

Community Advantage Plus (HMO D-SNP), un plan Medicare de Medi-Cal

Lista de Medicamentos Cubiertos de 2026 (Lista de Medicamentos o Formulario)

**POR FAVOR LEA: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN SOBRE
LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN**

Identificación del Formulario: 26354

Versión: 1

Esta lista de medicamentos se actualizó el 08/01/2025.

Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, contáctenos al 1-888-484-1412 (TTY 1-888-671-3263) las 24 horas del día, los 7 días de la semana o visite www.chpiv.org.

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY 1-888-671-3263). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

08/01/2025

Introducción

Este documento se denomina *Lista de Medicamentos Cubiertos* (también conocida como Lista de Medicamentos). Le dice qué medicamentos y los artículos están cubiertos por Community Advantage Plus. La *Lista de Medicamentos* también le indica si existen reglas o restricciones especiales sobre los medicamentos cubiertos por Community Advantage Plus. Los términos clave y sus definiciones aparecen en el último capítulo del *Manual del Participante*.

Tabla de Contenido

A. Descarga de Responsabilidad	4
B. Preguntas Más Frecuentes (FAQ)	10
B1. ¿Qué medicamentos recetados están en la Lista de Medicamentos Cubiertos? (Llamamos a la <i>Lista de Medicamentos Cubiertos</i> la “ <i>Lista de Medicamentos</i> ” para abreviar).	11
B2. ¿Cambia alguna vez la <i>Lista de Medicamentos</i> ?	11
B3. ¿Qué sucede cuando hay un cambio en la <i>Lista de Medicamentos</i> ?	12
B4. ¿Existen restricciones o límites en la cobertura de medicamentos o alguna acción requerida para obtener ciertos medicamentos?	14
B5. ¿Cómo sabré si el medicamento que quiero tiene límites o si se requieren acciones para obtenerlo?	14
B6. ¿Qué sucede si Community Advantage Plus cambia sus reglas sobre cómo cubren algunos medicamentos (por ejemplo, autorización previa, límites de cantidad y/o restricciones de terapia escalonada)?	15
B7. ¿Cómo puedo encontrar un medicamento en la <i>Lista de Medicamentos</i> ?	15
B8. ¿Qué pasa si el medicamento que quiero tomar no está en la <i>Lista de Medicamentos</i> ?	15
B9. ¿Qué pasa si soy un nuevo participante de Community Advantage Plus y no puedo encontrar mi medicamento en la <i>Lista de Medicamentos</i> o tengo un problema para conseguirlo?	16
B10. ¿Puedo solicitar una excepción para cubrir mi medicamento?	17
B11. ¿Cómo puedo pedir una excepción?	17
B12. ¿Cuánto tiempo se tarda en obtener una excepción?	17
B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?	18

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY 1-888-671-3263). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

B14. ¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?	18
B15. ¿Community Advantage Plus cubre productos OTC no farmacológicos?	18
B16. ¿Community Advantage Plus cubre el suministro de recetas a largo plazo?	19
B17. ¿Puedo recibir recetas en mi casa enviadas por mi farmacia local?	19
B18. ¿Cuál es mi copago?	19
C. Descripción general de la Lista de Medicamentos Cubiertos	19
C1. Lista de Medicamentos según la Condición Médica	20
D. Índice de Medicamentos Cubiertos	23

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY 1-888-671-3263). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

A. Descarga de Responsabilidad

Esta es una lista de medicamentos que los participantes pueden obtener en Community Advantage Plus.

- ❖ Community Advantage Plus (HMO D-SNP) es un plan de salud HMO D-SNP con un contrato con Medicare y un contrato con el programa Medi-Cal. La inscripción en Community Advantage Plus depende de la renovación del contrato.
- ❖ Siempre puede consultar *la Lista actualizada de medicamentos cubiertos de Community Advantage Plus* en línea en www.chpiv.org o llamando al 1-888-484-1412. Esta llamada es gratuita.
- ❖ Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame al 1-888-484-1412, TTY 1-888-671-3263. La llamada es gratuita.
- ❖ Este documento está disponible de forma gratuita en español.

Aviso de Disponibilidad de Servicios de Asistencia Lingüística, Ayudas y Servicios Auxiliares

ATTENTION: If you need help in your language, call 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263). These services are free of charge.

العربية (Arabic)

تنبيه: إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بلغتك، اتصل بالرقم 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات بطريقة برايل والطباعة الكبيرة. اتصل بالرقم (TTY: 1-888-484-1412) 1-888-671-3263 هذه الخدمات مجانية.

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY 1-888-671-3263). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

Հայերեն (Armenian)

ՈւՆԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ անհրաժեշտ է օգնություն Ձեր լեզվով, գանգահարեք 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263): Հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, ինչպիսիք են բրայլյան փաստաթղթերը և խոշոր տպագրությունները, նաև մատչելի են օգնություններ և ծառայություններ: Զանգահարեք 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263): Այս ծառայությունները անվճար են:

ខ្មែរ (Cambodian)

សូមប្រុងប្រយ័ត្ន: ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសាសាសនាសម្រាប់អ្នកសូមទូរស័ព្ទ 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263)។ ការជួយសម្រាប់មនុស្សជាតិការដូចជា ឯកសារជាភាសាប្រែល និងឯកសារសរសេរជាអក្សរធំ ក៏អាចប្រើបានផងដែរ។ សូមទូរស័ព្ទ 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263)។ សេវាកម្មទាំងនេះមានដោយឥតគិតថ្លៃ។

繁體中文 (Traditional Chinese)

注意: 如果您需要以您的语言获得帮助, 请拨打 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263)。为残障人士提供的帮助和服务(如盲文和大字体文档)也可获得。请拨打 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263)。这些服务是免费的。

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY 1-888-671-3263). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.chpiv.org.

(Farsi) فارسی

توجه: اگر به کمک به زبان خود نیاز دارید، با شماره 1-888-484-1412 تماس بگیرید. (TTY: 1-888-671-3263) کمک‌ها و خدمات برای افراد دارای معلولیت، مانند اسناد به خط بریل و چاپ بزرگ، نیز در دسترس هستند. با شماره 1-888-484-1412 تماس بگیرید. (TTY: 1-888-671-3263) این خدمات رایگان هستند.

हिन्दी (Hindi)

ध्यान दें: यदि आपको अपनी भाषा में मदद की आवश्यकता है, तो 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263) पर कॉल करें। विकलांग लोगों के लिए सहायक और सेवाएं, जैसे ब्रेल में दस्तावेज़ और बड़े प्रिंट में दस्तावेज़, भी उपलब्ध हैं। 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263) पर कॉल करें। ये सेवाएं निःशुल्क हैं।

Hmoob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab rau koj hom lus, hu rau 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263). Kev pab thiab kev pabcuam rau cov neeg muaj kev xiam oob khab, xws li cov ntaub ntawv nyob rau hauv braille thiab cov ntawv loj, kuj muaj. Hu rau 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263). Cov kev pabcuam no yog pub dawb.

日本語 (Japanese)

注意: ご自身の言語で支援が必要な場合は、1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263) にお電話ください。点字や大文字の印刷物など、障害のある方のための支援やサービスも利用できます。1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263) にお電話ください。これらのサービスは無料です。

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY 1-888-671-3263). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

한국어 (Korean)

주의: 귀하의 언어로 도움이 필요하시면 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263) 으로 전화하십시오. 점자 및 큰 활자 인쇄물과 같은 장애인을 위한 지원 및 서비스도 제공됩니다. 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263) 으로 전화하십시오. 이 서비스는 무료입니다.

ພາສາລາວ (Laotian)

ໂປດສ ງູເກດ:

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານ,

ໂທ 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263).

ການຊ່ວຍເຫຼືອ

ແລະ ການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ, ເຊັ່ນ

ເອກະສານເປັນແບຣອຍ

ແລະ ເອກະສານພິມຕົວໃຫຍ່, ກໍ່ມີໃຫ້ບໍລິການ. ໂທ

1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263).

ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນຟຣີ.

Mien

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih
qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac
nor douc waac daaih lorx taux 1-888-484-1412 (TTY:
1-888-671-3263). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux
nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv
taux longc benx nzangc-pokc bun hlou mbiutc aengx
caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzaih
bun longc. Douc waac daaih lorx 1-888-484-1412 (TTY:
1-888-671-3263). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-
louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY 1-888-671-3263).
Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite www.chpiv.org.

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ
 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਬਰੇਲ
 ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਅੱਖਰਾਂ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਵਰਗੇ ਅਪੰਗਤਾ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ
 ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ 1-888-484-1412
 (TTY: 1-888-671-3263)। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫ਼ਤ ਹਨ।

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ: Если вам нужна помощь на вашем
 языке, позвоните по номеру 1-888-484-1412 (TTY:
 1-888-671-3263). Также доступны вспомогательные
 средства и услуги для людей с ограниченными
 возможностями, такие как документы на шрифте
 Брайля и крупным шрифтом. Звоните по номеру
 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263). Эти
 услуги бесплатны.

Español (Spanish)

ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma, llame
 al 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263). También
 están disponibles ayudas y servicios para personas con
 discapacidades, como documentos en braille y en letra
 grande. Llame al 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263).
 Estos servicios son gratuitos.

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY 1-888-671-3263).
 Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite www.chpiv.org.

Tagalog (Filipino)

PANSIN: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263). Ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malalaking print, ay makukuha rin. Tumawag sa 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263). Ang mga serbisyong ito ay libre.

ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือในภาษาของคุณ กรุณาโทร 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263) มีบริการช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้พิการ เช่น เอกสารในรูปแบบอักษรเบรลล์และตัวพิมพ์ใหญ่ ก็มีให้บริการเช่นกัน โทร 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263) บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

Українська (Ukrainian)

УВАГА: Якщо вам потрібна допомога вашою мовою, зателефонуйте за номером 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263). Також доступні допоміжні засоби та послуги для людей з інвалідністю, такі як документи шрифтом Брайля та великим шрифтом. Зателефонуйте за номером 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263). Ці послуги є безкоштовними.

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY 1-888-671-3263). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu ông/bà cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, xin gọi số 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263). Các hỗ trợ và dịch vụ cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi braille và bản in lớn, cũng có sẵn. Xin gọi số 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263). Các dịch vụ này hoàn toàn miễn phí.

- ❖ Cuando se comunique con uno de nuestros Representantes del Departamento de Servicio al Cliente, se le solicitará su idioma preferido (distinto del inglés) o cualquier otro formato alternativo. Esta información se guardará en su cuenta de participante como una solicitud permanente para futuros correos y comunicaciones. Si en el futuro decide cambiar esta solicitud permanente por el idioma y/o formato preferido, comuníquese con el Departamento de Servicio al Cliente al 1-888-484-1412, los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-671-3263, estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

B. Preguntas Más Frecuentes (FAQ)

Encuentre aquí respuestas a las preguntas que tenga sobre esta *Lista de Medicamentos Cubiertos* (*Lista de Medicamentos*). Puede leer todas las preguntas frecuentes para obtener más información o buscar una pregunta y respuesta.

B1. ¿Qué medicamentos recetados están en la Lista de Medicamentos Cubiertos? (Llamamos a la *Lista de Medicamentos Cubiertos* la “*Lista de Medicamentos*” para abreviar).

Los medicamentos de la *Lista de Medicamentos* que comienza en la **Sección C1** son los medicamentos cubiertos por Community Advantage Plus. Los medicamentos están disponibles en las farmacias de nuestra red. Una farmacia está en nuestra red si tenemos un acuerdo con ellos para trabajar con nosotros y brindarle servicios. Nos referimos a estas farmacias como “farmacias de la red”.

Otros medicamentos, como los de venta libre (OTC) y determinadas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) para más información. También puede llamar al Departamento de Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al 800-977-2273. Traiga su Tarjeta de Identificación de Beneficiario (BIC) de Medi-Cal cuando le surtan recetas a través de Medi-Cal Rx.

- Community Advantage Plus cubrirá todos los medicamentos médicamente necesarios en la Lista de Medicamentos si:
 - su médico u otra persona que receta dice que los necesita para mejorar o mantenerse saludable,

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY 1-888-671-3263). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

- Community Advantage Plus acepta que el medicamento es médicamente necesario para usted, **y**
- usted llena la receta en una farmacia de la red Community Advantage Plus.
- En algunos casos, debe hacer algo antes de poder obtener un medicamento. Consulte la pregunta B4 para más información.

También puede encontrar una lista actualizada de los medicamentos que cubrimos en nuestro sitio web en www.chpiv.org o llamar al Departamento de Servicio al Cliente al 1-888-484-1412, TTY 1-888-671-3263.

B2. ¿Cambia alguna vez la *Lista de Medicamentos*?

Sí, y Community Advantage Plus debe seguir las reglas de Medicare y Medi-Cal al realizar cambios. Podemos agregar o quitar medicamentos de la *Lista de Medicamentos* durante el año.

Es posible que cambiemos nuestras reglas sobre los medicamentos. Por ejemplo, podríamos:

- Decidir si requiere o no la autorización previa para un medicamento. (La autorización previa es el permiso de Community Advantage Plus antes de que pueda obtener un medicamento).
- Agregar o cambiar la cantidad de un medicamento que puede obtener (los llamados límites de cantidad).
- Agregar o cambiar restricciones de terapia escalonada en un medicamento. (La terapia escalonada significa que debe probar un medicamento antes de que cubramos otro).

Para más información sobre estas reglas de medicamentos, consulte la pregunta B4.

Si está tomando un medicamento que estaba cubierto a **principios** de año, generalmente no eliminaremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año** a menos que:

- salga al mercado un nuevo medicamento más barato que funciona tan bien como un medicamento de la *Lista de Medicamentos* actual, o
- nos enteramos de que un medicamento no es seguro, o
- un medicamento es retirado del mercado.

Las preguntas B3 y B6 a continuación tienen más información sobre lo que sucede cuando cambia la *Lista de Medicamentos*.

- Siempre puede consultar la *Lista de Medicamentos* actualizada de Community Advantage Plus en línea en www.chpiv.org. Las actualizaciones de la *Lista de Medicamentos* se publican en el sitio web mensualmente.
- También puede llamar al Departamento de Servicio al Cliente al 1-888-484-1412 y TTY 1-888-671-3263 para consultar la *Lista de Medicamentos* actual.

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY 1-888-671-3263). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

B3. ¿Qué sucede cuando hay un cambio en la *Lista de Medicamentos*?

Algunos cambios a la *Lista de Medicamentos* ocurrirán **inmediatamente**. Por ejemplo:

- **Sustituciones de ciertas nuevas versiones de medicamentos.** Podemos eliminar inmediatamente los medicamentos de la Lista de Medicamentos si los reemplazamos con ciertas versiones nuevas de ese medicamento, pero el costo del nuevo medicamento seguirá siendo \$0. Cuando agregamos una nueva versión de un medicamento, también podemos decidir mantener el medicamento de marca o el producto biológico original en la lista, pero cambiar sus reglas o límites de cobertura.
 - Es posible que no le informemos antes de realizar este cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico que realizamos una vez que ocurra.
 - Podemos realizar estos cambios solo si el medicamento que estamos agregando:
 - es una nueva versión genérica de un medicamento de marca, o
 - es una nueva versión biosimilar determinada de productos biológicos originales en la *Lista de Medicamentos* (por ejemplo, agregar un biosimilar intercambiable que pueda sustituir a un producto biológico original sin una nueva receta).
 - Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para obtener más información, consulte **la Sección B14**.
 - Usted o su proveedor pueden solicitar una excepción a estos cambios. Le enviaremos un aviso con los pasos que puede seguir para solicitar una excepción. Consulte las preguntas B10-B12 para obtener más información sobre las excepciones.
- **Eliminar medicamentos inseguros y otros medicamentos que se retiran del mercado.** A veces, un medicamento puede resultar inseguro o retirarse del mercado por otro motivo. Si esto sucede, podemos retirarlo inmediatamente de la Lista de Medicamentos. Si está tomando el medicamento, le enviaremos un aviso después de que realicemos el cambio. Si le informamos que la FDA ha retirado de la Lista de Medicamentos un medicamento que usted ha estado retirando por razones de seguridad, debe comunicarse con su médico lo antes posible para analizar otros medicamentos que pueda tomar para su afección.

Es posible que hagamos otros cambios que afecten a los medicamentos que toma. Le informaremos con antelación sobre estos otros cambios en la *Lista de Medicamentos*. Estos cambios pueden suceder si:

- La FDA proporciona nuevos lineamientos o existen nuevos lineamientos clínicos sobre un medicamento.
- eliminamos un medicamento de marca de la Lista de Medicamentos cuando agregamos un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado, o
- eliminamos un producto biológico original al agregar un biosimilar, o
- cambiamos las reglas o límites de cobertura para el medicamento de marca.

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY 1-888-671-3263). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

Cuando se produzcan estos cambios, haremos lo siguiente:

- informarle al menos 30 días antes de que hagamos el cambio a la Lista de Medicamentos o
- le informamos y le entregamos un suministro para 31 días después de que pida un resurtido del medicamento.

Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otra persona que le receta. Él o ella lo ayudará a decidir lo siguiente:

- si hay un medicamento similar en la Lista de Medicamentos que puede tomar en su lugar, o
- si debe solicitar una excepción a estos cambios. Para más información sobre las excepciones, consulte las preguntas B10-B12.

B4. ¿Existen restricciones o límites en la cobertura de medicamentos o alguna acción requerida para obtener ciertos medicamentos?

Sí, algunos medicamentos tienen reglas de cobertura o tienen límites en la cantidad que puede obtener. En algunos casos, usted, su médico u otra persona que le recete deben hacer algo antes de que pueda obtener el medicamento. Por ejemplo:

- **Autorización Previa:** Para algunos medicamentos, usted, su médico u otro profesional que receta deben obtener autorización de Community Advantage Plus antes de surtir su receta. La autorización previa es diferente a una derivación. Es posible que Community Advantage Plus no cubra el medicamento si no obtiene autorización previa.
- **Límites de Cantidad:** A veces, Community Advantage Plus limita la cantidad de un medicamento que puede obtener.
- **Terapia escalonada:** A veces, Community Advantage Plus requiere que usted realice una terapia escalonada. Esto significa que tendrás que probar medicamentos en un orden determinado para tu condición médica. Es posible que tenga que probar un medicamento antes de que cubramos otro. Si su médico considera que el primer medicamento no funciona para usted, entonces cubriremos el segundo.

Puede averiguar si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales consultando las tablas de la **Sección C1**. También puede obtener más información visitando nuestro sitio web en www.chpiv.org. Hemos publicado documentos en línea que explican nuestras restricciones de autorización previa y terapia escalonada. También puede pedir que le enviemos una copia.

Puede solicitar una excepción a estos límites. Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otra persona que le receta. Pueden ayudarle a decidir si hay un medicamento similar en la *Lista de Medicamentos* que pueda tomar en su lugar o si debe solicitar una excepción. Consulte las preguntas B10-B12 para más información sobre las excepciones.

B5. ¿Cómo sabré si el medicamento que quiero tiene límites o si se requieren acciones para obtenerlo?

La tabla en la sección titulada “Lista de Medicamentos por Condición Médica” tiene una columna denominada “Acciones necesarias, restricciones o límites de uso”.

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY 1-888-671-3263). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

B6. ¿Qué sucede si Community Advantage Plus cambia sus reglas sobre cómo cubren algunos medicamentos (por ejemplo, autorización previa, límites de cantidad y/o restricciones de terapia escalonada)?

En algunos casos, le informaremos con anticipación si agregamos o modificamos la autorización previa, los límites de cantidad y/o las restricciones de terapia escalonada de un medicamento. Consulte la pregunta B3 para obtener más información sobre este aviso anticipado y las situaciones en las que es posible que no podamos informarle con anticipación cuando cambien nuestras reglas sobre los medicamentos en la *Lista de Medicamentos*.

B7. ¿Cómo puedo encontrar un medicamento en la *Lista de Medicamentos*?

Hay dos formas de encontrar un medicamento:

- puede buscar por orden alfabético **O**
- puede buscar por condición médica.

Para buscar **alfabéticamente**, busque su medicamento en la sección del Índice de Medicamentos Cubiertos. Puede encontrarlo en la página I-1.

Para buscar **por condición médica**, busque la sección denominada “Lista de Medicamentos por Condición Médica”. Los medicamentos de esta sección están agrupados en categorías según el tipo de afecciones médicas que se utilizan para tratar. Por ejemplo, si tiene una afección cardíaca, debe buscar en la categoría Agentes Cardiovasculares. Ahí es donde encontrará medicamentos que tratan enfermedades del corazón.

B8. ¿Qué pasa si el medicamento que quiero tomar no está en la *Lista de Medicamentos*?

Si no encuentra su medicamento en la *Lista de Medicamentos*, llame al Departamento de Servicio al Cliente al 1-888-484-1412 (TTY 1-888-671-3263) y pregunte al respecto. Si se entera de que Community Advantage Plus no cubrirá el medicamento, puede hacer una de estas cosas:

- Pregunte al Departamento de Servicio al Cliente o a su Coordinador de Casos por una lista de medicamentos como el que desea tomar. Luego, muéstrole la lista a su médico u otro profesional que extiende sus recetas. Pueden recetarle un medicamento de la *Lista de Medicamentos* que sea similar al que usted desea tomar. **O**
- Pídale a Community Advantage Plus que haga una excepción para cubrir su medicamento. Consulte las preguntas B10-B12 para más información sobre las excepciones.

B9. ¿Qué pasa si soy un nuevo participante de Community Advantage Plus y no puedo encontrar mi medicamento en la *Lista de Medicamentos* o tengo un problema para conseguirlo?

Podemos ayudar. Es posible que cubramos un suministro temporal de 31 días de su medicamento durante los primeros 90 días que sea participante de Community Advantage Plus. Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otra persona que le receta. Pueden ayudarle a decidir si hay un medicamento similar en la *Lista de Medicamentos* que pueda tomar en su lugar o si debe solicitar una excepción.

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY 1-888-671-3263). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

Si su receta está escrita por menos días, permitiremos múltiples recargas para proporcionar hasta un máximo de 31 días de medicamento.

Cubriremos un suministro de 31 días de su medicamento si:

- está tomando un medicamento que no está en nuestra *Lista de Medicamentos*, o
- las reglas de nuestro plan no le permiten obtener la cantidad ordenada por su médico, o
- el medicamento requiere autorización previa de Community Advantage Plus, o
- está tomando un medicamento que es parte de una restricción de terapia escalonada.

Si está tomando un medicamento que Community Advantage Plus no considera un medicamento de la Parte D, y el medicamento no está en la *Lista de Medicamentos*, y tiene un problema para obtenerlo, es posible que esté cubierto a través de Medi-Cal Rx. Si un medicamento excluido de la Parte D requiere una excepción y usted tiene una emergencia, Medi-Cal Rx permitirá un suministro del medicamento de no menos de 72 horas. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) para más información. También puede llamar al Departamento de Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al 800-977-2273. Por favor traiga su BIC de Medi-Cal cuando obtenga recetas a través de Medi-Cal Rx.

Si se encuentra en un hogar de ancianos u otro centro de atención a largo plazo y necesita un medicamento que no está en la *Lista de Medicamentos* o si no puede conseguir fácilmente el medicamento que necesita, podemos ayudarlo. Si ha estado en el plan durante más de 90 días, vive en un centro de atención a largo plazo y necesita un suministro de inmediato:

- Cubriremos un suministro de 31 días del medicamento que necesita (a menos que tenga una receta para menos días), independientemente de si es o no un nuevo participante de Community Advantage Plus.
- Esto se suma al suministro temporal durante los primeros 90 días que sea participante de Community Advantage Plus.

Para transiciones no planificadas, por ejemplo, cuando le dan el alta del hospital a un centro de atención a largo plazo o a su hogar, Community Advantage Plus tomará determinaciones y redeterminaciones de cobertura tan pronto como su condición de salud lo requiera. Se le proporcionará un suministro de emergencia de medicamentos que no están en el formulario, incluidos los medicamentos que están sujetos a ciertas restricciones o límites, como autorización previa, terapia escalonada o límites de cantidad.

B10. ¿Puedo solicitar una excepción para cubrir mi medicamento?

Sí. Puede solicitarle a Community Advantage Plus que haga una excepción para cubrir un medicamento que no esté en la *Lista de Medicamentos*.

También puede pedirnos que cambiemos las reglas de su medicamento.

- Por ejemplo, Community Advantage Plus puede limitar la cantidad de un medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite, puede pedirnos que cambiemos el límite y cubramos más.

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY 1-888-671-3263). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

- Otros ejemplos: Puede pedirnos que eliminemos las restricciones de la terapia escalonada o los requisitos de autorización previa.

B11. ¿Cómo puedo pedir una excepción?

Para solicitar una excepción, llame al Departamento de Servicio al Cliente o a su Coordinador de Casos. Un representante del Departamento de Servicio al Cliente o su Coordinador de Casos trabajará con usted y su médico para ayudarlo a solicitar una excepción. También puede leer **el Capítulo 9 Sección G2** del *Manual del Participante* para obtener más información sobre las excepciones.

B12. ¿Cuánto tiempo se tarda en obtener una excepción?

Después de que recibamos una declaración de su médico que respalde su solicitud de excepción, le daremos una decisión dentro de las 72 horas. Llame al Departamento de Servicio al Cliente al 1-888-484-1412 o a su Coordinador de Casos para obtener más información sobre dónde usted o su médico pueden enviar la declaración.

Si usted o la persona que receta cree que su salud puede verse perjudicada si tiene que esperar 72 horas para recibir una decisión, puede solicitar una excepción acelerada. Esta es una decisión más rápida. Si su médico respalda su solicitud, le daremos una decisión dentro de las 24 horas de recibir la declaración de respaldo de su médico.

B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?

Los medicamentos genéricos se componen de los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Por lo general cuestan menos que los medicamentos de marca y generalmente funcionan igual de bien. Generalmente no tienen nombres conocidos. Los medicamentos genéricos están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA). Hay medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca. Los medicamentos genéricos generalmente pueden sustituir a los medicamentos de marca en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, dependiendo de las leyes estatales.

Community Advantage Plus cubre tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos.

B14. ¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?

Cuando nos referimos a medicamentos, podríamos referirnos a un fármaco o a un producto biológico. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos típicos. Como los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, tienen formas llamadas biosimilares. Generalmente, los biosimilares funcionan tan bien como el producto biológico original y pueden costar menos. Existen alternativas biosimilares a algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son intercambiables y, dependiendo de las leyes estatales, pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituir a los medicamentos de marca.

Para obtener más información sobre los tipos de medicamentos, consulte **el Capítulo 5** del *Manual del Participante*.

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY 1-888-671-3263). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

B15. ¿Community Advantage Plus cubre productos OTC no farmacológicos?

Community Advantage Plus cubre algunos productos OTC no farmacológicos cuando son recetados por su proveedor.

Algunos ejemplos de productos de venta libre no farmacológicos incluyen jeringas, suministros para pruebas diabéticas y espaciadores respiratorios.

Puede leer la *Lista de Medicamentos* de Community Advantage Plus para saber qué productos OTC no farmacológicos están cubiertos.

B16. ¿Community Advantage Plus cubre el suministro de recetas a largo plazo?

- **Programas de Pedidos por Correo.** Ofrecemos un programa de pedidos por correo que le permite recibir un suministro de hasta 93 días de sus medicamentos enviados directamente a su hogar. Un suministro para 93 días tiene el mismo copago que un suministro para un mes.
- **Programas de Farmacia Minorista de 93 Días.** Algunas farmacias minoristas también pueden ofrecer un suministro de hasta 93 días de medicamentos cubiertos. Un suministro para 93 días tiene el mismo copago que un suministro para un mes.

B17. ¿Puedo recibir recetas en mi casa enviadas por mi farmacia local?

Es posible que su farmacia local pueda enviarle su receta a su hogar. Puede llamar a su farmacia para averiguar si ofrecen entrega a domicilio.

B18. ¿Cuál es mi copago?

Los participantes de Community Advantage Plus tienen un copago de \$0 a \$12,65 para productos recetados y no farmacológicos si el participante sigue las reglas del plan. Consulte la pregunta B15 para obtener más información sobre los productos no farmacológicos.

Los niveles son grupos de medicamentos en nuestra *Lista de Medicamentos*.

- Los medicamentos genéricos preferidos de nivel 1 tienen un copago de \$0.
- Los medicamentos genéricos de nivel 2 tienen un copago de \$0 a \$5,10.
- Los medicamentos de marca preferidos de nivel 3 tienen un copago de \$0 a \$12,65.
- Los medicamentos de marca no preferidos de nivel 4 tienen un copago de \$0 a \$12,65.
- Los medicamentos especializados de nivel 5 tienen un copago de \$0 a \$12,65.
- Los medicamentos de nivel 6 Select Care tienen un copago de \$0.

Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicio al Cliente a los números que aparecen al pie de página de este documento.

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY 1-888-671-3263). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

C. Descripción general de la Lista de Medicamentos Cubiertos

La *Lista de Medicamentos Cubiertos* le brinda información sobre los medicamentos cubiertos por Community Advantage Plus. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, consulte el Índice de Medicamentos Cubiertos que comienza en la **Sección I-1**. El índice enumera alfabéticamente todos los medicamentos cubiertos por Community Advantage Plus.

Nota: El * junto a un medicamento significa que el medicamento no es un “medicamento de la Parte D”. Estos medicamentos tienen reglas diferentes para las apelaciones.

Otros medicamentos, como los de venta libre (OTC) y determinadas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) para más información. También puede llamar al Departamento de Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al 800-977-2273. Traiga su Tarjeta de Identificación de Beneficiario (BIC) de Medi-Cal cuando le surtan recetas a través de Medi-Cal Rx.

Apelaciones Bajo la Parte D

- Una apelación es una forma formal de pedirnos que revisemos una decisión que tomamos sobre su cobertura y que la cambiemos si cree que cometimos un error.
- Por ejemplo, podríamos decidir que un medicamento que usted desea no está cubierto o ya no está cubierto por Medicare o Medi-Cal.
- Si usted o su médico no están de acuerdo con nuestra decisión, pueden apelar. Si alguna vez tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicio al Cliente a los números que aparecen al final de esta página.
- También puede leer el **Capítulo 9** del *Manual del Participante* para saber cómo apelar una decisión.
- Los medicamentos que no son de la Parte D tienen diferentes reglas para las apelaciones.

C1. Lista de Medicamentos según la Condición Médica

Los medicamentos de esta sección están agrupados en categorías según el tipo de afecciones médicas que se utilizan para tratar. Por ejemplo, si tiene una afección cardíaca, debe buscar en la categoría Agentes Cardiovasculares. Ahí es donde encontrará medicamentos que tratan enfermedades del corazón.

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo a la sección B-4 en la página 12 y revisando la columna “Explicación” en la tabla a continuación.

La primera columna de la tabla enumera el nombre del medicamento. Los medicamentos genéricos se enumeran en cursiva minúscula (por ejemplo, *metformina*), los medicamentos de marca se escriben en mayúscula (por ejemplo, GLUCOPHAGE), y los Medicamentos de Venta Libre y los productos no farmacológicos se enumeran en minúsculas (por ejemplo, esomeprazol). La información en la columna “Acciones necesarias, restricciones o límites de uso” le indica si Community Advantage Plus tiene alguna regla para cubrir su medicamento.

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY 1-888-671-3263). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

ABREVIATURA	DESCRIPCIÓN	EXPLICACIÓN
QL	Límite de Cantidad	Hay un límite en lo que puede obtener en un período de tiempo determinado.
ST	Terapia Escalonada	Debe probar otro medicamento antes de poder obtener este
PA	Autorización Previa:	Usted (o su médico) debe obtener una autorización previa antes de surtir su receta para este medicamento. Sin autorización previa, es posible que este medicamento no esté cubierto.
PA NSO	Autorización Previa – Nuevos Comienzos	Si es un participante nuevo, usted (o su médico) deberá obtener una autorización previa antes de surtir su receta para este medicamento. Sin autorización previa, es posible que este medicamento no esté cubierto.
PA BvD	Autorización Previa: Parte B vs. Parte D	Este medicamento puede ser elegible para pago bajo la Parte B o la Parte D de Medicare. Usted (o nuestro proveedor) deben obtener autorización previa para determinar si este medicamento está cubierto por la Parte B o la Parte D de Medicare antes de surtir su receta. Sin autorización previa, es posible que no cubramos este medicamento.
PA-HRM	Autorización Previa – Medicamentos de Alto Riesgo	CMS ha considerado que este medicamento es potencialmente dañino y, por lo tanto, un Medicamento de Alto Riesgo para los beneficiarios de Medicare de 65 años o más. Los participantes mayores de 65 años deben obtener una autorización previa antes de surtir una receta para este medicamento. Sin autorización previa, es posible que este medicamento no esté cubierto.

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY 1-888-671-3263). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

ABREVIATURA	DESCRIPCIÓN	EXPLICACIÓN
PA NSO-HRM	Autorización Previa: Solo Nuevos Inicios De Medicamentos De Alto Riesgo	Si es un participante nuevo, usted (o su médico) deberá obtener una autorización previa antes de surtir su receta para este medicamento. CMS ha considerado que este medicamento es potencialmente dañino y, por lo tanto, un Medicamento de Alto Riesgo para los beneficiarios de Medicare de 65 años o más. Sin autorización previa, es posible que este medicamento no esté cubierto.
EDAD	Restricción de Edad	Limita el uso de medicamentos dependiendo de la edad.
OTC	De Venta Libre	Medicamentos de venta libre que no requieren receta médica.
*	No es un Medicamento de la Parte D	Este medicamento es un medicamento que no pertenece a la Parte D cubierto por Medi-Cal
LA	Acceso Limitado	Es posible que esta receta sólo esté disponible en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte su Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio al Cliente al 1-888-484-1412 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-671-3263), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, o visite www.chpiv.org .
NM	No se aceptan Pedidos por Correo	Es posible que pueda recibir un suministro superior a 1 mes de la mayoría de los medicamentos de la Lista de Medicamentos mediante pedido por correo a un costo compartido reducido. Los medicamentos que no están disponibles a través de su beneficio de pedido por correo se indican con "NM" en la columna Acciones Necesarias, Restricciones o Límites de Uso de la Lista de Medicamentos.
NDS	Suministro Diario No Extendido	Este medicamento no es elegible para un suministro de más de 1 mes por cada surtido.

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY 1-888-671-3263). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite www.chpiv.org.

D. Índice de Medicamentos Cubiertos

En esta sección, puede encontrar un medicamento buscando su nombre alfabéticamente. Esto le indicará el número de página donde puede encontrar información adicional sobre la cobertura de su medicamento.

Esta lista de medicamentos se actualizó el 08/01/2025.

 **Si tiene preguntas**, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY 1-888-671-3263). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

08/01/2025