

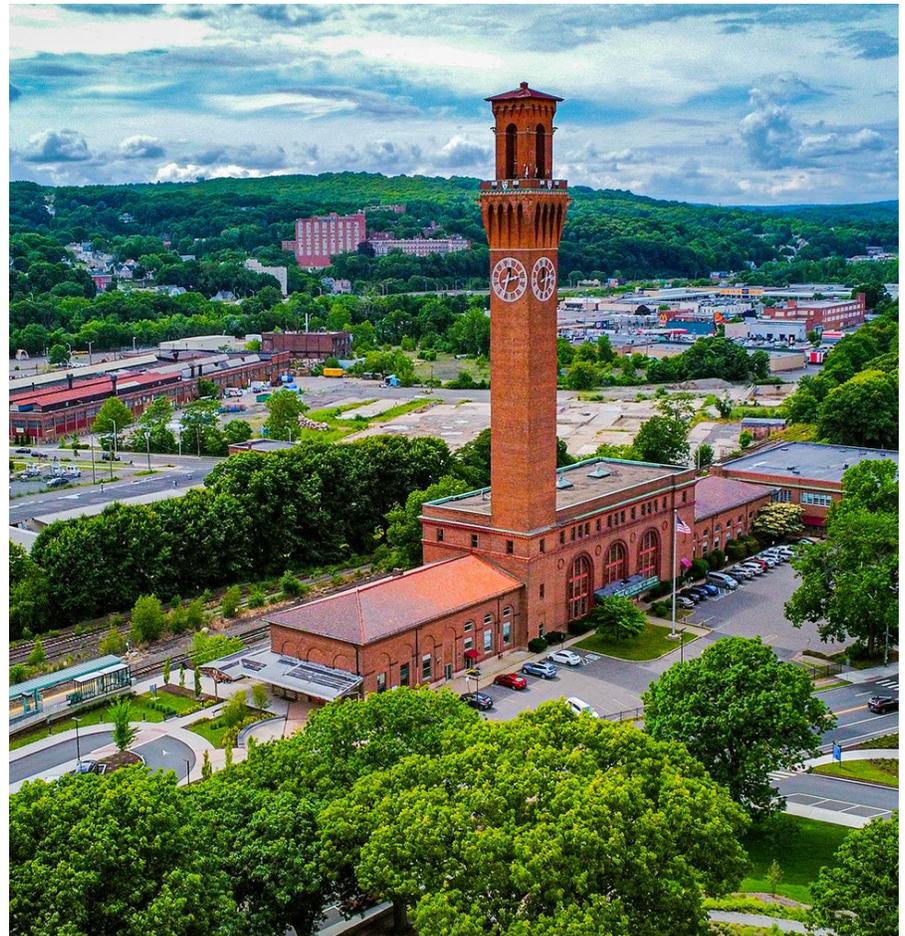


Estado de Connecticut

Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados

Documento del Plan

Actualizado al 1.º de julio de 2023



Índice

Índice	1
Introducción	2
Contactos	5
Elegibilidad.....	6
Costo de la cobertura	12
Cobertura de medicamentos recetados	13
Programa de beneficios de medicamentos recetados	21
Programas y normas sobre medicamentos recetados	26
Exclusiones y limitaciones	27
Coordinación de Beneficios	31
Finalización de la cobertura	34
Disposiciones de pago.....	37
Derechos de reclamación y apelación.....	39
Disposiciones generales	48
Disposiciones varias	50
Información de salud protegida	52
Glosario.....	54

Introducción

Este documento describe los beneficios del Plan de MEDICAMENTOS RECETADOS del Estado de Connecticut ("PLAN DE BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS") a disposición de los empleados, jubilados y DEPENDIENTES elegibles. El Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados es un PLAN gubernamental autofinanciado de beneficios de medicamentos recetados que no está sujeto a la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de los Empleados (Employee Retirement Income Security Act, "ERISA"). En este DOCUMENTO DEL PLAN se explican los beneficios, las exclusiones, las limitaciones, los términos y las condiciones de la cobertura, así como las pautas que deben seguirse para obtener beneficios por los SERVICIOS CUBIERTOS. Todos los términos que se definen en este Documento del Plan se escriben con mayúscula inicial la primera vez que se utilizan. Las definiciones figuran en el *Glosario*.

Este documento se actualizó a partir del 1.º de julio de 2023 y sustituye a cualquier Documento del Plan, contrato, póliza o programa de cobertura igual o similar que el PATROCINADOR DEL PLAN haya emitido con anterioridad al 1.º de julio de 2023. Pueden producirse modificaciones de este Documento del Plan, aprobadas por el Estado de Connecticut y se hará constar la FECHA DE ENTRADA EN VIGOR de dichas modificaciones. El Estado de Connecticut contrató a CVS/Caremark para que actúe como Gestor de Beneficios Farmacéuticos (Pharmacy Benefit Manager, PBM) para el Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados.

El plan Aetna Medicare Advantage, Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO), ofrece cobertura de medicamentos recetados a los jubilados y sus dependientes que reúnen los requisitos de MEDICARE. Si desea más información sobre la cobertura de medicamentos recetados para los beneficiarios de Medicare, consulte [Cobertura y beneficios | Beneficios y formularios del plan \(aetnamedicare.com\)](#).

Como Patrocinador del Plan, el Estado de Connecticut, actuando por y a través de la Oficina del Contralor del Estado, tiene total autoridad discrecional, vinculante y final para:

- interpretar los términos del Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados;
- determinar la elegibilidad de una persona para la cobertura;
- interpretar el lenguaje ambiguo del Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados;
- aplicar la AUTORIZACIÓN PREVIA y los requisitos de seguridad;
- adoptar decisiones de hecho en relación con el pago de las RECLAMACIONES o la concesión de beneficios;
- revisar las reclamaciones denegadas; y
- resolver las reclamaciones de los afiliados al Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados.

Dicha autoridad se delegó a CVS/Caremark para la tramitación inicial de reclamaciones, la administración de revisiones de autorización previa y necesidad médica, la revisión de reclamaciones denegadas y la adjudicación de apelaciones.

Todas las notificaciones al Patrocinador del Plan deben dirigirse de la siguiente manera:

Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados del Estado de Connecticut Oficina del
Contralor del Estado
División de Pólizas de Atención Médica y Servicios de Beneficios
165 Capitol Avenue
Hartford, CT 06016

Conozca la diferencia

- **Afiliado cubierto:** persona inscrita en este Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados y es elegible para recibir beneficios por servicios cubiertos en virtud de un empleo pasado o presente con el Patrocinador del Plan.
- **Persona cubierta:** persona dependiente de un afiliado cubierto que está inscrita en este Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados y tiene derecho a recibir beneficios por los servicios cubiertos.

Contactos

Comuníquese con Quantum Health para obtener información sobre las farmacias de la red, el Programa de Mejora de la Salud y las preguntas generales relacionadas con los beneficios.

Comuníquese con CVS/Caremark para obtener información sobre autorizaciones previas. Comuníquese con PrudentRx para obtener información sobre medicamentos especializados.

Contacto	Teléfono	Dirección	Sitio web
Oficina del Contralor del Estado (Patrocinador del Plan)	860-702-3480	Office of the State Comptroller (Oficina del Contralor del Estado) ATTN: Healthcare Policy and Benefit Services Division (A la atención de: División de Pólizas de Atención Médica y Servicios de Beneficios) 165 Capitol Avenue Hartford, CT 06106	http://www.osc.ct.gov
Quantum Health	833-740-3258	5240 Blazer Parkway Dublin, OH 43017	carecompass.ct.gov
CVS/Caremark	800-318-2572 Autorización previa: 800-294-5979 Autorización previa por fax: 888-836-0730	Claims (Reclamaciones): P.O. Box 52136 Phoenix, AZ 85072	www.caremark.com http://www.caremark.com/
PrudentRx	1-800-573-4403	PrudentRx 3820 Northdale Blvd. Suite 311A Tampa, FL 33264	
Departamento de Seguros de Connecticut	860-297-3910	P.O. Box 816 Hartford, CT 06142	http://ct.gov/cid/site/de_fault.asp

Elegibilidad

CVS/Caremark debe recibir y aceptar la solicitud de inscripción y cualquier otro formulario o declaración que exija el Patrocinador del Plan antes de que se considere que el solicitante está cubierto por el Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados. El derecho a la cobertura del AFILIADO CUBIERTO y de cualquier dependiente cubierto está sujeto a la condición de que toda la información que el afiliado cubierto proporcione al Patrocinador del Plan sea verdadera, correcta y completa a su leal saber y entender.

El afiliado cubierto tiene la obligación de notificar al Patrocinador del Plan, **en un plazo de 31 días** a partir de la incidencia de un acontecimiento que afecte la elegibilidad de cualquier dependiente, así como cualquier cambio en el nombre, dirección o número de teléfono del afiliado cubierto o de su(s) dependiente(s) inscrito(s).

Empleados elegibles

Los empleados elegibles pueden ser empleados actuales o jubilados del Patrocinador del Plan que cumplan con los requisitos del Patrocinador del Plan para la elegibilidad bajo el plan de beneficios de salud de grupo, ex empleados que opten por continuar la inscripción según lo permitido por las disposiciones de continuación del seguro de salud de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA), o aquellos que de otra manera sean elegibles para la cobertura según lo especificado por los Estatutos Generales de Connecticut, Sección 5-259 y sus subsecciones.

Se aplican las siguientes normas de elegibilidad:

- Un empleado actual que el Patrocinador del Plan determine que es elegible para participar en el plan de salud de grupo y que según los Estatutos Generales de Connecticut, Sección 5-259(a), sea elegible para convertirse en una PERSONA CUBIERTA, sujeto a las disposiciones a continuación.
- Los empleados recién contratados deben inscribirse en el Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados el día 31 o antes de la fecha de inicio de la relación laboral para tener derecho a la cobertura.
- La cobertura del Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados es efectiva para todos los servicios cubiertos, excepto para aquellos para los que el Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados paga un beneficio secundario (consulte la Coordinación de Beneficios).
- Si el empleado/jubilado no se inscribe en el plazo de 31 días, deberá esperar a inscribirse en la siguiente INSCRIPCIÓN ABIERTA, a menos que reúna los requisitos para inscribirse antes de la siguiente inscripción abierta.
- Los empleados activos y jubilados del Patrocinador del Plan deben estar inscritos en el Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados previsto en los Estatutos Generales de Connecticut, Sección 5-259(a), para disponer de la cobertura.
- La fecha más temprana de cobertura para los empleados recién contratados será el primer día del mes natural siguiente al mes en que el empleado comience a prestar servicio.

Dependientes elegibles

Las siguientes personas tienen derecho a la cobertura como dependientes en virtud del Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados:

- **Cónyuge o PAREJA DE UNIÓN CIVIL reconocida.** El cónyuge legítimo del afiliado cubierto según un matrimonio legalmente válido y existente o la pareja de unión civil reconocida del afiliado cubierto según la definición del Patrocinador del Plan. A excepción de lo dispuesto en esta sección, la persona de la que un afiliado cubierto está divorciado o separado legalmente no tiene derecho a la cobertura.
- **Hijo del afiliado cubierto o del cónyuge del afiliado cubierto.** un hijo del afiliado cubierto o de su cónyuge, lo que incluye un hijastro; un hijo legalmente dado en adopción; o un hijo legalmente adoptado.
- **Hijo recién nacido.** La cobertura del Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados se proporcionará al hijo recién nacido del afiliado cubierto desde el momento de su nacimiento.

El afiliado cubierto debe presentar una solicitud de afiliación cumplimentada en los 31 días siguientes a la fecha de nacimiento para mantener la cobertura del recién nacido. Deben cumplirse los requisitos de afiliación y la solicitud de afiliación debe ser aceptada por el Patrocinador del Plan.

- **Recién nacido de un hijo dependiente cubierto.** El hijo recién nacido de una hija afiliada dependiente tiene derecho a la cobertura desde el momento del nacimiento hasta los 31 días inmediatamente posteriores al parto inclusive. El recién nacido de un hijo dependiente cubierto no tiene derecho a la cobertura del Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados más allá del período de 31 días.
- **Hijo TOTALMENTE DISCAPACITADO.** Un hijo totalmente discapacitado para mantener un empleo debido a una discapacidad física o mental puede continuar con la cobertura más allá del límite de edad establecido en el Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados, siempre que:
 - esté incapacitado para mantener un empleo debido a una discapacidad física o mental certificada por un médico y de cuyo mantenimiento y manutención sea responsable principalmente el afiliado cubierto (o su cónyuge o pareja de unión civil); y
 - haya quedado discapacitado antes de la edad límite para tener un hijo dependiente y tenía una cobertura comparable como dependiente en el momento de la inscripción; y
 - si es mayor de 26 años pero no está casado.

El Patrocinador del Plan deberá recibir la PRUEBA de dicha discapacidad y dependencia en un plazo de 31 días a partir de la fecha en que la cobertura del hijo habría finalizado de no haberse producido dicha discapacidad. Un médico debe certificar la discapacidad y la dependencia continuada en ese momento o en el momento de la inscripción y, a partir de entonces, como máximo una vez al año.

- **Orden médica calificada de manutención.** Un hijo dependiente puede estar cubierto como consecuencia de una orden de relaciones domésticas emitida por un tribunal estatal a favor de un padre divorciado que sea una persona cubierta o el cónyuge del afiliado cubierto, siempre que el hijo sea menor de 26 años. La afiliación puede ser necesaria incluso en circunstancias en las que el hijo no estaba cubierto anteriormente por el Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados. Para obtener más información sobre las órdenes de manutención médica de los hijos y los

procedimientos del Patrocinador del Plan para aplicar dichas órdenes, el afiliado cubierto debe comunicarse con la División de Pólizas de Atención Médica y Servicios de Beneficios de la Oficina del Contralor del Estado.

- **Hijo menor de edad del que el afiliado cubierto es tutor legal.** Un hijo menor de edad del que un afiliado cubierto haya sido nombrado tutor legal por un tribunal de jurisdicción competente y que resida con el afiliado cubierto tiene derecho a ser inscrito como dependiente, pero ese derecho finalizará cuando cumpla 18 años o cuando finalice la tutela, lo que ocurra primero.
- **Continuación de la cobertura del antiguo tutelado tras el cese de la tutela legal.** Si el afiliado cubierto demuestra que un antiguo tutelado sigue dependiendo de él (ya sea como "hijo que reúne los requisitos" o como "familiar que reúne los requisitos" a efectos del impuesto federal sobre la renta) la cobertura puede estar disponible una vez finalizada la tutela legal hasta los 26 años. Se requiere una prueba de dependencia.

Las personas a cargo cuyo derecho de participación haya caducado pueden optar por continuar la cobertura en el Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados, tal y como lo exigen las secciones aplicables de la COBRA (véase Cobertura de continuación según la COBRA).

Inscripción tardía

Un AFILIADO TARDÍO es un empleado, jubilado o dependiente elegible que solicita cobertura según el Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados después de que finalice la Inscripción Abierta o, si corresponde, más de 31 días después de la primera oportunidad del empleado o dependiente de inscribirse para obtener cobertura. Los afiliados tardíos no tendrán derecho a la cobertura, salvo en los casos previstos en este documento. Un empleado, jubilado o dependiente que reúna los requisitos no se considerará afiliado tardío si se presenta una solicitud de cobertura y se cumple cada una de las siguientes condiciones:

- No se eligió la cobertura cuando el empleado o dependiente cumplía los requisitos por primera vez según el Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados únicamente porque dicho empleado o dependiente estaba cubierto por otro plan de beneficios de salud de grupo; y
- Se perdió la cobertura de otro plan de salud colectivo debido a:
 - agotamiento de la continuación de la cobertura según las disposiciones de la COBRA o de la continuación de la cobertura estatal;
 - cese del empleo;
 - reducción de horas de trabajo;
 - fallecimiento del cónyuge;
 - divorcio;
 - finalización del aporte del empleador a la cobertura;
 - rescisión o cancelación involuntaria del plan de beneficios médicos de grupo por parte de su aseguradora;
 - una reducción sustancial de los beneficios; o
 - un aumento sustancial del costo para el afiliado cubierto, determinado exclusivamente por el Patrocinador del Plan; y

- el empleado, jubilado o dependiente se inscribe en el Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados dentro de los 31 días siguientes a la pérdida de la cobertura del otro plan de salud de grupo.

Períodos especiales de inscripción

Se permite un periodo de inscripción especial para los dependientes recién adquiridos a raíz de un matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción. Algunos cambios de cobertura, como la incorporación de un nuevo cónyuge, entran en vigor el día 1.º del mes siguiente a la fecha del evento. Los cambios de cobertura por nacimiento, adopción o colocación en adopción son retroactivos a la fecha del acontecimiento, siempre que se presente la documentación requerida en los 31 días siguientes al acontecimiento.

El/los nuevo(s) dependiente(s) debe(n) inscribirse en un plazo de 31 días tras el acontecimiento, a menos que el afiliado cubierto tenga una cobertura del Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados que cubra al dependiente recién adquirido sin el pago de una prima adicional en la fecha del matrimonio, nacimiento, adopción, colocación u otro acontecimiento que haga que el nuevo dependiente tenga derecho a la cobertura.

Los hijos dependientes distintos de los descritos en Dependientes Elegibles no califican para el período de afiliación especial.

Fecha de entrada en vigor de la cobertura

Todos los períodos de cobertura comienzan el primer día de un mes y terminan el último día de un mes.

- **Empleados recién contratados:** la cobertura para el empleado y las personas dependientes elegibles comenzará a partir del primer día del mes siguiente a la inscripción. Por ejemplo, un empleado cuyo primer día de trabajo es en enero tiene derecho a la cobertura a partir del 1.º de febrero, si se inscribe a tiempo.
- **Jubilados:** la cobertura para los jubilados comenzará el primer día del mes siguiente al mes en que se produzca la jubilación. Por ejemplo, un empleado que se jubile a partir del 1.º de octubre estará cubierto por el Plan de Beneficios para Jubilados a partir del 1.º de noviembre. En el caso de las personas sujetas a un periodo de espera para el inicio de los beneficios de salud para jubilados según la Norma de los 75, la cobertura comenzará el primer día del mes siguiente a la inscripción, que debe tener lugar en un plazo de 31 días a partir de la fecha de jubilación de la persona o de que la persona cumpla la edad mínima exigida, lo que ocurra más tarde.
- **Nuevo cónyuge:** la cobertura para un nuevo cónyuge entrará en vigor el primer día del mes siguiente a la inscripción, que debe realizarse en los 31 días siguientes al matrimonio o en la Inscripción Abierta.
- **Hijos:** el hijo recién nacido de un afiliado cubierto está cubierto automáticamente durante los 31 días siguientes al nacimiento, pero no estará cubierto después de ese período a menos que se presente una solicitud de afiliación en los 31 días siguientes al nacimiento.
- Un hijo recién adoptado o colocado en adopción con un afiliado cubierto debe ser afiliado en un plazo de 31 días a partir de la FECHA DE COLOCACIÓN en adopción o de la fecha de adopción.

La cobertura tendrá efecto retroactivo a la fecha de colocación en adopción o a la fecha de adopción.

- Se puede afiliar a un hijastro en un plazo de 31 días a partir de la fecha en que se cumplan por primera vez los requisitos de elegibilidad. La cobertura entrará en vigor el primer día del mes siguiente a la fecha de afiliación. Por ejemplo, como consecuencia de un matrimonio, un afiliado cubierto puede afiliar al hijo de su nuevo cónyuge en los 31 días siguientes al matrimonio.

Cambios que afectan la elegibilidad

El afiliado cubierto es responsable de notificar a la oficina de personal/nóminas de su entidad empleadora o, en el caso de un jubilado, a la Oficina del Contralor del Estado, cualquier cambio en la situación de dependencia de las personas afiliadas en un plazo de 31 días a partir del suceso que haga que la persona no pueda optar a la cobertura. Algunos ejemplos de estos acontecimientos son el final del año natural en el que el hijo cumple 26 años o la entrada en vigor de una sentencia de divorcio o separación legal.

NOTA: Una sentencia de divorcio o separación legal que obligue a un afiliado cubierto a continuar la cobertura de beneficios de salud para un excónyuge no es vinculante para el Patrocinador del Plan y no da derecho a un afiliado cubierto a continuar la cobertura para un excónyuge, a excepción de lo dispuesto a continuación.

- Una persona de la que el afiliado cubierto esté legalmente separado podrá seguir gozando de la cobertura del Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados durante un máximo de tres años a partir de la fecha de la sentencia o hasta que cualquiera de las partes vuelva a contraer matrimonio, lo que ocurra primero, siempre que el excónyuge estuviera cubierto por el Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados inmediatamente antes de la entrada en vigor de la sentencia de separación legal y que el afiliado cubierto pague el 100 % del costo de la cobertura individual del excónyuge (parte correspondiente al Estado y al empleado) después de impuestos, que se sumará al costo de la cobertura del afiliado cubierto; o bien
- Una persona de la que se divorcia el afiliado cubierto puede seguir disfrutando de la cobertura del Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados durante un máximo de tres años a partir de la fecha de la sentencia o hasta que cualquiera de las partes vuelva a contraer matrimonio, lo que ocurra primero, siempre que el excónyuge estuviera cubierto por el Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados inmediatamente antes del divorcio y la sentencia obligue al afiliado cubierto a proporcionar cobertura de seguro médico al excónyuge. El afiliado cubierto está obligado a pagar el 100 % del costo de la cobertura individual del excónyuge (parte correspondiente al Estado y al trabajador) después de impuestos, que se añadirá al costo de la cobertura del afiliado cubierto.

Falta de notificación del cambio de estado

Todo afiliado cubierto que no notifique un cambio que afecte a la situación de elegibilidad de un dependiente inscrito estará sujeto a una o varias de las siguientes sanciones:

- Un empleado activo puede estar sujeto a medidas disciplinarias, incluida la finalización del empleo, si se inscribe o mantiene la inscripción de una persona que no es elegible para la cobertura como cónyuge o dependiente;

- El valor justo de mercado de la cobertura proporcionada a una persona no elegible se declarará al Servicio de Impuestos Internos como ingreso para el afiliado cubierto o para la persona no elegible y, como tal, estará sujeto a impuestos; y
- El patrocinador del Plan puede intentar recuperar del afiliado cubierto el valor de los beneficios proporcionados o las primas adelantadas para la cobertura de un excónyuge o dependiente no elegible.

Nota: Ciertos eventos que califican pueden otorgar a sus antiguos dependientes el derecho a continuar con la cobertura médica a sus expensas durante un plazo limitado según la ley federal conocida como COBRA. *Consulte la Cobertura de continuación en virtud de la COBRA.* Aunque el Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados exige la notificación y finalización de la cobertura para las personas que no califican en un plazo de 31 días a partir del cambio de situación familiar, la normativa federal establece que las personas cubiertas o dependientes cubiertos disponen de hasta 60 días para notificar al Patrocinador del Plan el cambio de situación a fin de obtener la continuación de la cobertura en virtud de la COBRA. Si **no** se notifica el cambio de situación familiar en el plazo de 60 días a partir del evento que da derecho a la cobertura, el Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados no está obligado a seguir proporcionando la cobertura en virtud de la COBRA.

Costo de la cobertura

El pago de los servicios cubiertos de una FARMACIA PARTICIPANTE se efectuará a la FARMACIA participante. El pago de los servicios cubiertos de una FARMACIA NO PARTICIPANTE se efectuará directamente al afiliado o dependiente cubiertos, quienes serán responsables del pago a la farmacia no participante.

Cuando un hijo dependiente reciba servicios cubiertos de una farmacia no participante, CVS/Caremark enviará el pago directamente al padre que tenga la custodia aunque dicho padre con la custodia no sea el afiliado cubierto.

Para que se consideren para el pago, CVS/Caremark debe recibir las reclamaciones por servicios cubiertos brindados por farmacias minoristas o de pedidos por correo no participantes dentro de los dos años a partir de la fecha en que se prestaron los servicios cubiertos. Envíe dichas reclamaciones a:

CVS/Caremark, DMR
P.O. Box 52136
Phoenix, AZ 85072

CVS/Caremark no emitirá de forma rutinaria un pago de beneficios inferior a \$1.00, excepto previa solicitud por escrito de la persona cubierta. No se cubrirán ni pagarán las reclamaciones por servicios cubiertos que se presenten más de dos años después de la fecha en que se prestaron. No se reembolsará a las personas cubiertas que estén sujetas al pedido por correo obligatorio el costo del surtido de un MEDICAMENTO RECETADO DE MANTENIMIENTO que no sea el primer surtido de 30 días en una farmacia minorista o de pedido por correo no participante.

Las reclamaciones de beneficios por servicios cubiertos prestados a una persona cubierta se tramitarán en un plazo de 30 días a partir de la fecha en que CVS/Caremark reciba la reclamación. Si no puede tomarse una decisión sobre la reclamación en el plazo de 30 días, puede solicitarse una prórroga de hasta 15 días. Antes de que el período inicial de 30 días finalice, CVS/Caremark enviará a la persona cubierta una notificación por escrito del (de los) motivo(s) del retraso.

Si el plazo para tramitar una reclamación se prolonga porque la persona cubierta no presentó la información solicitada, el plazo requerido para la tramitación de la reclamación se suspenderá desde la fecha en que se envíe a la persona cubierta el aviso de información solicitada hasta la fecha en que CVS/Caremark reciba la respuesta de la persona cubierta. CVS/Caremark tomará una decisión sobre la reclamación en un plazo de 15 días a partir de la recepción de la información solicitada. La persona cubierta debe presentar la información solicitada en un plazo de 45 días a partir de la recepción de la solicitud.

Cobertura de medicamentos recetados

Una persona cubierta tiene derecho a los beneficios por MEDICAMENTOS CUBIERTOS descritos en esta sección, sujeta a los requisitos, exclusiones y limitaciones, y a la tabla de beneficios de este Documento del Plan.

Beneficios de las farmacias minoristas participantes

Cuando una farmacia minorista participante o una farmacia participante de la RED DE MEDICAMENTOS DE MANTENIMIENTO participante dispensa un medicamento cubierto, la farmacia participante aceptará el pago íntegro de CVS/Caremark. A la persona cubierta no se le cobrará nada, salvo el COPAGO aplicable u otro COSTO COMPARTIDO. CVS/Caremark pagará a la farmacia participante; excepto el costo compartido, que lo paga la persona cubierta a la farmacia.

Una persona cubierta puede localizar una farmacia minorista participante o una farmacia participante en la red de medicamentos de mantenimiento llamando a Quantum Health al 833-740-3258 o visitando el sitio web carecompass.ct.gov. Para obtener los beneficios, la persona cubierta debe mostrar al farmacéutico de la farmacia minorista participante su tarjeta de identificación.

Beneficios de las farmacias minoristas no participantes

Cuando una farmacia minorista no participante dispensa un medicamento cubierto, la persona cubierta pagará la receta de su bolsillo. A continuación, la persona cubierta debe presentar una reclamación de reembolso adecuada a CVS/Caremark. El reembolso solo está disponible para los servicios cubiertos y está sujeto a reducción por cualquier costo compartido o copago aplicable. El reembolso se basa en el

MONTO MÁXIMO PERMITIDO para las farmacias minoristas no participantes. Las reclamaciones deben presentarse a CVS/Caremark en un plazo de dos años a partir de la fecha en que se dispense el medicamento cubierto. El recibo debe acompañar la reclamación.

A una persona cubierta sujeta a pedido por correo obligatorio (consulte el *Programa obligatorio de medicamentos de mantenimiento*) solo se le reembolsará el primer suministro para 30 días de un medicamento recetado de mantenimiento que dispense una farmacia minorista no participante o una farmacia minorista no participante de la red de medicamentos de mantenimiento.

Programa obligatorio para los medicamentos de mantenimiento

Los asegurados menores de 65 años están obligados a llenar todos los pedidos de un suministro de 31 a 90 días de un medicamento recetado de mantenimiento, sujetos al monto de los costos compartidos aplicables, tal y como se indica en el *Cuadro de beneficios de medicamentos recetados*, a través de:

- El programa de pedidos por correo de CVS/Caremark; o
- Cualquier farmacia minorista que participe en la red de farmacias de medicamentos de mantenimiento del Estado de Connecticut.

Las personas cubiertas pueden localizar una farmacia participante llamando al número gratuito que aparece en su tarjeta de identificación o visitando el sitio web carecompass.ct.gov.

Las personas cubiertas deben consultar el folleto del programa de pedidos por correo que se incluye en el material para afiliados con más información sobre este programa o llamar a Quantum Health al número telefónico 833-740-3258.

El suministro máximo que puede dispensar una farmacia minorista participante dependerá de si la persona cubierta está sujeta a los requisitos obligatorios de pedido por correo.

- Para las personas cubiertas sujetas al pedido por correo obligatorio, el suministro máximo para un día de un medicamento recetado de mantenimiento que una farmacia minorista puede dispensar es un suministro inicial para 30 días; el suministro máximo de un medicamento recetado de mantenimiento que puede dispensarse por pedido por correo o por una farmacia minorista que participe en la red de medicamentos de mantenimiento del Estado de Connecticut es por un suministro para 90 días.
- Para las personas cubiertas que no están sujetas al pedido por correo obligatorio, el suministro máximo que puede dispensar una farmacia minorista es de 90 días.

Beneficios de las farmacias especializadas

El Plan dispone de una red exclusiva para dispensar Medicamentos Especializados. Esto significa que todas las recetas de medicamentos especializados solo pueden surtirse a través de la Farmacia de Especialidades de CVS, la Farmacia de Especialidades de Hartford HealthCare, la Yale Medical Center Pharmacy and Home Care Center, Inc. (Farmacia y Centro de Atención Domiciliaria del Centro Médico de Yale) o los Servicios Farmacéuticos de UConn Health. No se cubrirán las recetas de medicamentos especializados que se dispensen en otras farmacias. Cada receta está limitada a un suministro máximo de 30 días. Todas las recetas de medicamentos especializados, lo que incluye la receta inicial, deben surtirse en una farmacia especializada de la red, a menos que se trate de una emergencia.

Ayuda para el copago de medicamentos especializados

El plan participa en programas de ayuda para el copago que podrían reducir sus gastos de bolsillo para determinados medicamentos especializados. A través de estos programas, los fabricantes de medicamentos ofrecen ayuda económica cubriendo una parte o la totalidad del costo compartido de determinados medicamentos especializados. No está obligado a participar en estos programas. No obstante, si opta por no participar en el Programa PrudentRx o no coopera con él, se aplicará a sus recetas del nivel especializado el costo compartido completo que se especifica en su Cuadro de beneficios. La lista de medicamentos especializados elegibles para los programas de ayuda para el copago está sujeta a cambios.

PrudentRx

El plan cuenta con un Nivel de Medicamentos Especializados para quienes participan en el programa de ayuda para el copago, administrado por PrudentRx. Se inscribirá automáticamente en este programa a todos los empleados activos y los afiliados que no tengan derecho a Medicare. Puede optar por no participar en este programa durante el período de Inscripción Abierta o debe notificar su decisión a PrudentRx antes del 30 de junio. Si usted o un familiar cubierto está tomando uno o más medicamentos

incluidos en la lista de medicamentos del Programa de Copago de PrudentRx, PrudentRx lo ayudará a inscribirse en los programas de ayuda para el copago de los fabricantes de medicamentos disponibles. PrudentRx se comunicará con usted para brindarle información específica sobre el programa en lo que se refiere a sus medicamentos y le indicará si está obligado a inscribirse en la ayuda para el copago de cualquier medicamento que tome. Algunos fabricantes pueden exigirle que se inscriba para beneficiarse de la ayuda para el copago que ofrecen para sus medicamentos. En ese caso, deberá hablar con el personal de PrudentRx para que le brinde la información adicional necesaria para inscribirse en el programa de ayuda para los copagos.

Los medicamentos de la lista de medicamentos especializados del Plan se incluyen en el programa y estarán sujetos a un coaseguro del 30 %. Sin embargo, si un afiliado se inscribe en un programa de asistencia para el copago del fabricante disponible para sus medicamentos especializados, el afiliado tendrá una responsabilidad de pago de su bolsillo de \$0 por las recetas cubiertas bajo el Programa de Copago PrudentRx.

Si está inscrito en PrudentRx pero no coopera, por ejemplo, no le devuelve la llamada de PrudentRx, se niega a facilitar información o a inscribirse afirmativamente en cualquier ayuda para el copago según lo exija un fabricante, deberá ponerse en contacto con Quantum Health, que le informará sobre las disposiciones del plan en caso de incumplimiento. Además, se le dará de baja del Programa PrudentRx para el año siguiente.

Los copagos de estos medicamentos, ya sean efectuados por usted, por su Plan o por el programa de asistencia para copagos, no se tendrán en cuenta para el desembolso máximo.

Para ver la lista completa de medicamentos especializados que serán elegibles para el nuevo copago de \$0, o para obtener más información sobre el programa, visite carecompass.ct.gov/state/pharmacy.

Puede comunicarse con PrudentRx llamando al 800-573-4403 a fin de resolver cualquier duda que pueda tener sobre el Programa de Copago de PrudentRx.

Servicios cubiertos

Se cubren los medicamentos recetados MÉDICAMENTE NECESARIOS, los medicamentos recetados de mantenimiento y determinados MEDICAMENTOS PREVENTIVOS que:

- califiquen como medicamentos cubiertos;
- se dispensen en una farmacia; y
- los prescriba un profesional autorizado de atención médica que actúe dentro del ámbito de su licencia particular, sujeto a la sección de Exclusiones y limitaciones.

Este Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados cubre:

- fármacos con advertencia federal;
- fórmulas magistrales cuando se cumplan todos los criterios siguientes:
 - todos los principios activos son fármacos con advertencia federal;
 - la fórmula magistral no se utiliza en lugar de un medicamento con advertencia federal disponible en el mercado con la misma concentración y formulación, a menos que sea médicamente necesario;

- la fórmula magistral se produce específicamente para ser utilizada por una persona cubierta para tratar una enfermedad cubierta;
- la fórmula magistral, entre ellas todos los productos magistrales estériles, se elabora de conformidad con los Estatutos de Connecticut; y
- se aprobó la autorización previa para dicho medicamento.

NOTA:

- A excepción de lo dispuesto en este documento, los productos de venta libre (over-the-counter, OTC) no están cubiertos a menos que lo estén según la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act, ACA);
- Los polvos a granel, los productos químicos a granel y las bases patentadas utilizados en fórmulas magistrales no suelen estar cubiertos, sujetos a revisión de necesidad médica y apelación;
- La reconstitución de polvos orales no se considera FÓRMULA MAGISTRAL; y
- El farmacéutico que realiza la fórmula magistral debe facturar el Código Nacional de Medicamentos (National Drug Code, NDC) del producto utilizado en la cantidad de volumen final reconstituido.

Suministro máximo

Excepto que se aplique una de las excepciones especiales que se describen a continuación, el suministro máximo de un medicamento recetado (que no sea un medicamento recetado de mantenimiento) dispensado en una farmacia minorista o en una farmacia especializada es de 30 días.¹ El suministro máximo de un medicamento recetado de mantenimiento que puede ser dispensado por correo o por una farmacia minorista de la red de medicamentos de mantenimiento es de 90 días. Los medicamentos especializados no pueden incluirse en la lista de medicamentos de mantenimiento.

Excepciones especiales

Hay circunstancias en las que puede ser apropiada una excepción especial al límite máximo de suministro. Una persona cubierta puede ser elegible para una excepción especial si puede demostrar que le resultará difícil o imposible obtener los medicamentos cubiertos de forma habitual, oportuna y adecuada.

La persona cubierta debe comunicarse con el Departamento de Atención al Cliente de CVS/Caremark al número que figura en su tarjeta de identificación para determinar la cantidad aplicable para los medicamentos cubiertos o si, y en qué medida, puede ser procedente una excepción especial. Dicha excepción especial podrá aprobarse por un período máximo de seis meses naturales cada vez.

¹ Ciertos medicamentos cubiertos tienen límites específicos de cantidad, según lo determinado por los estatutos estatales y federales, las etiquetas de uso aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) o la revisión de utilización de medicamentos que lleva a cabo el Comité de Contención de Costos de Atención Médica del Estado de Connecticut y aprobada por la Oficina del Contralor del Estado. La revisión de la utilización de medicamentos puede incluir, entre otros, la detección de interacciones entre medicamentos, la detección de intervalos de dosis, la detección de medicamentos de preferencia, la detección de protocolos terapéuticos, la detección de beneficios en función del sexo y la edad, la duración del uso y la supervisión de las reposiciones.

Cobertura de medicamentos anticonceptivos. El Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados cubre los medicamentos anticonceptivos por un costo compartido de \$0.00. El suministro para 30 días de un nuevo medicamento anticonceptivo puede surtir en una farmacia minorista participante. A partir de entonces, las reposiciones de medicamentos anticonceptivos deben realizarse como medicamentos de mantenimiento en la farmacia de venta por correo o en una farmacia minorista de la red de medicamentos de mantenimiento.

Cobertura de determinados medicamentos preventivos

Los siguientes medicamentos estarán cubiertos con \$0.00 de costo compartido cuando los recete un proveedor autorizado a una persona cubierta dentro de la edad/género designados para las circunstancias o afecciones indicadas.

- **Aspirina para prevenir enfermedades cardiovasculares (ECV):** para los hombres de 45 a 79 años, se cubrirá la aspirina genérica a dosis entre 81 y 325 mg; para las mujeres de 55 a 79 años, se cubrirá la aspirina genérica a dosis entre 81 y 325 mg.
- **Suplemento con ácido fólico:** para las mujeres hasta los 55 años, se cubrirá un suplemento diario que contenga de 0.4 a 0.8 mg (de 400 a 800 mcg) de ácido fólico.
- **Dejar de fumar:** los productos genéricos de sustitución de nicotina de venta libre estarán cubiertos para los adultos.
- **Quimioprevención de la caries dental:** para los niños en edad preescolar (entre seis meses y hasta seis años de edad) cuya fuente principal de agua sea deficiente en flúor, se cubrirán las formas orales de flúor de marca y genéricas cuando las recete un proveedor autorizado en las siguientes dosis: comprimido de fluoruro de sodio de 0.5 mg; tableta masticable de fluoruro de sodio de 0.25 - 0.5 mg; solución de fluoruro de sodio de 0.125 - 0.25 mg/gota; solución de fluoruro de sodio de 0.25 mg/0.6 ml; solución de fluoruro de sodio de 0.5 mg/ml.
- **Anticonceptivos y anticoncepción de emergencia:** se cubrirán los anticonceptivos de venta libre y la anticoncepción de emergencia.

Programa de Gestión de Medicamentos Especializados

Junto con el programa de descuentos para medicamentos especializados anteriormente indicado, se aplicarán los siguientes programas de gestión de especialidades:

- **Programa de Gestión de Pautas de Especialidad.** El Plan prevé una evaluación exhaustiva, prospectiva y una revisión clínica retrospectiva para promover la seguridad de los pacientes y garantizar una cobertura rentable y clínicamente adecuada de los medicamentos especializados de más de 60 clases terapéuticas. Todas las clases de medicamentos especializados requieren autorización previa.
- **Formulario de especialidades.** Algunos medicamentos especializados se consideran no incluidos en el formulario y solo se podrá acceder a ellos mediante una revisión de autorización previa por necesidad médica.
- **Red limitada de farmacias de especialidades.** Todos los medicamentos especializados cubiertos por el programa deben ser llenados en cualquier farmacia CVS Specialty[®], en los Servicios de Farmacia para Pacientes Ambulatorios en Yale New Haven Health, Hartford Healthcare Community Pharmacy, o en UConn Health Pharmacy Services.

Medicamentos cubiertos que requieren autorización previa

La lista de medicamentos cubiertos no especializados para los que se requiere autorización previa que figura a continuación está sujeta a cambios, con base en (a) la existencia de nuevos productos o tecnologías de medicamentos aprobados por la FDA; o (b) determinaciones tras la revisión del Comité de Farmacia y Terapéutica de Recetas de CVS/Caremark para productos o tecnologías de medicamentos previamente aprobados por la FDA. El Comité de Farmacia y Terapéutica de CVS/Caremark revisará estos medicamentos según las indicaciones aprobadas por la FDA y en las pautas de tratamiento reconocidas a nivel nacional.

Clases de medicamentos no especializados que requieren autorización previa
Fórmulas magistrales
Agentes contra la narcolepsia
Nascobal
Antinflamatorios no esteroideos
Fentanilo oral/intranasal
Ivermectina oral
Agentes de inmunoterapia orales/sublinguales
Selección de productos de marca y genéricos de metformina de liberación prolongada (extended-release, ER)
Semaglutida (agonistas GLP-1)
Selección 510K de dispositivos médicos
Zegerid (omeprazol-bicarbonato)

A medida que se realicen cambios en esta lista en respuesta a la disponibilidad de nuevos productos o tecnologías farmacéuticos aprobados por la FDA o a la revisión por parte del Comité de Farmacia y Terapéutica de CVS/Caremark, el Patrocinador del Plan actualizará el Documento del Plan.

Una persona cubierta puede comunicarse con el Departamento de Atención al Cliente en el número que figura en su tarjeta de identificación o en el sitio web de CVS/Caremark si tiene alguna pregunta sobre los medicamentos recetados que requieren autorización previa. La inclusión de un nuevo producto farmacéutico o tecnología aprobados por la FDA en la lista de medicamentos que requieren autorización previa no es garantía de cobertura. Si desea más información, consulte la sección *Cobertura de medicamentos recetados y Exclusiones y limitaciones*.

Obtención de autorización previa

La persona cubierta o su representante deben obtener una autorización previa para recibir beneficios por determinados medicamentos cubiertos. Cuando se receta a una persona cubierta un medicamento cubierto que requiere autorización previa, la persona cubierta o su representante deben llamar a CVS/Caremark al 800-294-5979 o enviar por fax una solicitud escrita de autorización previa a CVS/Caremark, al 888-836-0730.

Una vez recibida la solicitud de autorización previa, CVS/Caremark:

- denegará la autorización previa para el medicamento recetado; o

- aprobará los beneficios para ese medicamento recetado hasta el límite de la cantidad especificada.

Duración de la autorización previa

Una vez aprobados los beneficios de un medicamento que requiere autorización previa (lo que incluye la cobertura que resulta de una revisión interna o de un recurso externo), la autorización será efectiva durante un plazo determinado, normalmente 12 meses, tras el cual deberá presentarse una nueva solicitud de autorización previa de ese medicamento.

Medicamentos cubiertos sujetos a límites de cantidad

A continuación se incluye una lista de los medicamentos cubiertos que están sujetos a límites de cantidad. El Comité de Farmacia y Terapéutica de CVS/Caremark revisará estos medicamentos según las indicaciones aprobadas por la FDA y las pautas de tratamiento reconocidas a nivel nacional, según lo determinado por los Estatutos Estatales y Federales, el etiquetado aprobado por la FDA para su uso, o la revisión de utilización de medicamentos que lleva a cabo el Comité de Contención de Costos de Atención Médica del Estado de Connecticut y aprobada por la Oficina del Contralor del Estado.

Clases de medicamentos no especializados sujetos a límites de cantidad
Antiparasitarios
Disfunción eréctil
Agentes contra la migraña
Analgésicos opiáceos
Antibacterianos tópicos
Antifúngicos de uso tópico
Lidocaína tópica

Medicamentos cubiertos sujetos a terapia escalonada

A continuación se incluye una lista de los medicamentos cubiertos que están sujetos a la terapia escalonada.

Clases de medicamentos no especializados sujetos a terapia escalonada
Analgésicos opiáceos de liberación prolongada
Agentes contra la migraña - antagonistas del receptor del péptido relacionado con el gen de la calcitonina (calcitonin gene related to peptide, CGRP)
Antifúngico tópico: oxiconazol

Otras disposiciones relativas a los beneficios de medicamentos de venta con receta

El Patrocinador del Plan puede exigir a una persona cubierta que proporcione a CVS/Caremark cualquier información sobre el diagnóstico de cualquier lesión o enfermedad y sobre la naturaleza, la calidad y la cantidad del medicamento recetado o del medicamento recetado de mantenimiento, y puede denegar la cobertura si no se proporciona la información adecuada.

El Patrocinador del Plan no será responsable de ninguna reclamación, lesión, demanda ni sentencia con base en delito civil, responsabilidad por productos defectuosos u otros motivos (lo que incluye la

garantía de comerciabilidad), que surja de la cobertura, fórmula magistral, dispensación, fabricación o uso de cualquier medicamento recetado o medicamento recetado de mantenimiento dispensado en virtud de las disposiciones del Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados.

Se cubren hasta seis píldoras/unidades/dosis al mes de un medicamento cubierto relacionado con el tratamiento de disfunciones o insuficiencias sexuales masculinas o femeninas. Consulte *Medicamentos cubiertos sujetos a límites de cantidad*.

Programa de beneficios de medicamentos recetados

El derecho de un afiliado a los beneficios de medicamentos cubiertos, según lo dispuesto en este Documento del Plan, está sujeto a los términos y condiciones del acuerdo entre el Estado de Connecticut y CVS/Caremark.

Empleados activos

	Medicamentos para casos agudos		Medicamentos de mantenimiento	
	Farmacia minorista participante	Farmacia minorista no participante	Red de medicamentos de mantenimiento o venta por correo ²	Participantes en el Programa de Mejora de la Salud ³
Medicamentos genéricos preferidos	\$5 de copago	Coaseguro del 20 %; El plan cubre el 80%	\$5 de copago	\$0 de copago
Medicamentos genéricos no preferidos	\$10 de copago	Coaseguro del 20 %; El plan cubre el 80%	\$10 de copago	\$0 de copago
Medicamentos de marca preferida	\$25 de copago	Coaseguro del 20 %; El plan cubre el 80%	\$25 de copago	\$5 de copago
Medicamentos de marca no preferida	\$40 de copago	Coaseguro del 20 %; El plan cubre el 80%	\$40 de copago	\$12.50 de copago
Anticonceptivos⁴	El plan cubre el 100%	N/C	El plan cubre el 100%	El plan cubre el 100%
Límite de suministro diario	30 días	30 días	90 días	90 días

² Se requiere el uso de la red de pedidos por correo o de medicamentos de mantenimiento para una reposición de 90 días de medicamentos de mantenimiento después de la primera reposición de 30 días en una farmacia minorista.

³ También incluye las siguientes afecciones crónicas: asma/enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), insuficiencia cardiaca/cardiopatía, hiperlipidemia e hipertensión y diabetes.

⁴ Se tratan como medicamentos de mantenimiento; se requiere el uso de pedidos por correo o de la red de medicamentos de mantenimiento para una reposición de 90 días después de la primera reposición de 30 días en una farmacia minorista.

	Medicamentos especializados	
	Farmacia especializada participante	Farmacia especializada no participante
Afiliados a PrudentRx	\$0 de copago ⁵	Sin cobertura
Exclusión voluntaria de PrudentRx	Copago minorista aplicable al tipo de medicamento (genérico/de marca)	Sin cobertura
Límite de suministro diario	30 días	No corresponde

Planes para jubilados

Jubilados antes del 1 de julio de 2009

	Medicamentos para casos agudos		Pedido por correo²
	Farmacia minorista participante	Farmacia minorista no participante	Medicamentos de mantenimiento
Genéricos	\$3 de copago	20 % de coaseguro; el plan paga el 80 %	El plan cubre el 100%
Medicamentos de marca preferida	\$6 de copago	20 % de coaseguro; el plan paga el 80 %	El plan cubre el 100%
Medicamentos de marca no preferida	\$6 de copago	20 % de coaseguro; el plan paga el 80 %	El plan cubre el 100%
Anticonceptivos⁴	El plan cubre el 100%	N/C	El plan cubre el 100%
Límite de suministro diario	30 días	30 días	90 días
	Medicamentos especializados		
	Farmacia especializada participante	Farmacia especializada no participante	
Afiliados a PrudentRx	\$0 de copago ⁵	Sin cobertura	
Exclusión voluntaria de PrudentRx	Copago aplicable al tipo de medicamento (genérico/de marca)	Sin cobertura	
Límite de suministro diario	30 días	No corresponde	

⁵ Sujeto a la inscripción del afiliado en el programa de apoyo al copago del fabricante disponible; de lo contrario, la parte del afiliado está sujeta a un coaseguro del 30 % y a su retiro de PrudentRx.

Jubilados entre el 1.º jul 2009 y el 1 oct 2011

Medicamentos para casos agudos			Pedido por correo ²
	Farmacia minorista participante	Farmacia minorista no participante	Medicamentos de mantenimiento
Genéricos	\$5 de copago	20 % de coaseguro; el plan paga el 80 %	El plan cubre el 100%
Medicamentos de marca preferida	\$10 de copago	20 % de coaseguro; el plan paga el 80 %	El plan cubre el 100%
Medicamentos de marca no preferida	\$25 de copago	20 % de coaseguro; el plan paga el 80 %	El plan cubre el 100%
Anticonceptivos⁴	El plan cubre el 100%	N/C	El plan cubre el 100%
Límite de suministro diario	30 días	30 días	90 días
Medicamentos especializados			
	Farmacia especializada participante	Farmacia especializada no participante	
Afiliados a PrudentRx	\$0 de copago ⁵	Sin cobertura	
Exclusión voluntaria de PrudentRx	Copago aplicable al tipo de medicamento (genérico/de marca)	Sin cobertura	
Límite de suministro diario	30 días	No corresponde	

Jubilados después del 2 oct 2011

Medicamentos para casos agudos			Pedido por correo ²	
	Farmacia minorista participante	Farmacia minorista no participante	Medicamentos de mantenimiento	Participantes en el Programa de Mejora de la Salud ³
Genéricos	\$5 de copago	Coaseguro del 20 %; El plan cubre el 80%	\$5 de copago	\$0 de copago
Medicamentos de marca preferida	\$20 de copago	Coaseguro del 20 %; El plan cubre el 80%	\$10 de copago	\$5 de copago
Medicamentos de marca no preferida	\$35 de copago	Coaseguro del 20 %; El plan cubre el 80%	\$25 de copago	\$12.50 de copago

Anticonceptivos⁴	El plan cubre el 100%	N/C	El plan cubre el 100%	El plan cubre el 100%
Límite de suministro diario	30 días	30 días	90 días	90 días
	Medicamentos especializados			
	Farmacia especializada participante		Farmacia especializada no participante	
Afiliados a PrudentRx	\$0 de copago ⁵		Sin cobertura	
Exclusión voluntaria de PrudentRx	Copago aplicable al tipo de medicamento (genérico/de marca)		Sin cobertura	
Límite de suministro diario	30 días		No corresponde	

Jubilados después del 2 oct 2017

	Medicamentos para casos agudos		Pedido por correo	
	Farmacia minorista participante	Farmacia minorista no participante	Medicamentos de mantenimiento⁶	Participantes en el Programa de Mejora de la Salud³
Medicamentos genéricos preferidos	\$5 de copago	20 % de coaseguro; el plan paga el 80 %	\$5 de copago	\$0 de copago
Medicamentos genéricos no preferidos	\$10 de copago	20 % de coaseguro; el plan paga el 80 %	\$10 de copago	\$0 de copago
Medicamentos de marca preferida	\$25 de copago	20 % de coaseguro; el plan paga el 80 %	\$25 de copago	\$5 de copago
Medicamentos de marca no preferida	\$40 de copago	20 % de coaseguro; el plan paga el 80 %	\$40 de copago	\$12.50 de copago
Anticonceptivos⁴	El plan cubre el 100%	N/C	El plan cubre el 100%	El plan cubre el 100%
Límite de suministro diario	30 días	30 días	90 días	90 días

⁶ Los jubilados no elegibles para Medicare deben utilizar la red de pedidos por correo o de medicamentos de mantenimiento para una reposición de 90 días de medicamentos de mantenimiento después de la primera reposición de 30 días en una farmacia minorista.

	Medicamentos especializados	
	Farmacia especializada participante	Farmacia especializada no participante
Afiliados a PrudentRx	\$0 de copago ⁵	Sin cobertura
Exclusión voluntaria de PrudentRx	Copago aplicable al tipo de medicamento (genérico/de marca)	Sin cobertura
Límite de suministro diario	30 días	No corresponde

Programas y normas sobre medicamentos recetados

Medicamentos genéricos obligatorios	<p>Cuando una receta no especifica "Sin Sustitución" y el pedido se surte con un MEDICAMENTO RECETADO DE MARCA a petición de la persona cubierta o de quien hace la prescripción, aunque esté disponible un medicamento genérico equivalente aprobado por el gobierno federal, la persona cubierta será responsable tanto del monto del copago del MEDICAMENTO RECETADO DE MARCA, como se muestra en el Programa de Beneficios de Medicamentos Recetados, como de la diferencia de costo entre el medicamento genérico recetado y el medicamento recetado de marca.</p> <p>Cuando un medicamento recetado de marca (para el que está disponible un medicamento genérico recetado) sea médicamente necesario para tratar una lesión o enfermedad específica de una persona cubierta, el prescriptor deberá enviar un formulario de necesidad médica cumplimentado a CVS/Caremark por fax. Si se establece la necesidad médica, se dispensará el medicamento de marca sin que la persona cubierta tenga que pagar la diferencia de costo entre el medicamento recetado genérico y el de marca.</p> <p>En caso de que no se disponga de medicamentos genéricos recetados para dispensar un medicamento recetado que no sea de mantenimiento, la persona cubierta deberá abonar el copago del medicamento de marca que figura en el <i>Programa de Beneficios de Medicamentos Recetados</i>.</p> <p>El copago de un medicamento de marca no preferido puede reducirse al copago aplicable a un medicamento de marca preferido si quien prescribe presenta un formulario de necesidad médica rellenado a CVS/Caremark por fax y se corrobora la necesidad médica.</p>
Uso de medicamentos no preferidos	<p>Se requiere un copago más elevado a menos que el médico que prescribe presente una solicitud de excepción de cobertura que certifique que la marca no preferida es médicamente necesaria.</p>
Autorización previa	<p>Obligatoria para determinados medicamentos. Consulte <i>Medicamentos cubiertos que requieren autorización previa</i></p>
Límites de cantidad	<p>Obligatorios para determinados medicamentos. Consulte <i>Medicamentos cubiertos sujetos a límites de cantidad</i></p>
Programa de Mejora de la Salud (condiciones crónicas)	<p>Las personas cubiertas por el Programa de Mejora de la Salud (Health Enhancement Program, HEP) pueden optar a una reducción de los costos compartidos de los medicamentos de mantenimiento recetados para el tratamiento de las siguientes afecciones: diabetes, asma/EPOC, hipertensión, hiperlipidemia o cardiopatía/insuficiencia cardíaca.</p>
Medicamentos especializados	<p>Las recetas de estos medicamentos están sujetas a autorización previa y solo pueden ser dispensadas por CVS Specialty Pharmacy, Yale Specialty Pharmacy, Hartford Healthcare Specialty Pharmacy o UConn Health Pharmacy Services. No se cubren los medicamentos especializados dispensados en farmacias no participantes.</p>
Formulario	<p>Lista de medicamentos preferidos por CVS/Caremark</p>
Máximo anual de gastos de bolsillo para medicamentos con receta	<p>Individual: \$4,600 Familiar: \$9,200</p>

Exclusiones y limitaciones

Este Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados no brinda cobertura para ningún medicamento recetado o medicamento recetado de mantenimiento que sea o haya sido:

- Dispensado antes de la fecha de entrada en vigor de la persona cubierta o después de la fecha de baja.
- Objeto de una solicitud de información adicional por parte de CVS/Caremark (por ejemplo, con fines de revisión de la utilización) cuando CVS/Caremark no reciba la información solicitada.
- Llenado en exceso de lo especificado por el médico prescriptor o dispensado/reposición después de un año de la fecha original de la prescripción.
- Tomado o administrado durante su estancia en un hospital o en cualquier otro centro o consultorio de atención médica.
- Cubierto por el seguro de accidentes de trabajo, Medicare, Medicaid u otro programa gubernamental (no Medicare), aunque la persona cubierta decida no reclamar esos beneficios.
- Suministrado por la Administración de Veteranos de EE. UU., excepto si este Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados es el PLAN SECUNDARIO; cualquier cantidad de copago que una persona cubierta deba pagar puede ser presentada para reembolso según las disposiciones de Coordinación de Beneficios.
- Para fórmulas magistrales para los que no se ha aprobado una autorización previa.
- Dispensado o prescrito de forma contraria a la práctica médica habitual. No obstante, no se excluirá la cobertura de ningún medicamento prescrito para el tratamiento del cáncer por el hecho de que se prescriba para el tratamiento de un tipo de cáncer para el que el medicamento no haya sido aprobado por la FDA, siempre que el medicamento esté reconocido para el tratamiento del tipo específico de cáncer para el que se ha prescrito en uno de los siguientes compendios de referencia establecidos:
 - Guía de información sobre medicamentos de la Farmacopea de EE. UU. para el profesional sanitario (U.S. Pharmacopoeia Drug Information, USP DI).
 - Evaluaciones de Medicamentos de la Asociación Médica Estadounidense (American Medical Association's Drug Evaluations, AMA DE); o bien de la
 - Información sobre Medicamentos del Servicio de Formulario Hospitalario de la Sociedad Estadounidense de Farmacéuticos de Hospital (American Hospital Formulary Service Drug Information[®], AHFS DI[®]).
- Se considere de naturaleza EXPERIMENTAL O DE INVESTIGACIÓN, lo que incluye cualquier medicamento que requiera aprobación federal o de otra agencia gubernamental no concedida en el momento en que se prescribió el medicamento, o cualquier medicamento que esté aprobado por la FDA solo para estudios controlados.
- Todos los productos y medicamentos de venta libre, salvo los designados como medicamentos preventivos en la sección *Cobertura de medicamentos recetados*. Esto incluye, entre otros, la reposición de electrolitos, los preparados no especializados para lactantes para los que no se requiere receta, los suplementos nutricionales varios y todos los demás productos y medicamentos de venta libre.

- Anorexígenos.
- Cualquier medicamento cosmético, incluidos, entre otros, Renova, preparados para la pigmentación de la piel, cualquier medicamento o producto utilizado para el tratamiento de la calvicie.
- Hormonas de crecimiento para el tratamiento de la talla baja idiopática (TBI).
- Medicamentos para la infertilidad a menos que el PBM apruebe su utilización para el Plan de Beneficios Médicos junto con un procedimiento de infertilidad cubierto.
- Todos los detergentes, champús, dentífricos/geles, enjuagues bucales o jabones que puedan dispensarse sin receta.
- Un aparato, dispositivo, otro suministro médico o equipo médico duradero, a menos que figure en la definición de medicamento recetado.
- Una aguja hipodérmica, jeringa o dispositivo similar, excepto para la administración de medicamentos cubiertos cuando se prescriban de acuerdo con los términos y condiciones del Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados.
- Un extracto alergénico o una vacuna.
- Un anticonceptivo o dispositivo anticonceptivo, que:
 - no haya sido aprobado por la FDA; y
 - un médico certificado no haya prescrito.
- Preservativos, esponjas anticonceptivas, espermicidas y anticonceptivos de emergencia de venta libre, a menos que los prescriba un médico certificado.
- Medicamentos cubiertos por cualquier otro plan del Patrocinador del Plan.
- Vitaminas que se utilicen como suplemento dietético, lo que incluye los suplementos nutricionales líquidos, las vitaminas pediátricas recetadas y las versiones recetadas de las vitaminas A, D, K, B12, niacina y ácido fólico, excepto las que figuran como medicamentos preventivos en la *Cobertura de Medicamentos Recetados*.
- Cualquier medicamento etiquetado como “Precaución: limitado por la Ley Federal para su uso solo en investigación” o medicamentos experimentales.
- Cualquier medicamento que la Administración de Alimentos y Medicamentos haya determinado que está contraindicado para el tratamiento específico.
- Cualquier gasto relacionado con la administración de cualquier medicamento.
- Fármacos, medicamentos o productos que no sean médicamente necesarios.
- Medicamentos recetados para la disfunción eréctil, excepto los descritos en *Otras disposiciones relativas a los beneficios de medicamentos recetados*.
- Aversivos del tabaco de venta libre, excepto los que figuran como medicamentos preventivos en la *Cobertura de Medicamentos Recetados*.
- Dispensación de cantidades superiores a las previstas en la cobertura de medicamentos recetados en relación con excepciones especiales al límite máximo de suministros, suministros para vacaciones y sustitución de medicamentos recetados perdidos, robados, derramados, rotos o caídos, hasta dos veces al año.

- Alimentos de uso médico.
- Medicamentos cubiertos únicamente por el Plan de Beneficios Médicos (por ejemplo, Spinraza, Yescarta, Luxturna, Brineura, Zolgensma, etc.).
- Productos periodontales (implantes subgingivales).
- Productos no aprobados o productos que puedan comercializarse contraviniendo la Ley Federal de Alimentos, Medicamentos y Cosméticos.
- Los fármacos para la pérdida de peso y los fármacos utilizados fuera de lo indicado para la pérdida de peso (por ejemplo, agonistas GLP-1 para diabéticos) están excluidos de la cobertura a menos que se receten a un afiliado inscrito y que participe activamente en el programa de pérdida de peso dirigido por Intellihealth para afiliados del Estado de Connecticut.
- Cualquier otro servicio o artículo que no figure en este Documento del Plan.

Exclusión de la compensación de los trabajadores

En la medida en que lo permita la ley, no se proporcionarán beneficios por servicios cubiertos que sean pagados, pagaderos o elegibles para cobertura según cualquier Ley de Compensación de Trabajadores, responsabilidad del empleador o ley de enfermedades profesionales, denegados de conformidad con un programa gestionado de Compensación de Trabajadores como servicios de farmacia minorista no participante o que, por ley, se hayan prestado sin gastos para la persona cubierta.

El Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados tendrá derecho a lo siguiente:

- Cobrar a la entidad obligada según dicha ley el valor en dólares de aquellos beneficios a los que tenga derecho la persona cubierta.
- Cobrar a la persona cubierta dicho valor en dólares, en la medida en que los servicios cubiertos se le hayan pagado a la persona cubierta.
- Reducir cualquier cantidad adeudada a la persona cubierta por el monto que esta haya recibido en pago.
- Retener cualquier suma adeudada a la persona cubierta por el monto que el Patrocinador del Plan haya pagado por los servicios cubiertos prestados a la persona cubierta, en caso de que exista una reclamación disputada o controvertida entre el Patrocinador del Plan y la aseguradora designada de Compensación de Trabajadores en cuanto a si la persona cubierta tiene o no derecho a recibir pagos de beneficios de Compensación de Trabajadores.
- Recuperar cualquier suma adeudada según lo descrito anteriormente, en el caso de que la reclamación disputada o controvertida se resuelva mediante acuerdo monetario en la totalidad de dicho acuerdo.
- Si una persona cubierta tiene derecho a prestaciones según la Ley de Compensación de Trabajadores, de responsabilidad civil del empleador o de enfermedades profesionales, es necesario seguir todas las pautas de cobertura de dicho programa para que este Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados siga proporcionando beneficios por los servicios cubiertos cuando se agoten las prestaciones de Compensación de Trabajadores.

Exclusión del seguro de automóvil

En la medida en que la ley lo permita, este Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados no pagará beneficios por servicios cubiertos pagados, pagaderos o que deban proporcionarse como beneficios básicos de reparación según cualquier póliza de seguro independiente de culpabilidad o de otra póliza de seguro de automóvil.

El Patrocinador del Plan tendrá derecho a:

- Cobrar al asegurador obligado según dicha ley el valor en dólares de los beneficios a los que tiene derecho una persona cubierta.
- Cobrar a la persona cubierta dicho valor en dólares, en la medida en que la persona cubierta haya recibido el pago de todas y cada una de las fuentes, lo que incluye, entre otros, el pago de la primera parte.
- Reducir cualquier suma adeudada a la persona cubierta por el monto que esta haya recibido de todas y cada una de las fuentes, lo que incluye, entre otros, el pago de la primera parte interesada.

Los beneficios estarán sujetos a la sección *Coordinación de beneficios* para los servicios cubiertos que reciba una persona cubierta según una póliza de seguro de automóvil, que proporciona beneficios de seguro independiente de la culpabilidad.

Si una persona cubierta tiene derecho a beneficios según una póliza de seguro independiente de culpabilidad o de otro tipo de seguro de automóvil, los beneficios por los servicios cubiertos solo se proporcionarán cuando la persona cubierta siga todas las pautas de cobertura de dicha póliza. Es necesario seguir todas las pautas de dicha póliza para que el Patrocinador del Plan siga brindando beneficios por los servicios cubiertos cuando se agoten los beneficios del seguro independiente de culpabilidad o de otra póliza de seguro de automóvil.

Coordinación de Beneficios

Todos los beneficios proporcionados según este Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados están sujetos al proceso de Coordinación de Beneficios (Coordination of Benefits, COB). Las sanciones impuestas a una persona cubierta por el PLAN PRIMARIO no están sujetas a la COB.

La COB se aplica a este Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados cuando una persona cubierta tiene cobertura de atención médica en más de un plan. Cuando este Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados es un "plan principal", los beneficios se determinan antes que los del otro plan y sin tener en cuenta los beneficios del otro plan. Cuando este Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados es un "plan secundario", los beneficios se determinan después de los del otro plan y pueden verse reducidos por los beneficios del otro plan. Si un acuerdo de cobertura consta de dos partes y las normas de la COB solo se aplican a una de las dos, cada una de las partes es un plan independiente.

Si la persona cubierta está amparada por este Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados y por otro plan, las "normas de determinación del orden de beneficios" determinarán qué plan es el principal. Los beneficios de este Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados:

- No se reducirá cuando, según las normas de determinación del orden de beneficios, este Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados sea el plan principal; pero
- Puede reducirse (o el valor razonable en efectivo de cualquier servicio cubierto proporcionado bajo este Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados puede recuperarse del plan primario) cuando, según las normas del orden de determinación de beneficios, otro plan es el plan primario.

La persona cubierta debe presentar la explicación de beneficios del plan primario a CVS/Caremark en un plazo de dos años a partir de la fecha del servicio para ser elegible para el pago según la COB.

Normas para la determinación del orden de beneficios

Este Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados es un plan secundario, cuyos beneficios se determinan después de los del otro plan, cuando una persona cubierta:

- recibe servicios cubiertos por o a través de este Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados (o tiene derecho a reclamar beneficios conforme al Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados);
- ha seguido todas las pautas y procedimientos, tal y como se especifica en este Documento del Plan; y
- los servicios cubiertos sirven de base para una reclamación conforme a otro plan.

A menos que:

- el otro plan tenga normas que coordinen sus beneficios con las descritas en este documento del Plan; y
- tanto las normas del otro plan como las normas de coordinación de este Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados exigen que los beneficios de este Plan de Beneficios de Prescripción se determinen antes que las del otro plan.

Normas de coordinación

El Patrocinador del Plan determina su orden de beneficios aplicando las siguientes normas:

- **Que no sea una persona dependiente.** El plan que cubre a la persona como afiliado cubierto (es decir, no como dependiente) tiene prioridad sobre el plan que cubre a la persona como dependiente;
- **Hijo dependiente/padres no separados ni divorciados.** Cuando este Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados y otro plan cubren al mismo hijo como dependiente de distintas personas, denominadas "padres", el plan del padre cuyo cumpleaños cae antes en un año es primario sobre el plan del padre cuyo cumpleaños cae después en ese año. Si ambos padres cumplen años el mismo día, el plan que haya cubierto a uno de ellos durante más tiempo es el principal. Solo se tienen en cuenta el mes y el día del cumpleaños.
- **Hijo dependiente/padres separados o divorciados.** En el caso de un hijo dependiente cubierto:
 - Cuando los padres están separados o divorciados y el padre que tiene la custodia legal del hijo no se ha vuelto a casar, el plan que cubre al hijo como dependiente del padre que tiene la custodia legal del hijo pagará los beneficios antes que el plan que cubre al hijo como dependiente del padre sin custodia legal;
 - Cuando los padres están divorciados y el padre que tiene la custodia legal del hijo se ha vuelto a casar, el plan que cubre al hijo como dependiente del padre que tiene la custodia pagará los beneficios antes que el plan que cubre a ese hijo como dependiente del padrastro o la madrastra; y
 - El plan que cubre a ese hijo como dependiente del padrastro o de la madrastra pagará los beneficios antes que el plan que cubre a ese hijo como dependiente del padre sin custodia legal.

No obstante, si las condiciones específicas de una orden judicial establecen que uno de los padres es responsable económicamente de los gastos de atención médica del hijo, el plan que cubra al hijo como dependiente del padre responsable económicamente pagará los beneficios antes que cualquier otro plan que cubra al hijo como dependiente.

Las disposiciones de esta subsección no se aplican con respecto a cualquier PERÍODO DE DETERMINACIÓN DE RECLAMACIONES o AÑO DEL PLAN durante el cual se pague o proporcione realmente cualquier beneficio antes de que el pagador tenga conocimiento real de los términos de la orden judicial.

- **Empleado activo/inactivo.** Un plan que cubre a una persona como empleado que no está despedido ni jubilado (o como dependiente de ese empleado) es primario a un plan que cubre a esa persona como despedido o jubilado (o como dependiente de ese empleado). Si el otro plan no tiene esta norma y, como consecuencia, los planes no se ponen de acuerdo sobre el orden de las beneficios, se ignora esta norma.
- **Mayor/menor/duración de la cobertura.** Si ninguna de las normas anteriores determina el orden de los beneficios, el plan que ha cubierto a un afiliado cubierto durante más tiempo es prioritario frente al plan que ha cubierto a esa persona durante menos tiempo.

Repercusión de este Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados en otros beneficios

Cuando el Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados es el plan secundario, el Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados proporcionará beneficios por el monto menor entre el que se habría pagado si hubiera sido el plan primario y el saldo de la factura. El Patrocinador del Plan nunca pagará más de lo que habría pagado como plan principal.

Si otro plan establece que sus beneficios son "excedentes" o "siempre secundarios" y si se determina que este Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados es secundario según las disposiciones de la COB de dicho Plan, el monto de los beneficios pagaderos según este Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados se determinará sobre la base de que dicho Plan es secundario.

Derecho a recibir y divulgar la información necesaria

Para aplicar estas normas de la COB se necesita determinada información. El Patrocinador del Plan tiene derecho a decidir qué información necesita. Al inscribirse en el Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados, la persona cubierta da su consentimiento para la divulgación de la información necesaria para aplicar las normas de la COB. Cualquier persona cubierta que reclame beneficios bajo este Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados debe proporcionar la información que el Patrocinador del Plan o CVS/Caremark determine que es necesaria para la COB.

Facilidad de pago

Un pago efectuado o un servicio prestado según otro plan puede incluir un monto que debería haberse pagado o prestado según este Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados. En caso afirmativo, el Patrocinador del Plan puede abonar ese monto a la organización que efectuó el pago. Dicho monto se considerará entonces como si se tratara de un beneficio pagado según este Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados.

Derecho de recuperación según la Coordinación de beneficios

Si el monto de los beneficios proporcionados según el Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados es superior al que debería haberse pagado según la COB, o si este Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados ha proporcionado servicios que deberían haber sido pagados por el plan principal, el Patrocinador del Plan podrá recuperar el exceso o el valor razonable en efectivo de los servicios cubiertos, según corresponda, de una o más de las personas, compañías de seguros u otras organizaciones a las que haya pagado o por las que haya pagado.

El derecho del Patrocinador del Plan a recuperar de una persona cubierta se limitará al GASTO PERMITIDO que la persona cubierta haya recibido de otro plan. La aceptación de los servicios cubiertos constituirá el consentimiento de la persona cubierta al derecho de recuperación del Patrocinador del Plan. El afiliado cubierto se compromete a tomar las medidas adicionales para ejecutar y entregar los documentos que se requieran y hacer todo lo que sea necesario para garantizar los derechos del Patrocinador del Plan a recuperar los pagos en exceso. El incumplimiento por parte de la persona cubierta puede dar lugar a la retirada de los beneficios ya concedidos o a la denegación de los beneficios solicitados.

Finalización de la cobertura

La afiliación de la persona cubierta al Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados finalizará:

- el último día del mes en el que no se han abonado a su vencimiento las primas exigidas para la cobertura de una persona cubierta.
- a elección de la persona cubierta, durante la Inscripción Abierta del Patrocinador del Plan, con entrada en vigor a partir de la fecha de renovación del Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados.
- el día siguiente al fallecimiento de un afiliado cubierto. Cuando fallece un afiliado cubierto, la cobertura de sus dependientes finalizará el primer día del mes siguiente al fallecimiento del afiliado cubierto, a menos que reúnan los requisitos para continuar la cobertura conforme al Plan de Beneficios para la Salud para Jubilados o elijan continuar la cobertura conforme a la COBRA.
- Cuando la persona cubierta deja de cumplir los requisitos de elegibilidad definidos en la *sección Elegibilidad*, la cobertura finalizará el primer día del mes siguiente a la pérdida de elegibilidad. Cuando se pierde el derecho a la cobertura de un dependiente debido a una falsa declaración de estado civil, divorcio o separación legal, la finalización de la cobertura se producirá el primer día del mes siguiente a la fecha de entrada en vigor del divorcio o separación legal o del descubrimiento de la falsa declaración.
- En caso de que una persona cubierta permita a otra persona utilizar su tarjeta de identificación para obtener servicios.
- Si se determina que un afiliado cubierto ha inscrito como dependiente en el plan a una persona que no reúne los requisitos o no ha proporcionado al Patrocinador del Plan la notificación requerida de la ocurrencia de un evento que hace que un dependiente deje de reunir los requisitos para la cobertura (por ejemplo, divorcio, separación legal o cumplimiento de la edad máxima).

Sin perjuicio de lo anterior, la cobertura de un dependiente afiliado finalizará el día siguiente al fallecimiento de dicho dependiente afiliado.

Notificación a los afiliados

De acuerdo con los Estatutos Generales de Connecticut, si el Patrocinador del Plan cancela o interrumpe este Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados con respecto a todo el grupo o a una clase de empleados, debe enviar al afiliado cubierto una notificación por escrito de la cancelación o interrupción de este Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados al menos 15 días antes de la fecha de entrada en vigor de la cancelación o interrupción. La cobertura se extinguirá independientemente de que se haya notificado o no.

Opciones de continuación

En caso de que una persona cubierta pierda el derecho a acogerse a este Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados, puede tener derecho a continuar la cobertura en determinadas circunstancias. Las opciones de continuación se proporcionarán en cada una de las siguientes circunstancias durante el período indicado o hasta que la persona cubierta reúna los requisitos para otra cobertura de grupo, salvo que se indique lo contrario en esta sección.

NOTA: A pesar de cualquier disposición contraria en este Documento del Plan, la continuación de cobertura terminará bajo este Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados al vencimiento del contrato entre el Patrocinador del Plan y CVS/Caremark o si los equivalentes de prima requeridos no son pagados a su vencimiento.

Continuidad de la cobertura según la COBRA

Una persona cubierta sujeta a las disposiciones de continuación de cobertura de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 (“COBRA”), puede continuar la cobertura de este Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados en la medida en que lo exija la ley. El Patrocinador del Plan o su representante administrará los beneficios de continuación de la COBRA. La cobertura también estará disponible para los hijos nacidos o dados en adopción al afiliado cubierto mientras este reciba la continuación de la cobertura de la COBRA. El derecho a la continuación de la cobertura en este Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados finalizará a la terminación del acuerdo entre el Patrocinador del Plan y CVS/Caremark. La continuación de la cobertura por hasta 36 meses estará disponible para un dependiente afiliado después de:

- el fallecimiento del afiliado cubierto;
- la separación legal o el divorcio del afiliado cubierto;
- el derecho del afiliado cubierto a Medicare; o
- el cumplimiento de la edad límite de afiliación de un hijo dependiente.

La continuación de la cobertura por hasta 30 meses estará disponible para un afiliado cubierto y sus dependientes inscritos después de:

- la reducción de las horas de trabajo del afiliado cubierto;
- la renuncia voluntaria del afiliado cubierto;
- el despido o rescisión del contrato del afiliado cubierto por cualquier motivo que no sea una falta grave.

Un afiliado cubierto o un dependiente inscrito que se considere discapacitado de conformidad con el Título II o del Título XVI de la Ley de Seguridad Social en el momento en que reúna los requisitos para la prórroga de la cobertura según la COBRA o que quede discapacitado en cualquier momento durante los primeros 60 días de la prórroga de dicha cobertura dispondrá de 11 meses adicionales. El afiliado cubierto o dependiente inscrito debe notificar la determinación de discapacidad al Patrocinador del Plan a más tardar 60 días después de la fecha de la determinación de la Administración del Seguro Social y antes de que finalicen los 18 meses iniciales de continuación de la cobertura según la COBRA.

Si se determina que el afiliado o dependiente cubierto ya no está discapacitado, la prórroga del período de cobertura puede finalizar el primer día del mes siguiente a los 30 días posteriores a la notificación final de la determinación.

La continuación de la cobertura debe ser igual a los beneficios de este Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados que están disponibles para una persona cubierta actualmente empleada. Toda persona cubierta que tenga derecho a la continuación de la cobertura debe disponer de un plazo mínimo de 60 días para elegir dicha cobertura. El derecho de una persona cubierta a la continuación de la cobertura finaliza antes de los periodos antes indicados si:

- la persona cubierta adquiere derecho a los beneficios de otro plan de salud de grupo como consecuencia de un empleo, reemplazo o matrimonio, excepto cuando el nuevo plan contenga alguna exclusión o limitación relativa a cualquier enfermedad preexistente de la persona cubierta que pudiera afectar la cobertura de este Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados; o
- la prima para la continuación de la cobertura no se paga a tiempo; o
- la persona cubierta pasa a tener derecho a los beneficios de Medicare.

Disposiciones de pago

Reclamación de pagos en exceso

Cuando CVS/Caremark haya realizado pagos por servicios cubiertos, ya sea por error en exceso de la cantidad máxima de pago necesaria para satisfacer las disposiciones de este Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados, sin importar a quién se le haya pagado, CVS/Caremark, en nombre del Patrocinador del Plan, tiene derecho a recuperar estos pagos de uno o más de los siguientes:

- cualquier persona a la que o para la que se hayan efectuado dichos pagos;
- cualquier compañía de seguros; o
- cualquier otra organización que reciba dicho pago.

El derecho del Patrocinador del Plan a recuperar puede incluir la deducción del monto que CVS/Caremark haya pagado por error o en exceso de futuros pagos de beneficios. El afiliado cubierto, personalmente y en nombre de las personas dependientes, suscribirá y entregará, previa solicitud, los documentos que se le exijan y hará todo lo necesario para garantizar el derecho del Patrocinador del Plan a recuperar cualquier pago erróneo o en exceso.

Derecho de recuperación

El objetivo del Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados es proporcionar cobertura para los gastos de farmacia cualificados que no estén cubiertos por un tercero. Si el Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados paga beneficios por cualquier reclamación en la que incurra una persona cubierta como resultado de negligencia, dolo u otra acción u omisión de un tercero, el Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados tiene derecho de subrogación. En la medida en que lo permita la ley, cuando la persona cubierta tenga derecho de recuperación frente a terceros por el costo de los servicios cubiertos, el Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados tendrá derecho de recuperación frente a terceros por los beneficios de los servicios cubiertos prestados según los términos de este Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados.

La aceptación de los servicios cubiertos constituirá el consentimiento de la persona cubierta al derecho de recuperación del Plan de Medicamentos Recetados. La persona cubierta se compromete a ejecutar y entregar los instrumentos adicionales y a tomar cualquier otra medida que CVS/Caremark o el Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados puedan requerir para aplicar esta disposición. En la medida en que lo permita la ley, el Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados, o CVS/Caremark actuando en su nombre, tendrá derecho a presentar una demanda contra dicho tercero en nombre de la persona cubierta y en su propio nombre como subrogatario. La persona cubierta no hará nada que perjudique los derechos del Plan de Medicamentos Recetados según esta disposición sin su consentimiento.

Si una persona cubierta recibe el pago de un tercero por demanda o mediante acuerdo extrajudicial por el costo de los servicios cubiertos, esa persona cubierta está obligada a reembolsar al Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados los beneficios pagados en su nombre con cargo a lo recuperado del tercero o asegurador. En la medida en que lo permita la ley, el Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados tiene un derecho de retención sobre cualquier monto recuperado por la persona cubierta del tercero responsable o asegurador, tanto si ha sido designado o no como pago de gastos médicos. Este derecho de retención permanecerá en vigor hasta que el Plan de Beneficios de

Medicamentos Recetados reciba el reembolso íntegro, menos una parte prorrateada de los honorarios razonables de abogado y los costos en los que el afiliado cubierto haya incurrido para obtener la recuperación.

La persona cubierta debe notificar inmediatamente al Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados si inicia negociaciones para llegar a un acuerdo u obtiene una sentencia contra un tercero o una aseguradora en relación con un accidente o lesión para los que el Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados haya pagado beneficios.

Derechos de reclamación y apelación

Denegación de reclamaciones

Si se deniegan los beneficios, en su totalidad o en parte, CVS/Caremark enviará a la persona cubierta una notificación por escrito dentro del plazo establecido descrito en *Disposiciones de Pago*. La persona cubierta o su representante debidamente autorizado pueden recurrir la denegación tal y como se describe a continuación en *Proceso de apelación*. La notificación de determinación adversa incluirá la(s) razón(es) de la denegación, la referencia a la(s) disposición(es) del Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados en la(s) que se basa la denegación, si se necesita información adicional para procesar la reclamación y por qué se necesita esa información, los procedimientos de apelación de la reclamación y los plazos aplicables.

Si la denegación implica una determinación de revisión de utilización, la notificación también especificará:

- si se basó en una norma interna, pauta, protocolo u otro criterio para tomar la decisión sobre la reclamación y que esta información esté a disposición de la persona cubierta previa solicitud y sin costo alguno; y
- que una explicación del juicio científico o clínico para una decisión con base en la necesidad médica, el tratamiento experimental o de investigación o una limitación similar esté disponible para la persona cubierta, previa solicitud y sin costo alguno.

Proceso de apelación

Las preguntas de una persona cubierta sobre el Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados a menudo pueden tratarse de manera informal y pueden abordarse poniéndose en contacto con el Departamento de Atención al Cliente de CVS/Caremark, llamando al número de teléfono que figura en el reverso de la tarjeta de identificación de la persona cubierta. Además, se puede obtener información sobre el proceso de apelación comunicándose con el Departamento de Atención al Cliente de CVS/Caremark.

El proceso de apelación está disponible para la persona cubierta, el representante debidamente autorizado de la persona cubierta, el proveedor registrado o el representante debidamente autorizado del proveedor registrado.

Este proceso de apelación se divide en dos tipos de apelaciones:

- Determinaciones adversas de la revisión de la utilización y
- DETERMINACIONES ADVERSAS DE LA REVISIÓN DE NO UTILIZACIÓN.

Las determinaciones de revisión de la utilización, como las autorizaciones previas, son determinaciones con base en la necesidad médica u otros criterios relacionados con la naturaleza del medicamento o la afección de la persona cubierta que se está tratando. Las determinaciones de revisión de no utilización se refieren a cuestiones relacionadas con el Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados de la persona cubierta que no implican el ejercicio del juicio clínico, como la elegibilidad a los beneficios, la cobertura de las reclamaciones o la tramitación de estas.

Proceso de apelación para determinaciones adversas de la necesidad médica

CVS/Caremark proporcionará la primera revisión interna para las apelaciones de reclamaciones anteriores y posteriores al servicio. CVS/Caremark proporcionará un segundo nivel adicional de apelación interna de las reclamaciones previas y posteriores al servicio. La revisión de la necesidad médica para una apelación interna de segundo nivel será realizada por un experto médico independiente, especializado en la enfermedad en cuestión. Una persona cubierta que reciba una determinación adversa de apelación de segundo nivel puede apelar aún más presentando una apelación externa ante el Departamento de Seguros de Connecticut (Connecticut Department of Insurance) dentro del período establecido en *Revisión externa: Departamento de Seguros de Connecticut*.

Revisiones internas: apelaciones de primer y segundo nivel

Revisión de la autorización previa. CVS/Caremark administrará el Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados comparando las solicitudes de la persona cubierta de determinados medicamentos u otros beneficios de prescripción con las normas de cobertura, listas predefinidas de medicamentos preferidos o formularios antes de que se dispensen dichas prescripciones.

Si CVS/Caremark determina que la solicitud de autorización previa de la persona cubierta no puede ser aprobada, dicha determinación constituirá una DETERMINACIÓN ADVERSA DE BENEFICIOS.

Apelación de primer nivel de las Determinaciones Adversas de Beneficios. Si se emite una Determinación Adversa de Beneficios sobre la reclamación de la persona cubierta, esta puede presentar una apelación de dicha determinación. La apelación de la persona cubierta a la Determinación Adversa de Beneficios debe hacerse por escrito y presentarse a CVS/Caremark dentro de los 180 días siguientes a que la persona cubierta reciba la notificación de la Determinación Adversa de Beneficios.

La apelación de la persona cubierta debe incluir la siguiente información:

- nombre de la persona cubierta para la que se presenta la apelación;
- número de afiliado de CVS/Caremark;
- fecha de nacimiento;
- exposición escrita de la cuestión o cuestiones a las que se apela;
- nombre(s) del/de los medicamento(s) que se solicita(n); y
- comentarios escritos, documentos, registros u otra información relacionada con la reclamación. La apelación de la persona cubierta y la documentación de respaldo pueden enviarse por correo o fax a CVS/Caremark:

Prescription Claim Appeals MC 109
CVS/Caremark
P.O. Box 52084
Phoenix, AZ 85072
Fax: 866-443-1172

Para las RECLAMACIONES DE ATENCIÓN URGENTE, la persona cubierta o el proveedor o representante autorizado de la persona cubierta pueden solicitar una apelación acelerada llamando al

número gratuito 866-443-1183, enviando por fax una apelación por escrito al 866-443-1172, o enviando por correo una apelación por escrito a la dirección antes indicada.

Las apelaciones de las determinaciones de autorización previa para fórmulas magistrales son revisadas por un especialista independiente y constituyen una revisión interna de segundo nivel.

Revisión interna de segundo nivel. Si se emite una Determinación Adversa de Beneficios en la apelación de primer nivel de la persona cubierta, esta puede presentar una apelación de dicha determinación. La apelación de segundo nivel de la persona cubierta sobre la Determinación Adversa de Beneficios debe hacerse por escrito y enviarse a CVS/Caremark dentro de los 180 días siguientes a que la persona cubierta reciba la notificación de la decisión sobre la apelación de primer nivel. La apelación deberá presentarse por escrito y enviarse por correo o fax a:

Prescription Claim Appeals MC 109
CVS/Caremark
P.O. Box 52084
Phoenix, AZ 85072
Fax: 866-443-1172

Para las reclamaciones de atención urgente, una persona cubierta o el representante autorizado de la persona cubierta puede solicitar una apelación acelerada llamando al número gratuito 866-443-1183, enviando por fax una apelación por escrito al 866-443-1172 o enviando por correo una apelación por escrito con una copia de la carta en la que se notifica la denegación de la apelación de primer nivel a la dirección antes indicada.

Revisión externa: Departamento de Seguros de Connecticut

Una persona cubierta cuya solicitud de beneficios haya sido denegada tras una apelación de segundo nivel puede solicitar, por escrito, una revisión externa de su solicitud en un plazo de cuatro meses tras recibir la notificación de la Determinación Interna Definitiva Adversa de Beneficios. La solicitud de la persona cubierta debe incluir su nombre, información de contacto, incluida la dirección postal y el número de teléfono diurno, el número de identificación de afiliado y una copia de la denegación de cobertura. La solicitud de revisión externa y documentación de respaldo de la persona cubierta puede enviarse por correo a:

Connecticut Department of Insurance (Departamento de Seguros de Connecticut)
Attn: External Appeals (A la atención de: Apelaciones externas)
P.O. Box 816
Hartford, CT 06142
860-297-3910

Para los servicios de entrega al día siguiente únicamente, envíe las solicitudes de revisión externa a la siguiente dirección:

Connecticut Department of Insurance (Departamento de Seguros de Connecticut)
Attn: External Appeals (A la atención de: Apelaciones externas)
153 Market Street, 7th Floor
Hartford, CT 06143
860-297-3910

Cualquier solicitud de apelación externa de una determinación adversa de revisión de utilización debe ser recibida por el Departamento de Seguros dentro de los cuatro meses siguientes a la fecha de recepción de la determinación definitiva de apelación.

Contenido de la apelación externa. En la apelación deben incluirse los siguientes elementos:

- Un formulario de "solicitud de apelación externa" debidamente llenado.
- Un formulario de autorización que permita a CVS/Caremark y al profesional de atención médica de la persona cubierta revelar información médica a la ORGANIZACIÓN DE REVISIÓN INDEPENDIENTE.
- Comprobante de inscripción en el Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados (fotocopia de la tarjeta de identificación expedida por dicho plan).
- Copias de toda la correspondencia de CVS/Caremark.
- Una copia de la carta de determinación final en la que se indique que se han agotado todos los mecanismos internos de apelación.
- Una copia del resumen de la descripción del plan o de la explicación de los beneficios.

Además de los elementos obligatorios antes indicados, la persona cubierta también puede presentar cualquier información adicional pertinente sobre su estado de salud.

Reclamaciones de atención urgente/expedita. En una situación de emergencia o que ponga en peligro la vida, una persona cubierta o un proveedor que actúe en nombre de una persona cubierta puede presentar una apelación externa acelerada sin agotar todos los procedimientos de apelación internos del Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados. La persona cubierta o el proveedor también pueden solicitar una apelación interna acelerada de una reclamación al mismo tiempo.

Una organización de revisión independiente determinará si la apelación de la persona cubierta se tramitará de forma acelerada. Si no se acepta la apelación para una revisión acelerada, la persona cubierta deberá agotar todas las apelaciones internas antes de solicitar una revisión externa.

Apelación final de medicamentos no incluidos en el formulario. Si una persona cubierta ha agotado todos los recursos y el médico de la persona cubierta certifica que un medicamento no incluido en el formulario es médicamente necesario, el medicamento se pondrá a disposición del afiliado y estará cubierto, siempre que el medicamento no esté excluido de la cobertura según las *Exclusiones y Limitaciones*.

Calendario de decisiones de CVS/Caremark

Revisión de la autorización previa. CVS/Caremark tomará una decisión sobre una solicitud de autorización previa para un beneficio del Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados dentro de las 48 horas siguientes a la recepción de la solicitud. Si la solicitud se refiere a una reclamación de atención urgente, CVS/Caremark tomará una decisión sobre la reclamación en un plazo de 24 horas, a menos que se extienda por ley.

Apelación de primer nivel para la reclamación previa al servicio. CVS/Caremark tomará una decisión sobre una apelación de primer nivel de una Determinación Adversa de Beneficios emitida sobre una reclamación previa al servicio dentro de los 15 días siguientes a la recepción de la apelación de la persona cubierta.

Apelación de segundo nivel para la reclamación previa al servicio. Si CVS/Caremark emite una Determinación Adversa de Beneficios en la apelación de primer nivel de la reclamación previa al servicio, la persona cubierta podrá apelar dicha decisión. La decisión sobre la apelación de segundo nivel de la persona cubierta contra la Determinación Adversa de Beneficios será tomada por expertos médicos independientes dentro de los 15 días siguientes a la recepción de la apelación de segundo nivel.

Apelación de atención urgente/acelerada de reclamación previa al servicio. Si la persona cubierta está apelando una Determinación Adversa de Beneficios de una reclamación de atención urgente, según lo establecido en los Estatutos Generales de Connecticut, Sección 591(a)38, la decisión sobre la apelación se tomará en un plazo máximo de 48 horas a partir de la recepción de la solicitud de recurso de segundo nivel, o de 72 horas si alguna parte del plazo de 48 horas coincide con un fin de semana.

Recurso de apelación de un reclamo posterior al servicio. CVS/Caremark tomará una decisión sobre una apelación de una Determinación Adversa de Beneficios emitida sobre un reclamo posterior al servicio dentro de los 30 días siguientes a la recepción de la apelación. Si CVS/Caremark emite una Determinación Adversa de Beneficios, la persona cubierta puede apelar a través del proceso de revisión externa.

Revisión externa. Si una persona cubierta apela una Determinación Adversa de Beneficios y solicita una revisión externa al Departamento de Seguros, CVS/Caremark completará una revisión preliminar de la elegibilidad de la persona cubierta en un plazo de cinco días a partir de la recepción de la solicitud del Comisionado de Seguros en el caso de una revisión externa estándar, y en un plazo de un día a partir de la recepción de la solicitud del Comisionado de Seguros en el caso de una revisión externa acelerada.

Tipo de revisión	Plazo para la respuesta de Caremark ⁷
Previa al servicio (autorización previa) o simultánea	48 horas
Previa al servicio (urgente)	24 horas
Apelación de primer nivel	
Revisión de utilización previa al servicio	15 días
Revisión de utilización previa al servicio (urgente)	48 horas o 72 horas si alguna parte del período de 48 horas cae en fin de semana
Revisión de utilización posterior al servicio	30 días
Apelación de segundo nivel	
Revisión de utilización previa al servicio	15 días
Revisión de utilización previa al servicio (urgente)	48 horas o 72 horas si alguna parte del período de 48 horas cae en fin de semana

⁷ A menos que el afiliado no facilite información suficiente para determinar si los beneficios están cubiertos. En tal caso de incumplimiento, el administrador del plan deberá notificar al solicitante lo antes posible, a más tardar 24 horas después de la recepción de la solicitud por el plan, la información específica necesaria para completar la reclamación.

Revisión de utilización posterior al servicio	30 días
Revisión externa (estándar)	CVS/Caremark realizará la revisión preliminar en un plazo de cinco días a partir de la recepción de la solicitud del Departamento de Seguros
Revisión externa (acelerada)	CVS/Caremark realizará la revisión preliminar en un plazo de 24 horas a partir de la recepción de la solicitud del Departamento de Seguros

Alcance de la revisión

Revisión interna de CVS/Caremark. Durante su revisión de autorización previa, revisión de primer nivel de la apelación de una reclamación previa al servicio, o revisión de una reclamación posterior al servicio, CVS/Caremark está obligada a:

- tener en cuenta todos los comentarios, documentos, registros y demás información presentada por la persona cubierta en relación con la reclamación, sin importar si dicha información se presentó o consideró en la determinación inicial de beneficios sobre la reclamación;
- seguir procedimientos razonables para verificar que su determinación de beneficios se realiza de conformidad con los Documentos del Plan correspondientes;
- seguir procedimientos razonables para garantizar que las disposiciones aplicables del Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados se apliquen a la persona cubierta de manera coherente en cuanto a la manera en que dichas disposiciones se aplicaron a otras personas cubiertas en situación similar; y proporcionar una revisión que no otorgue deferencia a la Determinación Adversa de Beneficios inicial y que la realice una persona distinta de la persona que realizó la Determinación Adversa de Beneficios inicial (o un subordinado de dicha persona).
- Si una persona cubierta apela la denegación de CVS/Caremark de una reclamación previa al servicio, y solicita una revisión adicional de segundo nivel por parte de una Organización de Revisión Independiente (Independent Review Organization, IRO), la IRO deberá:
 - revisar la reclamación de acuerdo con las normas de beneficios y cobertura del Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados y la necesidad médica;
 - consultar con un profesional de atención a la salud adecuado que no haya sido consultado en relación con la Determinación Adversa de Beneficios inicial (ni un subordinado de dicha persona);
 - identificar al profesional de atención a la salud, si lo hubiera, cuyo asesoramiento se obtuvo en nombre del Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados en relación con la Determinación Adversa de Beneficios; y
 - establecer un proceso de revisión acelerado para las reclamaciones de atención urgente.

Notificación de Determinación Adversa de Beneficios. Tras la revisión de la reclamación de una persona cubierta, CVS/Caremark notificará por escrito a la persona cubierta cualquier Determinación Adversa de Beneficios. (Las decisiones sobre reclamaciones de atención urgente también se comunicarán por teléfono o fax). Esta notificación incluirá:

- la razón o razones específicas de la Determinación Adversa de Beneficios;
- referencia a la disposición pertinente del Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados en la que se basó la Determinación Adversa de Beneficios;

- una declaración en la que se indique que la persona cubierta tiene derecho a recibir, previa solicitud por escrito y de forma gratuita, acceso razonable a todos los documentos, registros y demás información pertinente para la reclamación, así como copias de dichos documentos;
- si se utilizó una norma interna, pauta, protocolo u otro criterio similar para realizar la Determinación Adversa de Beneficios, una copia de la norma, pauta, protocolo u otro criterio similar específicos o una declaración de que estos se facilitarán gratuitamente previa solicitud por escrito; y
- si la Determinación Adversa de Beneficios se basa en la necesidad médica, la explicación del experto médico independiente del criterio científico o clínico para la determinación, aplicando los términos del Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados a las circunstancias médicas de la persona cubierta, o una declaración de que dicha explicación se proporcionará gratuitamente previa solicitud por escrito.

Revisión externa - Departamento de Seguros. Si una persona cubierta apela una Determinación Adversa de Beneficios y solicita una revisión externa al Departamento de Seguros, CVS/Caremark completará una revisión preliminar de la elegibilidad de la persona cubierta en un plazo de cinco días a partir de la recepción de la solicitud del Comisionado de Seguros en el caso de una revisión externa estándar, y en un plazo de un día a partir de la recepción de la solicitud del Comisionado de Seguros en el caso de una revisión externa acelerada.

La revisión preliminar de CVS/Caremark determinará si:

- la persona es una persona cubierta;
- el Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados cubre el servicio solicitado;
- la persona cubierta ha agotado todos los procedimientos internos de reclamación; y
- la persona cubierta ha facilitado toda la información y los formularios necesarios para tramitar una revisión externa o una revisión externa acelerada.

En el plazo de un día desde la finalización de la revisión preliminar, CVS/Caremark notificará por escrito al Comisionado, a la persona cubierta y, si procede, al representante autorizado de la persona cubierta, si la solicitud de revisión externa o de revisión externa acelerada está completa y reúne los requisitos para dicha revisión. La Organización de Revisión Independiente (IRO) designada por el Departamento de Seguros para revisar el caso, emitirá su decisión en un plazo de 45 días tras la recepción del encargo del Comisionado para llevar a cabo la revisión.

La revisión externa de la apelación de una persona cubierta será realizada por una Organización de Revisión Independiente (IRO) asignada y seleccionada por el Comisionado del Departamento de Seguros de Connecticut.

La IRO notificará a la persona cubierta su aceptación del encargo. La persona cubierta dispondrá entonces de diez días para proporcionar a la IRO cualquier información adicional que desee que esta tenga en cuenta.

La IRO llevará a cabo su revisión externa sin tener en cuenta ninguna determinación anterior realizada en nombre del Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados o del Patrocinador del Plan. La IRO puede considerar información más allá de los registros para la reclamación denegada de la persona cubierta, como por ejemplo:

- las historias clínicas de la persona cubierta;
- las recomendaciones del profesional de atención médica que la atiende;

- los informes de profesionales de atención médica apropiados y otros documentos presentados por el Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados, la persona cubierta o el médico tratante de la persona cubierta;
- los términos del Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados para garantizar que la decisión de la IRO no sea contraria (a menos que dichos términos sean incompatibles con las leyes vigentes);
- las pautas prácticas apropiadas, que deben incluir normas aplicables con base en pruebas y pueden incluir cualquier otra pauta práctica elaborada por el gobierno federal, sociedades, juntas y asociaciones de medicina nacionales o profesionales;
- cualquier criterio de revisión clínica aplicable desarrollado y utilizado en nombre del Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados (a menos que los criterios sean incompatibles con los términos de ese Plan o las leyes vigentes); y
- la opinión del revisor o revisores clínicos de la IRO tras considerar toda la información y los documentos correspondientes a la solicitud de revisión externa de la persona cubierta, en la medida en que dicha información o documentos estén disponibles y el revisor o revisores clínicos de la IRO lo consideren apropiado.

Efecto vinculante de la decisión de revisión externa. Una decisión de revisión externa, ya sea una revisión externa estándar o acelerada, será vinculante para el Patrocinador del Plan y la persona cubierta, salvo en la medida en que el Patrocinador del Plan o la persona cubierta dispongan de otros recursos en virtud de la legislación federal o estatal. Una persona cubierta o su representante autorizado no presentará una solicitud posterior de revisión externa o de revisión externa acelerada que se refiera a la misma Determinación Adversa de Beneficios o a la Determinación Adversa de Beneficios por la que la persona cubierta o su representante autorizado ya recibió una decisión de revisión externa o una decisión de revisión externa acelerada.

Proceso de apelación para determinaciones adversas que no implican necesidad médica ni criterio clínico

Si una determinación de revisión de no utilización da lugar a una denegación de cobertura, la persona cubierta o su representante autorizado pueden solicitar una revisión. La solicitud de revisión puede iniciarse verbalmente, por vía electrónica o por escrito en un plazo de 180 días a partir de la fecha de la Determinación Adversa de Beneficios. Las solicitudes de revisión deben enviarse por fax o por correo a:

CVS/Caremark
 Prescription Claim Appeals MC 109
 P.O. Box 52084
 Phoenix, AZ 85072
 Fax: 866-554-1172

La solicitud de revisión debe incluir copias de cualquier documentación de respaldo adicional.

La determinación de la revisión se emitirá por escrito en un plazo de 30 días a partir de la recepción de la solicitud de revisión. La determinación por escrito se presentará en un plazo de cinco días hábiles a partir de la fecha en que se adopte la decisión de revisión. Si los servicios se deniegan porque no son un beneficio cubierto por el Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados o porque la persona no

es elegible para recibir la cobertura del Plan de beneficios de Medicamentos Recetados, la apelación externa no es posible.

Derecho a la información

La persona cubierta tiene derecho a recibir, previa solicitud y de forma gratuita, acceso razonable y copias de cualquier documento, registro y otra información relevante para reclamar sus beneficios. Si se invoca una norma interna, pauta, protocolo u otro criterio similar, la norma, pauta, protocolo u otro criterio similar específicos se facilitará gratuitamente a la persona cubierta que lo solicite.

Si una Determinación Adversa de Beneficios se basa en una necesidad médica, tratamiento experimental, u otra exclusión o límite similar, se proporcionará gratuitamente, previa solicitud, una explicación del criterio científico o clínico para la determinación aplicando los términos del Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados a las circunstancias médicas de la persona cubierta.

Disposiciones generales

Este Documento del Plan sustituye a todos los demás acuerdos o descripciones de beneficios proporcionados según el Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados.

Tarjetas de identificación

Las tarjetas de identificación emitidas a una persona cubierta y a sus dependientes cubiertos conforme a este Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados son solo para fines de identificación. Sus datos de afiliación médica y farmacéutica se combinan en una sola tarjeta de identificación. La posesión de la tarjeta de identificación no confiere ningún derecho a los servicios cubiertos ni a otros beneficios. Para tener derecho a dichos servicios o beneficios, el titular de la tarjeta de identificación debe ser, de hecho, un afiliado cubierto o un dependiente cubierto en cuyo nombre se hayan abonado todos los aportes aplicables a los costos de los beneficios de conformidad con este Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados. Toda persona que reciba servicios u otros beneficios a los que no tenga derecho en ese momento según las disposiciones de este Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados será responsable del costo real de dichos servicios o beneficios. Además, cualquier afiliado cubierto que no notifique al Patrocinador del Plan un cambio de circunstancias que afecte a la situación de elegibilidad del dependiente cubierto (lo que incluye, entre otros divorcio, separación legal, un hijo que cumple 26 años, etc.) puede tener el valor justo de mercado de la cobertura declarado como ingreso y, si trabaja activamente, puede estar sujeto a medidas disciplinarias, entre ellas el despido.

Tras la aprobación del Patrocinador del Plan y la entrega de los archivos de direcciones, sus tarjetas de identificación se enviarán directamente a los afiliados cubiertos y a las personas dependientes inscritas.

Aviso

Las notificaciones dirigidas al Patrocinador del Plan deben enviarse a la Oficina del Contralor del Estado, a la atención de la Healthcare Policy and Benefit Services Division (División de Pólizas de Atención Médica y Servicios de Beneficios), 165 Capitol Avenue, Hartford, CT 06106. La notificación a una persona cubierta se enviará a la dirección de esta que aparezca en los registros del Patrocinador del Plan o que este posea. El Patrocinador del Plan o una persona cubierta pueden, mediante notificación por escrito, indicar una nueva dirección para efectuar las notificaciones.

Interpretación del Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados

Para la interpretación de este Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados se aplicará la legislación del Estado de Connecticut.

Sexo

El uso de cualquier género en este Documento del Plan se considera que incluye el otro género y, cuando proceda, el uso del singular se considera que incluye el plural (y viceversa).

Modificaciones

Este Documento del Plan está sujeto a enmiendas, modificaciones y rescisión de conformidad con esta disposición y los convenios colectivos de trabajo aplicables que afecten la cobertura, los beneficios y los servicios de atención médica del Plan de Salud para Empleados del Estado de Connecticut.

Errores administrativos

Un error administrativo, ya sea por parte del Patrocinador del Plan o de CVS/Caremark con respecto al documento del Plan o cualquier otra documentación emitida por CVS/Caremark en relación con el Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados, o en el mantenimiento de cualquier registro relativo a la cobertura según este documento, no modificará ni invalidará la cobertura legítimamente vigente ni continuará la cobertura válidamente finalizada.

Políticas y procedimientos

El Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados puede adoptar políticas, procedimientos, normas e interpretaciones razonables para promover una administración ordenada y eficaz de este Plan, que la persona cubierta deberá cumplir.

Exoneración

La exoneración de cualquiera de las partes al incumplimiento de cualquier disposición del acuerdo no se interpretará como una exoneración a cualquier incumplimiento posterior de dicha disposición ni de cualquier otra disposición. El no ejercer cualquier derecho no supondrá la renuncia a dicho derecho.

Disposiciones varias

Aviso sobre prácticas de información

El objetivo de esta Notificación sobre prácticas de información es brindar información sobre las normas del Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados para la recopilación, el uso y la divulgación de la información recopilada en relación con las actividades comerciales del Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados.

- El Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados puede recopilar información personal sobre una persona cubierta de personas o entidades que no sean la persona cubierta.
- El Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados puede divulgar la información de una persona cubierta a personas o entidades fuera del Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados sin la autorización de la persona cubierta en determinadas circunstancias, incluso para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica.
- Una persona cubierta tiene derecho de acceso y a la corrección con respecto a toda la información personal recopilada por el Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados.
- Se facilitará un aviso más detallado a quien lo solicite.

Obligaciones de información de los afiliados

Una persona cubierta deberá completar y presentar al Patrocinador del Plan las solicitudes u otros formularios o declaraciones que este pueda solicitar razonablemente en relación con la inscripción, la continuación de la inscripción o las reclamaciones de beneficios.

La persona cubierta garantiza que toda la información contenida en dichas solicitudes u otros formularios o declaraciones será veraz, correcta y completa según su leal saber y entender. Y la persona cubierta acepta que todos los derechos a beneficios en virtud de este Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados están condicionados a dichas garantías. La presentación de información falsa o incompleta por parte de una persona cubierta o la falta de notificación en el plazo de 31 días de un cambio de situación que afecte a la elegibilidad para la cobertura de cualquier persona inscrita someterá al afiliado cubierto o a la persona inscrita indebidamente a una o varias de las siguientes sanciones:

- un empleado activo puede ser objeto de medidas disciplinarias si inscribe o mantiene la inscripción de una persona que no reúne los requisitos para recibir cobertura como cónyuge o dependiente;
- el valor justo de mercado de la cobertura de atención médica que se le proporcione a una persona no elegible se declarará al Servicio de Impuestos Internos como ingresos del afiliado cubierto o de la persona no elegible y, como tal, estará sujeto a tributación; y
- el Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados puede intentar recuperar del afiliado cubierto o de la persona inscrita indebidamente el valor de los beneficios cubiertos proporcionados a dicha persona.

Presentación de reclamaciones

El Patrocinador del Plan no será responsable según el Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados a menos que CVS/Caremark le notifique debidamente que se han proporcionado los servicios cubiertos a una persona cubierta. En ningún caso se exigirá al Patrocinador del Plan que acepte la notificación transcurridos más de dos años desde la recepción de los servicios cubiertos.

Cambios en los beneficios o en los requisitos de elegibilidad

Este Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados permanecerá vigente a menos que se modifique, termine, rescinda, suspenda o cancele según lo descrito en el presente documento. Ningún agente ni representante del Patrocinador del Plan, que no sea un funcionario de este, está autorizado a modificar este Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados ni a exonerar ninguna de sus disposiciones. Cualquier cambio o exoneración deberá hacerse por escrito. El Patrocinador del Plan designará la fecha de entrada en vigor de dichos cambios.

Plazos

Cuando la hora del día es importante para los beneficios o para determinar cuándo empieza y termina la cobertura, un día empieza a las 12.01 h y termina a las 12.00 h, hora del este.

Información de salud protegida

A menos que la ley lo disponga de otra manera y sujeto a la obtención de una certificación por escrito según esta sección, el Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados podrá divulgar la INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PROTECTED HEALTH INFORMATION, PHI) al Patrocinador del Plan siempre y cuando este utilice o divulgue la PHI solo a los siguientes fines.

- Realizar las funciones de administración del Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados, que desempeña el Patrocinador del Plan.
- Obtener ofertas de primas de las aseguradoras para proporcionar cobertura.
- Modificar, enmendar o rescindir el plan de salud de grupo.

No obstante las disposiciones contrarias del Plan, en ningún caso el Patrocinador del Plan utilizará ni divulgará la Información de Salud Protegida de una manera que sea incompatible con el Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), Título 45, Sección 164.504(f).

Información sobre la participación. No obstante lo dispuesto en esta sección, el Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados podrá revelar al Patrocinador del Plan información relativa a la participación o inscripción.

Condiciones para la divulgación. Con respecto a cualquier divulgación, el Patrocinador del Plan deberá:

- No utilizar ni divulgar la PHI más allá de lo permitido o requerido por el Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados o según lo exija la ley.
- Se asegurará de que todos los agentes, contratistas o subcontratistas a los que proporcione la PHI acepten las mismas restricciones y condiciones que se aplican al Patrocinador del Plan con respecto a la PHI.
- No utilizar ni divulgar la PHI para acciones y decisiones relacionadas con el empleo o en relación con cualquier otro plan de beneficios para empleados del Patrocinador del Plan.
- Informar cualquier uso o divulgación de la información que sea incompatible con el uso o las divulgaciones previstas de las que tenga conocimiento.
- Poner a disposición la PHI de conformidad con el Título 45 del CFR, Sección 164.524.
- Poner a disposición la PHI para su enmienda, e incorporar cualquier enmienda a la PHI de acuerdo con el Título 45 del CFR, Sección 164.526.
- Poner a disposición la información necesaria para dar cuenta de las divulgaciones de conformidad con el Título 45 del CFR, Sección 164.528.
- Poner a disposición de la Secretaría de Salud y Servicios Humanos sus prácticas internas, libros y registros relativos al uso y divulgación de la PHI con el fin de determinar el cumplimiento del Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados con la subparte E del Título 45 del CFR, Sección 164.
- De ser posible, devolver o destruir toda la información de la PHI recibida que el Patrocinador del Plan aún conserve en cualquier forma, y no conservar ninguna copia de dicha información

cuando ya no sea necesaria para el fin para el cual se divulgó. Si dicha devolución o destrucción no es factible, el Patrocinador del Plan limitará los usos y divulgaciones posteriores a aquellos fines que hagan inviable la devolución o destrucción.

- Garantizar que se cumpla la separación adecuada entre el Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados y el Patrocinador del Plan, exigida por el Título 45 del CFR, Sección 504(f)(2)(iii).
- Proteger razonable y apropiadamente la Información de Salud Protegida electrónica creada, recibida, mantenida o transmitida al Patrocinador del Plan o por este en nombre del Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados.

Certificación del Patrocinador del Plan. CVS/Caremark divulgará la información PHI al Patrocinador del Plan solo después de recibir la certificación de este de que el documento del Plan incorpora las disposiciones del Título 45 del CFR, Sección 164.504(f)(2)(ii), y de que el Patrocinador del Plan acepta las condiciones de divulgación establecidas en esta sección. El Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados no divulgará y no podrá permitir que CVS/Caremark divulgue la PHI al Patrocinador del Plan, según lo permitido en este documento, a menos que la declaración requerida por el Título 45 del CFR, Sección 164.504(b)(b1)(iii)(C) se incluya en la notificación correspondiente.

Separación conveniente entre el Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados y el Patrocinador del Plan. El Patrocinador del Plan solo permitirá que los empleados de la Oficina del Contralor del Estado, División de Pólizas de Atención Médica y Servicios de Beneficios, tengan acceso a la PHI para realizar las funciones de administración del plan que el Patrocinador del Plan realiza para el Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados. En caso de que alguno de estos empleados especificados no cumpla con las disposiciones de esta sección, dicho empleado estará sujeto a medidas disciplinarias por parte del Patrocinador del Plan por incumplimiento, de conformidad con los procedimientos disciplinarios y de terminación de la relación laboral del patrocinador del Plan.

Usos y divulgaciones permitidos de la INFORMACIÓN RESUMIDA DE LA SALUD. Sin perjuicio de lo mencionado anteriormente en esta sección, CVS/Caremark puede divulgar información resumida de la salud al Patrocinador del Plan, siempre que dicha solicitud de información médica resumida sea a fines de:

- obtener ofertas de primas para proporcionar cobertura de beneficios según el Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados; o
- modificar, enmendar o dar por terminado el Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados.

Glosario

Determinación Adversa de Beneficios: denegación, reducción o terminación de, o una falta de suministro o pago (total o parcial) de un medicamento o producto con base en la aplicación de los beneficios del Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados, requisitos de revisión, o en una determinación de elegibilidad para participar en el Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados. Una Determinación Adversa de Beneficios también incluye la no cobertura de un beneficio del Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados porque se determina que el uso del beneficio es experimental, de investigación o no es médicamente necesario ni apropiado.

Gasto permitido: gasto permitido médicamente necesario, para un concepto de gasto por atención médica, cuando el concepto de gasto, lo que incluye cualquier monto de copago, está cubierto al menos en parte por uno o más planes que cubren a la persona cubierta para la que se realiza la reclamación. Cuando este Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados proporciona servicios cubiertos, el valor razonable en efectivo de cada servicio cubierto es el gasto permitido y es un beneficio pagado.

Medicamento recetado de marca: medicamento recetado que tiene un nombre propio o comercial seleccionado por el fabricante y que se utiliza para describirlo e identificarlo. El nombre aparece en su envase, etiqueta o envoltorio en el momento del envasado.

Año natural: período que comienza a las 12:01 horas del 1 de enero y finaliza a medianoche del 31 de diciembre del mismo año. **Pareja de unión civil:** pareja del mismo sexo del afiliado cubierto que se ha unido a él en una unión civil legalizada.

Reclamación: solicitud de un beneficio del Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados que se realiza de acuerdo con los procedimientos establecidos por ese Plan.

Período de determinación de reclamaciones: período de determinación de la reclamación significa un año natural. Sin embargo, no incluye ninguna parte de un año natural durante el cual una persona no tenga cobertura según este Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados, ni ninguna parte de un año natural anterior a la fecha en que entren en vigor las disposiciones de la COB o una disposición similar.

Formulación magistral: combinación, mezcla o alteración de los ingredientes de uno o más medicamentos o productos para crear otro medicamento o producto.

Copago: monto fijo por receta que la persona cubierta debe pagar por los servicios cubiertos. Esta cuota se añade a las primas pagadas por y en nombre de la persona cubierta y la persona cubierta debe pagarla por los servicios cubiertos en el momento en que se prestan dichos servicios.

Costo compartido: monto que la persona cubierta debe pagar por los servicios cubiertos.

Medicamento cubierto: medicamento recetado médicamente necesario o medicamento recetado de mantenimiento o determinados medicamentos preventivos, entre los que se incluye:

- cualquier medicamento recetado o medicamento recetado de mantenimiento que no esté excluido en este Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados;
- insulina inyectable;

- cualquier medicamento que una farmacia prepare como fórmula magistral (al menos uno de cuyos ingredientes sea un medicamento recetado) y que no esté excluido de este Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados. Esto incluye la reposición de medicamentos cubiertos; o
- medicamentos preventivos.

Además, para que sea un medicamento cubierto, el medicamento recetado o el medicamento recetado de mantenimiento debe ser prescrito por un médico debidamente autorizado u otro profesional de atención médica autorizado que actúe dentro del ámbito de su licencia.

No se considera un medicamento cubierto los medicamentos recetados que requieran aprobación federal o de otro organismo gubernamental no otorgada en el momento en que se prescribió el medicamento recetado, ni ningún medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) solo para estudios controlados.

Afiliado cubierto: persona inscrita en este Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados y es elegible para recibir beneficios por servicios cubiertos debido a un empleo pasado o presente con el Patrocinador del Plan.

Persona cubierta: persona dependiente de un afiliado cubierto que está inscrita en este Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados y es elegible para recibir beneficios por los servicios cubiertos.

Servicio(s) cubierto(s): medicamentos recetados y productos relacionados que son médicamente necesarios, se describen en este documento del Plan y no figuran en *Exclusiones y Limitaciones*.

Dependiente: el término dependiente hace referencia al cónyuge legítimo de un afiliado cubierto conforme a un matrimonio existente legalmente válido, a la pareja de unión civil de un afiliado cubierto conforme a una unión civil legalmente válida y a cualquier hijo del afiliado cubierto o de su cónyuge que cumpla los requisitos de cobertura establecidos en el presente Documento del Plan.

Fecha de entrada en vigor: este término hace referencia a la fecha en que un afiliado cubierto y sus dependientes cubiertos, si los hubiera, son aceptados por el Patrocinador del Plan y reúnen los requisitos para recibir los beneficios por los servicios cubiertos según este Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados.

Experimental o de investigación: servicios o suministros que incluyen, entre otros, cualquier tratamiento, equipo, medicamento, uso de medicamentos, dispositivos o suministros que el Patrocinador del Plan determine, a su entera discreción, que son experimentales o de investigación.

Al tomar su decisión, el Patrocinador del Plan considerará que un servicio o suministro es experimental o de investigación si satisface uno o más de los siguientes criterios:

- el servicio o suministro no cuenta con la aprobación definitiva del organismo u organismos gubernamentales reguladores correspondientes, o dicha aprobación para la comercialización no se ha concedido en el momento de brindar el servicio o suministro; o
- se revisó un formulario de consentimiento informado por escrito para el servicio o suministro específico que se está estudiando o ha sido aprobado o es exigido por la Junta de Revisión

Institucional del centro tratante, u otro organismo que desempeñe una función similar o si la legislación federal exige dicha revisión y aprobación; o

- los servicios o el suministro son objeto de un protocolo, protocolos o estudio de ensayo clínico, o se están estudiando de otro modo para determinar su dosis de toxicidad máxima tolerada, su toxicidad, su seguridad, su eficacia o su eficacia en comparación con los medios estándar de tratamiento o diagnóstico. A pesar de lo anterior, los servicios o suministros no se considerarán experimentales si han superado con éxito un ensayo clínico de fase III de la FDA para la enfermedad o afección tratada o el diagnóstico para el que se prescriben.

Además, un servicio o suministro puede considerarse experimental o de investigación con base en:

- informes y artículos publicados en la literatura médica, científica y de revisión científica externa;
- el protocolo o protocolos escritos utilizados por el centro tratante o por otro centro que estudie sustancialmente el mismo medicamento, dispositivo, tratamiento médico o procedimiento; o
- el consentimiento informado escrito que utilice el centro tratante u otro centro que estudie sustancialmente el mismo medicamento, dispositivo, tratamiento médico o procedimiento.

FDA: la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos.

Formulario: lista de medicamentos seleccionados por el Comité de Farmacia y Terapéutica de CVS/Caremark para su inclusión en su lista de medicamentos preferidos, que puede actualizarse cada cierto tiempo.

Medicamento genérico recetado: medicamento recetado que se considera no patentado y no está protegido por una marca comercial. Debe cumplir con la misma prueba de bioequivalencia que el medicamento de marca original.

Programa de Mejora de la Salud (HEP): programa de incentivos para la salud que recompensa a las personas cubiertas que se comprometen a asumir un papel activo en la gestión de su salud. Los afiliados al Programa de Mejora de la Salud (Health Enhancement Program, HEP) pueden optar a copagos reducidos para determinados medicamentos.

Tarjeta de identificación: tarjeta emitida por Anthem BCBS a un afiliado cubierto o dependiente con fines de identificación. La persona cubierta debe mostrar la tarjeta de identificación para obtener los servicios cubiertos.

Organización de Revisión Independiente (IRO): empresa independiente formada por una red de médicos en ejercicio y especialistas certificados en todos los campos de la medicina. Los expertos médicos de la Organización de Revisión Independiente (Independent Review Organization, IRO) proporcionan una evaluación imparcial de las determinaciones de beneficios para las apelaciones de necesidad médica y para el proceso de revisión externa.

Afiliado tardío: empleado, jubilado o dependiente elegible que solicita la inscripción después de la fecha de entrada en vigor de la Inscripción Abierta, si corresponde, o más de 31 días después de la primera oportunidad del empleado, jubilado o dependiente de inscribirse para obtener cobertura en cualquier plan de beneficios de salud promovido por el Patrocinador del Plan.

Red de medicamentos de mantenimiento: farmacia minorista que ha aceptado tramitar los medicamentos de mantenimiento prescritos a las personas cubiertas por el Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados. Las farmacias de la red (que incluye todas las farmacias CVS) han acordado aceptar el monto máximo permitido y no cobrarán nada a la persona cubierta, salvo el copago o costo compartido aplicable.

Medicamento recetado de mantenimiento: medicamento recetado que se utiliza de forma continuada para el tratamiento de una afección o enfermedad crónica, como cardiopatías, hipertensión, artritis o diabetes. También puede incluir los ANTICONCEPTIVOS ORALES y otros medicamentos utilizados durante todo el año.

Monto máximo permitido: por monto máximo permitido se entenderá, salvo que la ley disponga otra cosa:

- un monto acordado por CVS/Caremark y una farmacia participante como compensación total por los medicamentos cubiertos dispensados a una persona cubierta; o
- con respecto a una farmacia minorista o de pedidos por correo no participante, un monto designado por CVS/Caremark y basado en el monto pagado a una farmacia participante por un medicamento en particular.

Cuando proceda, la persona cubierta tiene la obligación de pagar los gastos compartidos como componente de este monto máximo permitido. El monto que el Patrocinador del Plan pagará por los medicamentos cubiertos será el monto máximo permitido o el cargo facturado, el que sea menor. El monto que pagará la persona cubierta en concepto de gastos compartidos se calculará sobre la base del monto máximo permitido o de los gastos facturados, según cuál sea el monto más bajo.

Tenga en cuenta que el monto máximo permitido puede ser superior o inferior a los gastos facturados por la farmacia participante por el medicamento cubierto.

Medicamento necesario (necesidad médica): un medicamento recetado o artículo relacionado que prescribe un médico o proveedor debidamente autorizado y que puede ser un servicio cubierto que un médico, ejerciendo un criterio clínico prudente, proporcionaría a un paciente con el fin de prevenir, evaluar, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, dolencia o sus síntomas, y que es:

- acorde con las normas generalmente aceptadas de la práctica médica;
- clínicamente apropiado, en términos de tipo, frecuencia, extensión, lugar y duración, y considerado eficaz para la enfermedad, lesión o dolencia del paciente; y
- no principalmente para la comodidad del paciente, médico u otro proveedor de asistencia sanitaria y no más costoso que un servicio alternativo o secuencia de servicios con al menos la misma probabilidad de producir resultados terapéuticos o diagnósticos equivalentes en cuanto al diagnóstico o tratamiento de la enfermedad, lesión o dolencia de ese paciente.

Por "normas generalmente aceptadas de la práctica médica" se entienden las normas con base en pruebas científicas creíbles publicadas en la literatura médica con revisión científica externa y generalmente reconocida por la comunidad médica pertinente o, de otro modo, coherentes con las normas establecidas en cuestiones normativas que impliquen un criterio clínico.

Medicare: Título XVIII de la Ley de Seguridad Social de 1965, en su versión enmendada.

Farmacia no participante: cualquier farmacia debidamente autorizada que no sea una farmacia participante según los términos de este Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados.

Determinación de revisión de no utilización: revisión relacionada con el Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados de la persona cubierta, como la elegibilidad de una persona para los beneficios, la cobertura de reclamaciones o el procesamiento de reclamaciones que no implican la necesidad médica ni el ejercicio del criterio clínico.

Inscripción Abierta: período de tiempo durante el cual el Patrocinador del Plan permite a los empleados (o jubilados) seleccionar la cobertura sanitaria de grupo para sí mismos o para sus dependientes.

Anticonceptivo oral: compuesto hormonal que se toma por vía oral para bloquear la ovulación y evitar el embarazo.

Farmacia participante: farmacia aceptada como farmacia participante por CVS/Caremark para proporcionar medicamentos cubiertos a las personas cubiertas según los términos de este Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados.

Farmacia: establecimiento minorista autorizado en el que un farmacéutico autorizado prepara como fórmula magistral y dispensa medicamentos con receta o de mantenimiento.

Gestor de Beneficios Farmacéuticos (PBM): CVS/Caremark, la entidad elegida por el Estado de Connecticut para administrar los beneficios y tramitar las reclamaciones del Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados. En lo que respecta a la administración de los beneficios, el término se refiere a la compañía que ha expedido una tarjeta de identificación a la persona cubierta.

Plan: cualquiera de ellos que proporcione beneficios o servicios para, o a causa de, cuidados o tratamientos médicos u odontológicos.

- Seguros de grupo o de tipo de grupo, asegurados o autoasegurados. Esto incluye las coberturas de prepago, las Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO), prácticas de grupo o individuales, así como las coberturas de seguro que no están disponibles para el público en general y que solo pueden obtenerse y mantenerse gracias a la cobertura en una organización o grupo concreto o a la conexión con dicho grupo u organización; no incluye las coberturas de accidentes para estudiantes o las coberturas de accidentes y salud para estudiantes por las que estos o sus padres pagan la totalidad de la prima.
- Cobertura de un plan gubernamental o exigida o prevista por la ley. Esto no incluye un plan estatal en conformidad con Medicaid (Título XIX, Subvenciones a los Estados para Programas de Asistencia Médica, de la Ley de Seguridad Social de los Estados Unidos, en su versión enmendada de vez en cuando). Tampoco incluye ningún plan cuando, por ley, sus beneficios sean superiores a los de cualquier programa de seguro privado u otro programa no gubernamental. Tampoco incluye los contratos de grupo emitidos por o reasegurados a través de la Asociación de Reaseguro Médico, ni los contratos de suscriptores emitidos por un mecanismo de mercado residual establecido por corporaciones de servicios hospitalarios y médicos y que proporcionan una cobertura sanitaria integral según lo dispuesto en la Ley de Atención Médica de Connecticut en su redacción actual o en sus enmiendas posteriores.

- Cobertura de los beneficios médicos de los contratos de grupo, de tipo de grupo e individuales independiente de culpabilidad y tradicionales con culpabilidad para automóviles.

Cada contrato u otro acuerdo de cobertura conforme a los puntos primero y segundo constituye un plan independiente.

Documento del Plan: este término hace referencia a este documento (lo que incluye las cláusulas adicionales y modificaciones) que describe los derechos, beneficios, términos, condiciones y limitaciones de la cobertura disponible para los afiliados cubiertos y los dependientes elegibles.

Patrocinador del Plan: este término se refiere a la Oficina del Contralor del Estado en nombre del Estado de Connecticut.

Año del Plan: por año del Plan se entiende el período de 12 meses que comienza el 1 de enero y finaliza el 31 de diciembre.

Medicamento(s) recetado(s): la insulina y aquellos medicamentos, productos biológicos y fórmulas magistrales que solo pueden dispensarse legalmente previa autorización escrita de un médico, que por ley deben llevar la leyenda "Precaución: la Ley Federal prohíbe la dispensación sin prescripción médica", y que figuran en una o más de las siguientes publicaciones: United States Pharmacopeia (Farmacopea de los Estados Unidos), The National Formulary (Formulario Nacional), o Accepted Dental Remedies (Medicamentos Odontológicos Aceptados).

Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados: el componente de medicamentos recetados del Plan de Colaboración administrado por CVS/Caremark.

Medicamentos preventivos: ciertos medicamentos de venta libre, que si son recetados por un proveedor autorizado a una persona cubierta de la edad/género designado para las circunstancias o afecciones indicadas, constituirán un beneficio cubierto por el Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados sin copago.

Plan principal: plan cuyos beneficios para la cobertura de salud de una persona deben determinarse sin tener en cuenta la existencia de ningún otro plan. Un plan es principal si:

- no tiene normas de determinación del orden de los beneficios o tiene normas que difieren de las establecidas en este documento del Plan, o
- todos los planes que cubren a la persona aplican las normas de determinación del orden de los beneficios establecidos en este Documento del Plan y, según dichas reglas, el plan determina en primer lugar sus beneficios. Puede haber más de un plan principal (por ejemplo, dos planes que no tienen normas de determinación del orden de los beneficios).

Cuando este Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados es el plan principal, los servicios cubiertos se prestan o se cubren sin tener en cuenta los beneficios del otro plan.

Autorización previa: aprobación previa que debe obtenerse de CVS/Caremark antes de que una persona cubierta tenga derecho a recibir beneficios por determinados medicamentos cubiertos.

Prueba: cualquier información que pueda ser requerida por CVS/Caremark o el Patrocinador del Plan con el fin de determinar satisfactoriamente la elegibilidad de una persona cubierta o el cumplimiento de cualquier disposición de este Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados.

Información de salud protegida (PHI): información médica identificable individualmente que:

- se recibe de o la crea un proveedor de atención médica, una aseguradora o un plan de salud;
- se refiere a la salud física o mental, pasada, presente o futura, o al estado de salud de una persona, a la prestación de atención médica a una persona, o al pago pasado, presente o futuro por la prestación de atención médica a la persona; e
- identifica a la persona o existe una base razonable para creer que la información puede utilizarse para identificarla.

La PHI excluye la información de salud o médica facilitada al Patrocinador del Plan en su función de empleador. Por ejemplo, la información médica presentada en apoyo de una solicitud de baja médica familiar o por discapacidad.

Plan secundario: plan que no es un plan principal. Si una persona está cubierta por más de un plan secundario, las normas de determinación del orden de los beneficios de este Documento del Plan deciden el orden en que se determinan sus beneficios en relación con los demás. Los beneficios del plan secundario podrán tomar en consideración los beneficios del plan o planes primarios y los de cualquier otro plan que, de conformidad con las normas de este Documento del Plan, tenga sus beneficios determinados antes que las del plan secundario.

Cuando este Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados es el plan secundario, los beneficios por los servicios cubiertos bajo este plan pueden ser reducidos y el plan puede recuperar del plan principal, del proveedor de los servicios cubiertos, o de la persona cubierta, el valor razonable en efectivo de los servicios cubiertos proporcionados por este Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados.

Medicamento especializado: medicamento biotecnológico o biológico inyectable o no inyectable prescrito por un médico que tiene una o más de varias características clave, entre ellas:

- necesidad de ajustes frecuentes de la dosis y seguimiento clínico intensivo;
- necesidad de formación intensiva del paciente y de cumplimiento para un tratamiento eficaz;
- distribución limitada o exclusiva del producto.

Información resumida de la salud: información que resume el historial de reclamaciones, los gastos por reclamaciones o los tipos de reclamaciones experimentadas por personas a las que un Patrocinador del Plan proporcionó beneficios de salud según un plan de salud y de la que se eliminó la información descrita en el Título 45 del CFR, Sección 164.514(b)(2)(i) (excepto la información geográfica, que solo necesita agregarse al nivel de un código postal de cinco dígitos).

Discapacidad total: debido a una lesión o enfermedad, el afiliado cubierto no puede desempeñar las tareas de cualquier ocupación para la que sea apto en razón de su educación, formación o experiencia. Una persona dependiente estará totalmente discapacitada si, debido a una lesión o enfermedad, no puede realizar prácticamente todas las actividades normales de las personas de su misma edad y sexo que gocen de buena salud. CVS/Caremark determinará si una persona cubierta está totalmente discapacitada y tendrá derecho a solicitar una prueba de discapacidad continua al menos una vez al año.

Reclamación de atención urgente: reclamación de un medicamento o producto en la que se produce un retraso en la tramitación de la reclamación que:

- podría poner en grave peligro la vida o la salud de la persona cubierta o podría dar lugar a que la persona cubierta no recuperara el máximo de sus funciones; o
- en opinión de un médico con conocimiento de la enfermedad de la persona cubierta, sometería a esta a un dolor intenso que no puede tratarse adecuadamente sin el medicamento o producto solicitado.