué hago antes de poder hablar con mi médico acerca de cambiar mis medicamentos o solicitar una excepción?

Como miembro nuevo o permanente en nuestro plan, puede que esté tomando medicamentos que no estén en nuestro formulario. O puede que esté tomando un medicamento que esté en el formulario pero su habilidad de obtenerlo sea limitada. Por ejemplo, puede que necesite autorización previa nuestra antes de poder surtir su receta. Debe hablar con su médico para decidir si debería cambiar a un medicamento apropiado que cubramos o solicitar una excepción al formulario para que cubramos el medicamento que toma. Mientras habla con su médico para determinar el rumbo correcto que seguir, puede que cubramos su medicamento en ciertos casos durante los primeros 90 días que sea miembro de nuestro plan.

Para cada uno de los medicamentos que no están incluidos en el Formulario o si su capacidad para conseguir los medicamentos es limitada, cubriremos un suministro temporal para 30 días. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos que realice resurtidos por un máximo de hasta 30 días del medicamento. Después del primer suministro para 30 días, no seguiremos pagando estos medicamentos, incluso si ha sido miembro del plan durante menos de 90 días.

Si es residente de un centro de atención a largo plazo y necesita un medicamento que no está en el Formulario o si su capacidad para conseguir los medicamentos es limitada, pero ya pasaron los primeros 90 días de membresía en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia del medicamento para 31 días mientras solicita la excepción al formulario.

El procedimiento de transición de HealthSun Health Plans se mantendrá en lo que concierne a: (a) la transición de miembros nuevos al plan durante el periodo de elección anual; (b) la transición de miembros de Medicare que acaban de hacerse elegibles, que pasan de otra cobertura a nuestro plan; (c) la transición de personas que se cambian de un plan a otro después de que se inicia el año del contrato; (d) los miembros que residen en un centro de atención a largo plazo; (e) miembros actuales que se ven afectados por cambios negativos en el formulario que se dan de un año del contrato al siguiente; (f) miembros que solicitan una excepción, y para la cual no se emite una decisión oportuna al final del periodo de transición; (g) miembros que permanecen en el mismo plan para el año del plan nuevo, y que están tomando un medicamento que fue provisto como resultado de una excepción que se otorgó en el año anterior; (h) miembros actuales que experimentan un cambio en el nivel de atención; (i) miembros actuales que ingresan en el centro de atención a largo plazo provenientes de otros centros de atención; y (j) miembros actuales que están en un centro de atención a largo plazo y que requieren un suministro de emergencia de un medicamento que no está incluido en el formulario.

Para mayor información

Para obtener información más detallada acerca de su cobertura de medicamentos de receta de HealthSun Health Plans, examine su Evidencia de Cobertura y otros materiales del plan.

Si tiene preguntas acerca de HealthSun Health Plans, póngase en contacto con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del vademécum, aparece en las cubiertas delantera y trasera.

Si tiene preguntas generales acerca de la cobertura de medicamentos de receta de Medicare, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 horas al día / 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1 (877) 486-2048. O visite www.medicare.gov.

Formulario de HealthSun Health Plans

El formulario a continuación que comienza en la página 14 proporciona información de cobertura acerca de los medicamentos cubiertos por HealthSun Health Plans. Si tiene dificultades para encontrar su medicamento en la lista, vaya al Índice que comienza en la página 86.

La primera columna de la tabla indica el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca están en letras mayúsculas (por ejemplo LYRICA CAP,) y los medicamentos genéricos aparecen en cursiva minúscula (por ejemplo, simvastatin tab).

La información de la columna de Requisitos/Límites le dice si HealthSun Health Plans tiene algún requisito especial para la cobertura de su medicamento.

La información proporcionada en la tabla a continuación le explica el significado de cualquier símbolo o abreviatura usada para indicar cualquier restricciones de gestión de utilización, medicamentos excluidos por la parte D que están cubiertos por el plan, los medicamentos que necesitan una autorización previa, medicamentos que requieren terapia escalonada y medicamentos que requieren límites de cantidad.

Nivel	Nombre
1	Medicamentos genéricos preferidos
2	Medicamentos genéricos
3	Medicamentos de marcas preferidas
4	Medicamentos de marcas no preferidas
5	Medicamentos especializados
6	Medicamentos con mayor cobertura (no ofrecidos por la Parte D)

SÍMBOLO	NOMBRE	DESCRIPCIÓN
90D	Beneficio de 90 días	Este medicamento esta aprobado para un suministro de 90 días cuando obtiene su receta.
BvD	Parte B vs. Parte D	Este medicamento puede estar cubierto bajo Medicare Parte B or D, dependiendo las circunstancias.
E	Mayor cobertura para medicamentos	Cobertura de medicamentos excluidos por la Parte D de Medicare.
GC	Etapa sin cobertura	Este medicamento recetado esta cubierto durante la "etapa de falta de cobertura".
HRM	Medicamentos de alto riesgo	(Mayores de 65 años requieren autorizacion previa (PA).

SÍMBOLO	NOMBRE	DESCRIPCIÓN
LA	Acceso limitado	Este medicamento por receta está limitado a ciertas farmacias.
MO	Elegible para pedido por correo	Este medicamento puede que sea disponible por correo.
PA	Autorización previa	Usted (o a su doctor) se le requiere autorización previa antes de llenar la receta de este medicamento. Sin autorización previa no podemos cubrir este medicamento.
QL	Límites de cantidad	Hay un límite en la cantidad cubierta para este medicamento, o un marco de tiempo específico.
ST	Terapia escalonada	En algunos casos, quizás usted tenga que traer primero cierto medicamento para su condición médica, antes de nosotros aprobar otro medicamento para esa condición.

E: Mayor cobertura para medicamentos que no son ofrecidos por Medicare Parte D

Este medicamento con receta, generalmente, no está cubierto en un plan de medicamentos con receta de Medicare. El monto que paga cuando obtiene uno de estos medicamentos con receta no se tiene en cuenta en sus costos totales de medicamentos (es decir, el monto que usted paga no lo ayuda a calificar para la cobertura en situaciones catastróficas). Además, si recibe ayuda adicional para pagar sus medicamentos con receta, no recibirá ninguna ayuda adicional para pagar este medicamento.

LA: Acceso limitado

Estos medicamentos con receta pueden estar disponibles solo en ciertas farmacias. Para mas información consulta con nuestro directorio de farmacias o llama a nuestro departamento de Servicios para Miembros al 1 (877) 336-2069. Usuarios de TTY deben llamar al 1 (877)-206-0500. Nuestro horario de operación son 7 días a la semana de 8 am a 8 pm.

GC: Medicamento cubierto en la etapa de falta de cobertura

Proporcionamos cobertura adicional para este medicamento con receta durante el período sin cobertura. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información sobre esta cobertura.

QL: Límite de cantidad

Drogas marcada límites de cantidad (QL) para ciertos medicamentos le indicará la cantidad (cantidad dispensada o suministro días).

Notice of Non-Discrimination

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

- 1) HealthSun provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters.
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- 2) HealthSun provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, contact our Member Services Department at 877-336-2069. TTY 877-206-0500. If you believe that HealthSun has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with:

Grievance Department
3250 Mary Street, Suite 400,
Coconut Grove, FL 33133,
T. 877-336-2069 (TTY: 877-206-0500)
F. 305-234-9275
E-mail: HScivilrights@healthsun.com

You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, Member Services is available to help you. You can also file a civil rights complaint electronically with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 800-368-1019, (TDD: 800-537-7697). Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Discriminación Es Contra La Ley

HealthSun Health Plans cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. HealthSun no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

- 1) HealthSun proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- 2) HealthSun proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - intérpretes capacitados
 - información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, llame a nuestro departamento de Servicios al Miembro al teléfono 877-336-2069. TTY 877-206-0500. Si considera que HealthSun no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo al siguiente:

Departamento de Quejas
3250 Mary Street, Suite 400,
Coconut Grove, FL 33133,
T. 877-336-2069 (TTY: 877-206-0500) F. 305-234-9275
E-mail: HScivilrights@healthsun.com

Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, el departamento de Servicios al Miembro está a su disposición para brindársela. También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios de EE. UU. de manera electrónica a través del Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building Washington, DC 20201 800-368-1019, (TDD: 800-537-7697). Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Multi-language Interpreter Services / Servicios de Intérprete Multilingüe

English: ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500).

Español (Spanish) ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500).

Kreyòl Ayisyen (French Creole) ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500).

Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500).

Português (Portuguese) ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500).

繁體中文 (Chinese) 注意: 如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500)。

Français (French) ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-877-336-2069 (ATS: 1-877-206-0500).

Tagalog (Tagalog – Filipino) PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500).

Русский (Russian) ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-877-336-2069 (телетайп: 1-877-206-0500).

العربية (Arabic) ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-877-336-2069 (رقم هاتف الصم والبكم: 1-877-206-0500).

Italiano (Italian) ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500).

Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500).

한국어 (Korean) 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500) 번으로 전화해 주십시오.

Polski (Polish) UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500).

ગુજરાતી (Gujarati) સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500).

ภาษาไทย (Thai) เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500).

H5431_MLI8MIB Accepted



3250 Mary Street, Suite 400
Coconut Grove, FL 33133
877-336-2069 | 877-206-0500 (TTY)
www.HealthSun.com

Medicare^{Rx}
Prescription Drug Coverage

PLEASE READ: THIS DOCUMENT CONTAINS INFORMATION ABOUT THE DRUGS WE COVER IN THIS PLAN. LEA LO SIGUIENTE: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN ACERCA DE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN. **ID 19482 v.8, ID 19485 v.8, ID 19487 v.8.** This formulary was updated on **10/09/2018**. For more recent information or other questions, please contact HealthSun Health Plans at 877-336-2069 or, for TTY users, 877-206-0500, Monday through Friday from 8:00 am to 8:00 pm, or visit www.HealthSun.com. Este formulario se actualizó **10/09/2018**. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con HealthSun Health Plans al 877-336-2069 o, para usuarios de TTY, al 877-206-0500, de lunes a viernes de 8:00 am a 8:00 pm, o visite www.HealthSun.com.