



Estado de Connecticut

**Documento del Plan de convenio de Beneficios de Medicamentos Recetados**

puesto a disposición de los grupos de empleadores participantes

Redefinido al 1 de julio de 2023



# Índice

---

Introducción.....	1
Contactos .....	3
Elegibilidad.....	4
Costo de la cobertura.....	8
Cobertura de medicamentos recetados.....	9
Lista de beneficios de medicamentos recetados .....	16
Programas y reglas de medicamentos recetados .....	17
Exclusiones y limitaciones .....	18
Coordinación de beneficios.....	22
Terminación de la cobertura .....	27
Disposiciones de pago.....	30
Derechos de queja y apelación.....	32
Provisiones generales.....	41
Otras disposiciones.....	43
Información de salud protegida.....	45
Glosario .....	48

# Introducción

---

Este documento describe los beneficios del Plan de Convenio de Medicamentos Recetados del Estado de Connecticut (“PLAN DE BENEFICIOS DE RECETAS”) disponibles para los EMPLEADORES PARTICIPANTES para sus empleados, jubilados y DEPENDIENTES elegibles. El Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados es un plan gubernamental autofinanciado de beneficios de medicamentos de prescripción 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, exclusiones, limitaciones, términos y condiciones de la cobertura, así como las pautas que deben seguirse para obtener prestaciones 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 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 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 VIGENCIA 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.

La cobertura de medicamentos recetados para jubilados elegibles para MEDICARE y sus dependientes elegibles para Medicare está disponible para los empleadores participantes que eligen dicha cobertura bajo el plan Aetna Medicare Advantage (PPO). Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos recetados para personas elegibles para Medicare, consulte [Cobertura y beneficios | Beneficios y formularios del plan \(aetnamedicare.com\)](#).

Los Empleadores participantes que eligen unirse al Plan de asociación de medicamentos recetados del estado de Connecticut están sujetos a los términos y disposiciones del Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados. El Empleador participante es responsable de determinar la elegibilidad para la cobertura de sus empleados, jubilados y dependientes, y de completar el Anexo. Esto está sujeto al derecho del Patrocinador del Plan de garantizar el cumplimiento por parte del Empleador participante de las condiciones bajo las cuales se aprobó la participación en el Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados.

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 un individuo para la cobertura;
- Interpretar el lenguaje ambiguo del Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados;
- Implementar la AUTORIZACIÓN PREVIA y los requisitos de seguridad;

- Tomar decisiones de hecho en relación con el pago de las RECLAMACIONES o la concesión de prestaciones;
- Revisar reclamaciones denegadas; y
- Resolver reclamaciones de los participantes del 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 asociación de medicamentos recetados del Estado de Connecticut  
c/o Oficina del Contralor del Estado  
División de Políticas de Atención Médica y Servicios de Beneficios  
165 Capitol Avenue  
Hartford, CT 06016

### Conozca la diferencia

- **Afiliado cubierto:** una persona que está 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 Empleador participante.
- **Persona cubierta:** una 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.

# Contactos

Comuníquese con Quantum Health para obtener información sobre las farmacias de la red, el Programa de Mejora de la Salud y 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
<b>Oficina del Contralor del Estado (Patrocinador del Plan)</b>	860-702-3480	Oficina del Contralor del Estado ATENCIÓN: División de Políticas de Atención Médica y Servicios de Beneficios 165 Capitol Avenue Hartford, CT 06106	<a href="http://www.osc.ct.gov">http://www.osc.ct.gov</a>
<b>Quantum Health</b>	833-740-3258	5240 Blazer Parkway Dublin, OH 43017	<a href="http://carecompass.ct.gov">carecompass.ct.gov</a>
<b>CVS/Caremark</b>	800-318-2572 <b>Autorización previa:</b> 800-294-5979 <b>Fax para autorización previa:</b> 888-836-0730	<b>Reclamaciones:</b> P.O. Box 52136 Phoenix, AZ 85072	<a href="http://www.caremark.com">www.caremark.com</a>
<b>PrudenteRx</b>	1-800-573-4403	PrudenteRx 3820 Northdale Blvd. Suite 311A Tampa, Florida 33264	
<b>Departamento de Seguros de Connecticut</b>	860-297-3910	P.O. Box 816 Hartford, CT 06142	<a href="http://ct.gov/cid/site/default.asp">http://ct.gov/cid/site/default.asp</a>

# Elegibilidad

---

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

El afiliado cubierto tiene la obligación de notificar al Empleador participante, **en un plazo de 31 días** a partir de la incidencia de un acontecimiento que afecte a 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

Solo los empleados actuales o, si corresponde, los empleados jubilados del Empleador participante que cumplan con los requisitos de elegibilidad del Empleador participante para participar en su PLAN de salud grupal, o exempleados que opten por continuar con la cobertura según lo permitido por las disposiciones de continuación del seguro médico de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA) puede inscribirse en el Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados.

Se aplican las siguientes reglas de elegibilidad:

- 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 bajo el Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados es efectiva para todos los servicios cubiertos excepto aquellos por los cuales el Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados paga de forma secundaria (consulte *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 Empleador participante deben estar inscritos en el plan de salud grupal del Empleador participante para poder estar cubiertos por el Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados.
- La fecha más temprana de cobertura para los empleados recién contratados la determina el Empleador participante y se documenta en la lista de verificación de elegibilidad.

## 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 hecho reconocida del afiliado cubierto según la definición del patrocinador del Plan. Excepto lo establecido en esta sección, una persona de la cual un afiliado cubierto esté divorciado o separado legalmente no es elegible para la cobertura.
- **Hijo del afiliado cubierto o del cónyuge del afiliado cubierto.** Un hijo del afiliado cubierto o del cónyuge del afiliado cubierto, incluido un hijastro; un niño colocado legalmente para adopción; o un niño adoptado legalmente.
- **Niño recién nacido.** La cobertura bajo el Plan de Beneficios de Medicamentos se proporcionará a un hijo recién nacido del afiliado cubierto desde el momento de su nacimiento.

El afiliado cubierto debe presentar una solicitud de inscripción completa dentro de los 31 días posteriores a la fecha de nacimiento para mantener la cobertura para el recién nacido. Se deben cumplir los requisitos de elegibilidad y el Empleador participante debe aceptar la solicitud de inscripción.

- **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.
- **Niño TOTALMENTE DISCAPACITADO.** Un niño totalmente discapacitado que no pueda 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 hecho); y
  - haya quedado incapacitado antes de la edad límite para tener un hijo a cargo y tenía una cobertura comparable como dependiente en el momento de la inscripción; y
  - sea mayor de 26 años pero no esté casado.

El Empleador participante debe recibir la PRUEBA de dicha incapacidad y dependencia dentro de los 31 días siguientes a la fecha en la que la cobertura del niño habría terminado en ausencia de dicha incapacidad. La discapacidad y la dependencia continua deben ser certificadas en ese momento o en el momento de la inscripción por un médico y luego no más de una vez al año a partir de entonces.

- **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 un padre divorciado que sea una PERSONA CUBIERTA o el cónyuge del afiliado cubierto, siempre que el hijo sea menor de 26 años. Es posible que se requiera la inscripción incluso en circunstancias en las que el niño no estaba cubierto previamente por el Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados. Para obtener más información sobre las órdenes médicas de manutención para niños y los procedimientos para implementar dichas órdenes, el afiliado cubierto debe comunicarse con su empleador participante. Inscripción tardía

UN AFILIADO TARDÍO es un empleado, jubilado o dependiente elegible que solicita cobertura bajo el Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados después de que finalice la Inscripción Abierta del Empleador Participante o, si corresponde, más de 31 días después de la primera oportunidad del empleado o dependiente de inscribirse para la cobertura. Los afiliados tardíos no tendrán derecho a la cobertura, salvo en los casos previstos en este documento. Un empleado, jubilado o dependiente elegible no se considerará afiliado tardío si se realiza 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 colectivo de beneficios de salud; y
- Se perdió la cobertura de otro plan de salud grupal debido a:
  - Agotamiento de la cobertura de continuación según las disposiciones de COBRA o la cobertura de continuación estatal;
  - Terminación del empleo;
  - Reducción de horas;
  - Muerte de un cónyuge;
  - Divorcio;
  - Finalización del aporte patronal a la cobertura;
  - Finalización o cancelación involuntaria del plan de beneficios de salud grupal por parte de su aseguradora;
  - Reducción sustancial de los beneficios; o
  - Un aumento sustancial en el costo para el afiliado cubierto, según lo determine únicamente el Empleador participante; y
- El empleado, jubilado o dependiente se inscribe en el Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados dentro de los 31 días posteriores a la pérdida de cobertura del otro plan de salud grupal.

### **Períodos especiales de inscripción**

Se permite un período de inscripción especial para los dependientes recién adquiridas a raíz de un matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción. Ciertos cambios de cobertura, como agregar un nuevo cónyuge, entran en vigencia el día 1 del mes siguiente a la fecha del evento. Los cambios de cobertura como resultado de nacimiento, adopción o colocación para adopción son retroactivos a la fecha del evento, siempre que la documentación requerida se presente dentro de los 31 días posteriores al evento.

Los nuevos dependientes deben inscribirse dentro de los 31 días posteriores al evento, a menos que el afiliado cubierto tenga cobertura bajo el Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados que cubriría al dependiente recién adquirido sin el pago de una prima adicional en la fecha del matrimonio, nacimiento, adopción, colocación u otro evento que haga que el nuevo dependiente sea elegible para la cobertura. Los hijos dependientes distintos de los descritos en *Dependientes elegibles* no son elegibles para el período de inscripción especial.

## **Cambios que afectan la elegibilidad**

Es responsabilidad del afiliado cubierto notificar al Empleador participante de cualquier cambio en el estado de dependiente de las personas inscritas dentro de los 31 días posteriores al evento que hace que la persona no sea elegible para la cobertura. Ejemplos de tales eventos incluyen el final de un año calendario en el que un hijo cumple 26 años, o la emisión de una sentencia de divorcio o separación legal.

## **No proporcionar notificación de cambio de estado**

Cualquier afiliado cubierto que no notifique un cambio que afecte el estado de elegibilidad de un dependiente inscrito estará sujeto a uno o más de los siguientes:

- 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 brindada a una persona no elegible se informará 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 Empleador participante 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 calificados pueden otorgar a sus e dependientes el derecho a continuar con la cobertura médica por su cuenta durante un período de tiempo limitado según una ley federal conocida como COBRA. Consulte *Cobertura de continuación de COBRA*. Aunque el Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados requiere notificación y terminación de la cobertura para personas no elegibles dentro de los 31 días posteriores al cambio de estado familiar, las regulaciones federales establecen que las personas cubiertas o los dependientes cubiertos tienen hasta 60 días para notificar al Empleador participante acerca del cambio estado para obtener la continuación de la cobertura COBRA. Si el aviso del cambio en el estado familiar **no** se proporciona dentro del período de 60 días después del evento calificador, el Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados no está obligado a brindar continuación de cobertura COBRA.

## Costo de la cobertura

---

El pago de los servicios cubiertos de una FARMACIA PARTICIPANTE se realizará a la farmacia participante. El pago de los servicios cubiertos de una FARMACIA NO PARTICIPANTE se realizará directamente al afiliado cubierto o dependiente, quien será responsable del pago a la farmacia no participante.

Cuando un hijo dependiente recibe servicios cubiertos de una farmacia no participante, CVS/Caremark enviará el pago directamente al padre o tutor legal, incluso si ese padre no es 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  
Apartado postal 52136  
Phoenix, AZ 85072

CVS/Caremark no emitirá de forma rutinaria un pago de beneficios de menos de \$1,00, excepto previa solicitud por escrito de la persona cubierta. Las reclamaciones por servicios cubiertos presentados más de dos años después de la fecha en que se prestaron los servicios no estarán cubiertos ni pagados. Las personas cubiertas que estén sujetas al pedido por correo obligatorio no recibirán reembolso por el costo de surtir nada que no sea el primer surtido de 30 días de un MEDICAMENTO RECETADO DE MANTENIMIENTO en una farmacia minorista o de pedido por correo no participante.

Las reclamaciones de beneficios por servicios cubiertos brindados a una persona cubierta se procesarán dentro de los 30 días posteriores a la fecha en que CVS/Caremark reciba la reclamación. Si no se puede tomar una decisión sobre la reclamación dentro del período de 30 días, se podrá solicitar una extensión de hasta 15 días. Antes de que finalice el período inicial de 30 días, CVS/Caremark enviará a la persona cubierta un aviso por escrito de los motivos del retraso.

Si el tiempo para procesar una reclamación se extiende porque la persona cubierta no ha enviado la información solicitada, el período de tiempo requerido para el procesamiento de la reclamación se suspenderá desde la fecha en que se envía el aviso de la información solicitada a la persona cubierta hasta la fecha en que CVS/Caremark reciba la respuesta de la persona cubierta. CVS/Caremark tomará una decisión sobre la reclamación dentro de los 15 días posteriores a la recepción de la información solicitada. La persona cubierta deberá presentar la información solicitada dentro de los 45 días siguientes a la recepción de la solicitud.

# Cobertura de medicamentos recetados

---

Una persona cubierta tiene derecho a beneficios por MEDICAMENTOS CUBIERTOS como se describe en esta sección, sujeto a la elegibilidad, las exclusiones y limitaciones, y el programa de beneficios en este Documento del Plan.

## **Beneficios de farmacia minorista participante**

Cuando un medicamento cubierto sea dispensado por una farmacia minorista participante o una farmacia de la RED DE MEDICAMENTOS DE MANTENIMIENTO participante, la farmacia participante aceptará el pago completo de CVS/Caremark. A la persona cubierta no se le cobrará nada, excepto 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 de la red de medicamentos de mantenimiento llamando a Quantum Health al 833-740-3258 o visitando [carecompass.ct.gov](http://carecompass.ct.gov). Para obtener beneficios, la persona cubierta debe mostrar su tarjeta de identificación al farmacéutico de la farmacia minorista participante.

## **Beneficios de farmacia minorista no participante**

Cuando una farmacia minorista no participante dispensa un medicamento cubierto, la persona cubierta pagará la receta de su bolsillo. Luego, 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 la CANTIDAD MÁXIMA PERMITIDA para farmacias minoristas no participantes. Las reclamaciones se deben presentar ante CVS/Caremark dentro de los dos años posteriores a que se haya surtido 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 de Medicamentos de Mantenimiento**

Las personas cubiertas deben surtir todos los medicamentos recetados de mantenimiento para un suministro de 31 a 90 días de un medicamento recetado de mantenimiento, sujeto al monto del costo compartido aplicable como se muestra en el *Programa de Beneficios de Medicamentos Recetados*, a través de:

- El programa de pedidos por correo 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 figura en su tarjeta de identificación o visitando [carecompass.ct.gov](http://carecompass.ct.gov).

## **Beneficios de farmacia especializada**

El Plan cuenta con una red exclusiva para dispensar Medicamentos de Especialidad. Esto significa que todas las recetas de medicamentos especializados solo se pueden surtir a través de CVS Specialty Pharmacy, Hartford HealthCare Specialty Pharmacy, Yale Medical Center Pharmacy and Home Care Center, Inc. o UConn Health Pharmacy Services. No se cubrirán las recetas de medicamentos especializados que se surtan 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.

## **Asistencia con copago para medicamentos especializados**

El plan participa en programas de asistencia con copagos que podrían reducir sus costos de bolsillo para ciertos medicamentos especializados. A través de estos programas, los fabricantes de medicamentos brindan apoyo financiero al cubrir parte o la totalidad de su costo compartido para medicamentos especializados seleccionados. No es necesario que participe en estos programas. Sin embargo, si opta por no participar o no coopera con el programa PrudentRx, el costo compartido total especificado en su Lista de beneficios se aplicará a sus recetas del nivel de especialidad. La lista de medicamentos especializados elegibles para programas de asistencia de copagos está sujeta a cambios.

## **PrudentRx**

El plan tiene un nivel de medicamentos especializados para quienes participan en el programa de asistencia con copagos, administrado por PrudentRx. Todos los empleados activos y afiliados que no sean elegibles para Medicare quedarán inscritos automáticamente en este programa. Puede optar por no participar en este programa durante la Inscripción abierta o debe notificar a PrudentRx su decisión a más tardar el 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 asistencia de copago del fabricante de medicamentos disponibles. PrudentRx se comunicará con usted para brindarle información específica sobre el programa en relación con su medicamento y le informará si debe inscribirse en asistencia de copago para cualquier medicamento que tome. Algunos fabricantes pueden exigirle que se registre para aprovechar la asistencia con copago que brindan para sus medicamentos. Si ese es el caso, debe hablar con alguien de PrudentRx para brindarle la información adicional necesaria para inscribirse en el programa de asistencia de copagos.

Los medicamentos de la lista de medicamentos especializados del Plan están incluidos en el programa y estarán sujetos a un coseguro del 30 %. Sin embargo, si un afiliado se inscribe en un programa de asistencia de copago del fabricante disponible para su medicamento especializado, el afiliado tendrá una responsabilidad de pago a sus expensas de \$0 por las recetas cubiertas por 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, será eliminado del programa PrudentRx para el año siguiente.

Los copagos de estos medicamentos, ya sean realizados por usted, su plan o el programa de asistencia de copagos, no contarán para el desembolso máximo.

Para ver una lista completa de los 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](http://carecompass.ct.gov/state/pharmacy).

Se puede comunicar con PrudentRx al 800-573-4403 para resolver cualquier pregunta que pueda tener sobre el programa de copago 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
- Estén recetados por un practicante autorizado de atención médica que opere dentro del alcance de su licencia particular, sujeto a la sección *de Exclusiones y limitaciones*.

Este Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados cubre:

- Fármacos con advertencia federal;
- Medicamentos compuestos cuando se cumplen todos los criterios a continuación:
  - Todos los ingredientes activos son medicamentos con advertencia federal;
  - El medicamento compuesto no se usa en lugar de un medicamento con advertencia federal con la misma concentración y formulación, a menos que sea médicamente necesario;
  - El medicamento compuesto se produce específicamente para que lo utilice una persona cubierta para tratar una afección cubierta;
  - Los medicamentos compuestos, incluidos todos los productos compuestos estériles, se elaboran de conformidad con los Estatutos de Connecticut; y
  - Se ha aprobado la autorización previa para dicho medicamento.

### **NOTA:**

- Aparte de lo establecido en este documento, los productos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés) no están cubiertos, a menos que estén cubiertos según la Ley de Atención Médica Asequible (Affordable Care Act, ACA);
- Los polvos a granel, los productos químicos a granel y las bases patentadas utilizadas en medicamentos compuestos generalmente no están cubiertos, sujetos a revisión y apelación de la necesidad médica;
- La reconstitución de polvos orales no se considera **COMPUESTO**; y

- El farmacéutico preparador debe facturar el NDC del producto utilizado en la cantidad del 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.<sup>1</sup> 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 son elegibles para su inclusión 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 calificar para una excepción especial si puede demostrar que le resultará difícil o imposible obtener medicamentos cubiertos de manera regular, oportuna y adecuada.

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

**Cobertura de medicamentos anticonceptivos.** El Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados cubre medicamentos anticonceptivos por un costo compartido de \$0,00. Se puede surtir un suministro de 30 días de un nuevo medicamento anticonceptivo en una farmacia minorista participante. A partir de entonces, los resurtidos de medicamentos anticonceptivos deben surtirse como medicamentos de mantenimiento en la farmacia de pedido por correo o en una farmacia minorista de la red de medicamentos de mantenimiento.

### Cobertura para ciertos medicamentos preventivos

Los siguientes medicamentos estarán cubiertos con un costo compartido de \$0,00 cuando los recete un proveedor autorizado para una persona cubierta dentro de la edad/género designado para las circunstancias o condiciones indicadas.

- **Aspirina para prevenir enfermedades cardiovasculares (ECV):** para los hombres de 45 a 79 años, se cubrirá la aspirina genérica en dosis entre 81 y 325 mg; para las mujeres de 55 a 79 años, se cubrirá la aspirina genérica con dosis entre 81 y 325 mg.
- **Suplementación con ácido fólico:** para las mujeres hasta los 55 años, se cubrirá un suplemento diario que contenga de 0,4 a 0,8 mg (400 a 800 MCG) de ácido fólico.

<sup>1</sup> Ciertos medicamentos cubiertos tienen límites de cantidad específicos, según lo determinado por los estatutos estatales y federales, el etiquetado de uso aprobado por la FDA o la revisión de utilización de medicamentos revisada por 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, exámenes de detección de interacciones entre medicamentos, exámenes de rango de dosis, exámenes de fármacos de preferencia, exámenes de protocolos de terapia, exámenes de beneficios de género y edad, duración del uso y monitoreo de resurtidos.

- **Dejar de fumar:** los productos genéricos de reemplazo de nicotina de venta libre estarán cubiertos para adultos.
- **Quimioprevención de la caries dental (caries):** para niños en edad preescolar (entre seis meses y hasta seis años de edad) cuya fuente principal de agua tiene deficiencia de fluoruro, las formas orales de fluoruro de marca y genérico estarán cubiertas cuando las recete un proveedor autorizado en las siguientes dosis: fluoruro de sodio pestaña de 0,5 mg; pastilla masticable de fluoruro de sodio 0,25 - 0,5 mg; solución de fluoruro de sodio 0,125 - 0,25 mg/gota; solución de fluoruro de sodio 0,25 mg/0,6 ml; solución de fluoruro de sodio 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 descuento en medicamentos especializados mencionado anteriormente, se aplicarán los siguientes programas de administración de especialidades:

- **Programa de Gestión de Pautas de Especialidad.** El Plan prevé una evaluación prospectiva integral y una revisión clínica retrospectiva para promover la seguridad del paciente y garantizar una cobertura rentable y clínicamente apropiada de medicamentos especializados para más de 60 clases de terapia. 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 surtirse en la farmacia CVS Specialty®, en los servicios de farmacia para pacientes ambulatorios de Yale New Haven Health, en los servicios de UConn Health Pharmacy o en Hartford Healthcare Community Pharmacy.

### 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 las pautas de tratamiento reconocidas a nivel nacional.

Clases de medicamentos no especializados que requieren autorización previa
Medicamentos compuestos
Agentes de narcolepsia
Nascobal
Medicamentos combinados antiinflamatorios no esteroides

Fentanilo oral/intranasal
Ivermectina oral
Agentes de inmunoterapia oral/sublingual
Productos selectos de marca y genéricos con metformina ER
Semaglutida (agonistas de 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 farmacéuticos o tecnologías aprobados por la FDA, o 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 con receta que requieren autorización previa. La inclusión de un nuevo producto farmacéutico o tecnología aprobado 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 debe obtener autorización previa para poder recibir beneficios para ciertos medicamentos cubiertos. Cuando se receta un medicamento cubierto que requiere autorización previa a una persona cubierta, la persona cubierta o su representante debe llamar a CVS/Caremark al 800-294-5979 o enviar por fax una solicitud por escrito de autorización previa a CVS/Caremark, al 888- 836-0730.

Al recibir la solicitud de autorización previa, CVS/Caremark hará lo siguiente:

- Denegar la autorización previa para el medicamento recetado; o
- Aprobar beneficios para ese medicamento recetado hasta cualquier límite de cantidad especificado.

### Duración de la autorización previa

Una vez que se hayan aprobado los beneficios para un medicamento que requiere autorización previa (incluida la cobertura que resulta de una revisión interna o apelación externa), la autorización será efectiva por un período de tiempo específico, generalmente de 12 meses, después del cual se presentará una nueva solicitud de autorización previa de ese medicamento debe ser presentado.

### Medicamentos cubiertos sujetos a límites de cantidad

A continuación se incluye una lista de 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 de uso aprobado por la FDA o la revisión de utilización de medicamentos revisada por el Estado de Comité de Contención de Costos de Atención Médica de Connecticut y aprobado por la Oficina del Contralor del Estado.

<b>Clases de medicamentos no especializados sujetos a límites de cantidad</b>
Antiparasitario
Disfunción eréctil
Agentes para la migraña
Analgésicos opioides
Antibacteriano tópico
Antifúngicos tópicos
Lidocaína tópica

### **Medicamentos cubiertos sujetos a terapia escalonada**

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

<b>Clases de medicamentos no especializados sujetos a terapia escalonada</b>
Analgésicos opioides de urgencias
Agentes para la migraña: antagonistas del receptor CGRP
Antimicótico tópico: oxiconazol

### **Otras disposiciones sobre beneficios de medicamentos recetados**

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

El patrocinador del Plan no será responsable de ninguna reclamación, lesión, demanda o sentencia con base en responsabilidad extracontractual, responsabilidad por productos defectuosos u otros motivos (lo que incluye la garantía de comerciabilidad), que surja de la cobertura, mezcla, 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.

Hay beneficios disponibles de hasta seis píldoras/unidades/dosis por mes para un medicamento cubierto relacionado con el tratamiento de disfunciones o insuficiencias sexuales masculinas o femeninas. Consulte *Medicamentos cubiertos sujetos a límites de cantidad*.

## Lista de beneficios de medicamentos recetados

El derecho de un participante a los beneficios de los 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.

	Medicamentos para casos agudos		Medicamentos de mantenimiento	
	Farmacia minorista participante	Farmacia minorista no participante	Red de medicamentos de mantenimiento o pedido por correo <sup>1</sup>	Participantes del programa de mejora de la salud <sup>2</sup>
<b>Genérico preferido</b>	Copago de \$5	20 % de coseguro; el plan paga el 80 %	Copago de \$5	Copago de \$0
<b>Genérico no preferido</b>	Copago de \$10	20 % de coseguro; el plan paga el 80 %	Copago de \$10	Copago de \$0
<b>Marca preferida</b>	Copago de \$25	20 % de coseguro; el plan paga el 80 %	Copago de \$25	Copago de \$5
<b>Marca no preferida</b>	Copago de \$40	20 % de coseguro; el plan paga el 80 %	Copago de \$40	Copago de \$12,50
<b>Anticonceptivos<sup>3</sup></b>	El plan cubre el 100%	N/C	El plan cubre el 100%	El plan cubre el 100%
<b>Límite de suministro diario</b>	30 días	30 días	90 días	90 días
Medicamentos especializados				
	Farmacia especializada participante		Farmacia especializada no participante	
<b>Afiliados de PrudentRx</b>	Copago de \$0 <sup>4</sup>		Sin cobertura	
<b>Exclusión voluntaria de PrudentRx</b>	Copago minorista aplicable al tipo de medicamento (genérico/de marca)		Sin cobertura	
<b>Límite de suministro diario</b>	30 días		No corresponde	

<sup>1</sup> Se requiere el uso de pedidos por correo o de la red de medicamentos de mantenimiento para un reabastecimiento de medicamentos de mantenimiento de 90 días después del primer surtido de 30 días en una farmacia minorista.

<sup>2</sup> También incluye las siguientes condiciones crónicas: asma/EPOC, insuficiencia cardíaca/enfermedad cardíaca, hiperlipidemia e hipertensión y diabetes.

<sup>3</sup> Tratado como medicamento de mantenimiento; se requiere el uso de pedidos por correo o de la red de medicamentos de mantenimiento para un reabastecimiento de 90 días después del primer surtido de 30 días en una farmacia minorista.

<sup>4</sup> Supeditado a la inscripción del Afiliado en el programa de apoyo a copagos del fabricante disponible; de lo contrario, la participación del afiliado está sujeta a un coseguro del 30 % y a la eliminación de PrudentRx

# Programas y reglas de medicamentos recetados

<b>Medicamentos genéricos requeridos</b>	<p>Cuando una receta no especifica “Sin sustitución” y la orden se surte con un MEDICAMENTO RECETADO DE MARCA a solicitud de la persona cubierta o del médico que prescribe, aunque esté disponible un medicamento genérico equivalente aprobado a nivel federal, la persona cubierta será responsable de tanto el monto del copago de MEDICAMENTOS RECETADOS GENÉRICOS, como se muestra en el <i>Programa de Beneficios de Medicamentos Recetados</i>, como la diferencia de costo entre el medicamento recetado genérico y el medicamento recetado de marca.</p> <p>Cuando un medicamento recetado de marca (para el cual hay disponible un medicamento recetado genérico) es médicamente necesario para tratar una lesión o enfermedad específica de una persona cubierta, el médico que prescribe debe enviar un formulario de necesidad médica completo a CVS/Caremark por fax. Si se establece la necesidad médica, el medicamento de marca se dispensará sin que la persona cubierta tenga que pagar la diferencia de costo entre el medicamento recetado genérico y el de marca.</p> <p>En el caso de que no haya ningún medicamento recetado genérico disponible para la dispensación de un medicamento recetado que no sea de mantenimiento, la persona cubierta debe pagar el copago del medicamento de marca como se muestra en el <i>Programa de Beneficios de Medicamentos Recetados</i>.</p> <p>El copago por un medicamento de marca no preferido puede reducirse al copago aplicable a un medicamento de marca preferido si el médico que receta envía un formulario de necesidad médica completo a CVS/Caremark por fax y se determina la necesidad médica.</p>
<b>Utilización de medicamentos no preferidos</b>	<p>Se requiere un copago más alto a menos que el médico que prescribe presente una solicitud de excepción de cobertura que acredite que la marca no preferida es necesaria desde el punto de vista médico</p>
<b>Autorización previa</b>	<p>Requerido para ciertos medicamentos. Consulte <i>Medicamentos cubiertos que requieren autorización previa</i>.</p>
<b>Límites de cantidad</b>	<p>Requerido para ciertos medicamentos. Consulte <i>Medicamentos cubiertos sujetos a límites de cantidad</i>.</p>
<b>Programa de Mejora de la Salud (afecciones crónicas)</b>	<p>Las personas cubiertas en el Programa de Mejora de la Salud (HEP, por sus siglas en inglés) pueden calificar para costos compartidos reducidos para medicamentos de mantenimiento recetados para el tratamiento de las siguientes afecciones: diabetes, asma/EPOC, presión arterial alta, hiperlipidemia o enfermedad cardíaca/insuficiencia cardíaca.</p>
<b>MEDICAMENTOS DE ESPECIALIDAD</b>	<p>Las recetas de estos medicamentos están sujetas a autorización previa y solo pueden ser dispensadas por CVS Specialty Pharmacy, Yale Specialty Pharmacy, UConn Health Pharmacy Services o Hartford Healthcare Specialty Pharmacy. No hay cobertura para medicamentos de especialidad adquiridos en farmacias no participantes.</p>
<b>FORMULARIO</b>	<p>Lista de medicamentos preferidos de CVS/Caremark</p>
<b>MÁXIMO DE GASTOS A CARGO DEL AFILIADO anual para medicamentos recetados</b>	<p>Individual: \$4600 Familia: \$9200</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 su fecha de terminación.
- 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.
- Surtido en exceso de lo especificado por el médico que prescribe o despachado/resurtido después de un año desde la fecha original de la receta.
- Tomado o administrado por un hospital o cualquier otro centro u oficina de atención médica.
- Cubierto por Compensación al Trabajador, Medicare, Medicaid u otro programa gubernamental (que no sea Medicare), incluso si la persona cubierta decide no reclamar dichos beneficios.
- Proporcionado por la Administración de Veteranos de EE. UU., excepto si este Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados es el PLAN SECUNDARIO; cualquier monto de copago que una persona cubierta deba pagar puede presentarse para reembolso según las disposiciones de Coordinación de Beneficios.
- Medicamentos compuestos para los cuales no se ha aprobado autorización previa.
- Dispensados o recetados de forma contraria a la práctica médica habitual. Sin embargo, no se excluirá la cobertura de ningún medicamento recetado para el tratamiento del cáncer por el hecho de que el medicamento se prescribe para el tratamiento de un tipo de cáncer para el cual no ha sido aprobado por la FDA, siempre que el medicamento esté reconocido para el tratamiento del tipo específico de cáncer para el cual se ha recetado dicho medicamento 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);
  - Las 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 considera de naturaleza EXPERIMENTAL O DE INVESTIGACIÓN, lo que incluye cualquier medicamento que requiera aprobación de una agencia federal u otra agencia gubernamental no otorgada en el momento en que se recetó el medicamento, o cualquier medicamento que esté aprobado por la FDA únicamente para estudios controlados.
- Todos los productos y medicamentos de venta libre, a menos que estén designados como medicamentos preventivos en la sección *Cobertura de medicamentos recetados*. Esto incluye, entre otros, reemplazo de electrolitos, fórmula infantil no especializada para la cual

no se requiere receta médica, suplementos nutricionales diversos y todos los demás productos y medicamentos de venta libre.

- Anorexiantes.
- Cualquier medicamento cosmético, incluidos, entre otros, Renova, preparaciones 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 (ISS).
- Medicamentos para la infertilidad, a menos que PBM los apruebe para su uso para el Plan de Beneficios Médicos junto con un procedimiento de infertilidad cubierto.
- Cualquier detergente, champú, pasta/gel de dientes, enjuague/enjuague bucal o jabón que pueda dispensarse sin receta.
- Un aparato, dispositivo, otro suministro médico o equipo médico duradero, a menos que se indique en la definición de medicamento recetado.
- Una aguja hipodérmica, jeringa o dispositivo similar, excepto para la administración de medicamentos cubiertos cuando se recetan de acuerdo con los términos y condiciones del Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados.
- Un extracto o vacuna alergénica.
- Un anticonceptivo o dispositivo anticonceptivo, que:
  - No haya sido aprobado por la FDA; y
  - No lo prescriba un médico autorizado.
- Condones, esponjas anticonceptivas, espermicidas y anticonceptivos de emergencia de venta libre, a menos que los recete un médico autorizado.
- Medicamentos o medicinas cubiertos por cualquier otro plan patrocinado por el Empleador participante.
- Vitaminas que se utilizan como suplemento dietético, incluidos suplementos nutricionales líquidos, vitaminas de medicamentos recetados pediátricos y versiones recetadas de vitaminas A, D, K, B12, niacina y ácido fólico, excepto los que se enumeran como medicamentos preventivos en la *Cobertura de medicamentos recetados*.
- Cualquier medicamento etiquetado como “Precaución: limitado por la ley federal para uso 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.
- Medicamentos, medicinas o productos que no sean médicamente necesarios.
- Medicamentos recetados para la disfunción eréctil, excepto como se describe en *Otras disposiciones de beneficios de medicamentos recetados*.
- Elementos disuasorios para fumar de venta libre, excepto los que se enumeran como medicamentos preventivos en la *Cobertura de medicamentos recetados*.

- Dispensados en exceso de los montos proporcionados bajo la *Cobertura de medicamentos recetados* con respecto a excepciones especiales al límite máximo de suministro, suministros para vacaciones y reemplazo de medicamentos recetados perdidos, robados, derramados, rotos o caídos hasta dos veces por año.
- Alimentos médicos.
- Medicamentos cubiertos únicamente por el Plan de Beneficios de Salud (p. ej., Spinraza, Yescarta, Luxturna, Brineura, Zolgensma, etc.).
- Productos periodontales (implantes subgingivales).
- Productos no aprobados o productos que puedan comercializarse en contravención a la Ley Federal de Alimentos, Medicamentos y Cosméticos.
- Los medicamentos para bajar de peso y los medicamentos utilizados fuera de etiqueta para indicar la pérdida de peso (por ejemplo, agonistas diabéticos de GLP-1) están excluidos de la cobertura a menos que se receten para un afiliado inscrito y que participa activamente en el programa de pérdida de peso realizado por Intellihealth para el estado de CT y Afiliados del Plan de Asociación.
- Cualquier otro servicio o artículo no enumerado en este Documento del Plan.

### **Exclusión de Compensación Laboral**

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 bajo dicha ley el valor en dólares de aquellos beneficios a los que tiene derecho la persona cubierta.
- Cobrar a la persona cubierta dicho valor en dólares, en la medida en que a la persona cubierta se le haya pagado por los servicios cubiertos.
- Reducir cualquier suma adeudada a la persona cubierta por el monto que la persona cubierta haya recibido en pago.
- Embargar 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 como se describe anteriormente, en caso de que la reclamación disputada o controvertida se resuelva mediante un acuerdo monetario en la totalidad de dicho acuerdo.

- Si una persona cubierta tiene derecho a beneficios bajo la ley de Compensación Laboral, de responsabilidad del empleador o enfermedad ocupacional, es necesario seguir todas las pautas de cobertura bajo dicho programa para que este Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados continúe brindando beneficios para los servicios cubiertos cuando se agoten los beneficios de Compensación para trabajadores están agotados.

### **Exclusión del seguro de automóvil**

En la medida en que lo permita la ley, este Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados no pagará beneficios por servicios cubiertos pagados, pagaderos o que deban proporcionarse como beneficios de reparación básica en virtud de cualquier póliza de seguro de automóvil u otra póliza sin culpa.

El Patrocinador del Plan tendrá derecho:

- Cobrar al asegurador obligado conforme a dicha ley el valor en dólares de aquellos 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 pago de todas y cada una de las fuentes, incluido, entre otros, el pago directo.
- Reducir cualquier suma adeudada a la persona cubierta por la cantidad que la persona cubierta haya recibido de todas y cada una de las fuentes, incluido, entre otros, el pago directo.
- Los beneficios estarán sujetos a la sección *de Coordinación de beneficios* para los servicios cubiertos que una persona cubierta recibe bajo una póliza de seguro de automóvil, que proporciona beneficios sin tener en cuenta la culpa.
- Si una persona cubierta tiene derecho a beneficios bajo una póliza de seguro de automóvil sin culpa u otra póliza de seguro de automóvil, los beneficios por servicios cubiertos solo se proporcionarán cuando una persona cubierta siga todas las pautas de cobertura bajo esa póliza. Es necesario seguir todas las pautas bajo esa póliza para que el Patrocinador del Plan continúe brindando beneficios por los servicios cubiertos cuando se agoten los beneficios de la póliza sin culpa u otros beneficios de la póliza de seguro de automóvil.

# Coordinación de beneficios

---

Todos los beneficios proporcionados bajo este Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados están sujetos al proceso de Coordinación de Beneficios (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 primario”, los beneficios se determinan antes que los del otro plan y sin considerar 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 tiene dos partes y las reglas de la COB se aplican solo a una de las dos, cada una de las partes es un plan por separado.

Si la persona cubierta está cubierta por este Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados y otro plan, el “orden de reglas de determinación de beneficios” determinará qué plan es el plan principal. Los beneficios de este Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados:

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

## **Orden de reglas de determinación 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 según el Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados);
- Ha seguido todas las pautas y procedimientos, según se especifica en este Documento del Plan; y
- Los servicios cubiertos son la base para una reclamación bajo otro plan.

A menos que:

- El otro plan tengan reglas que coordinan sus beneficios con los descritos en este Documento del Plan; y

- Tanto las reglas del otro plan como las reglas de coordinación de este Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados requieran que los beneficios de este Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados se determinen antes que los del otro plan.

## Reglas de coordinación

El Patrocinador del Plan determina su orden de beneficios utilizando las siguientes reglas:

- **Que no sea una persona dependiente.** El plan que cubre a la persona como afiliado cubierto (es decir, que no sea como dependiente), es principal del 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 niño como dependiente de diferentes personas, llamadas “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 tienen el mismo cumpleaños, el plan que cubrió a uno de los padres por más tiempo es el primario. Solo se consideran el mes y el día del cumpleaños.
- **Hijo dependiente/padres separados o divorciados.** En el caso de un hijo dependiente cubierto:
  - Cuando los padres estén separados o divorciados y el padre con custodia legal del niño no se haya vuelto a casar, el plan que cubre al niño como dependiente del padre con custodia legal del niño pagará beneficios antes que el plan que cubre al niño como dependiente del padre sin custodia legal;
  - Cuando los padres estén divorciados y el padre con custodia legal del niño se haya vuelto a casar, el plan que cubre al niño como dependiente del padre con custodia pagará beneficios antes que el plan que cubre a ese niño como dependiente del padrastro; y
  - El plan que cubre a ese hijo como dependiente del padrastro pagará beneficios antes que el plan que cubre a ese hijo como dependiente del padre sin custodia legal.

Sin embargo, si los términos específicos de una orden judicial establecen que uno de los padres es financieramente responsable de los gastos de atención médica del niño, entonces el plan que cubre al niño como dependiente del padre financieramente responsable pagará beneficios antes que cualquier otro plan. que cubre al niño como dependiente.

Las disposiciones de esta subsección no se aplican con respecto a ningún PERÍODO DE DETERMINACIÓN DE RECLAMACIÓN o AÑO DEL PLAN durante el cual cualquier beneficio se pague o proporcione realmente 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 regla y si, como resultado, los planes no coinciden en el orden de los beneficios, esta regla se ignora.
- **Cobertura más larga/más corta/duración.** Si ninguna de las reglas anteriores determina el orden de los beneficios, el plan que cubrió a un afiliado cubierto por más tiempo es primario respecto del plan que cubrió a esa persona por menos tiempo.

## **Efecto de este Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados sobre 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 monto que se habría pagado si hubiera sido el plan primario o 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 conforme a las disposiciones de la COB de este Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados, el monto de los beneficios pagaderos conforme a este Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados se determinará sobre la base de que este Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados sea secundario.

## **Derecho a recibir y divulgar la información necesaria**

Se necesita cierta información para aplicar estas reglas de la COB. El Patrocinador del Plan tiene derecho a decidir qué información necesita. Al inscribirse en el Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados, la persona cubierta acepta la divulgación de la información necesaria para aplicar las reglas de la COB. Cualquier persona cubierta que reclame beneficios bajo este Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados debe proporcionar información que el Patrocinador del Plan o CVS/Caremark determine que sea necesaria para la COB.

## **Facilidad de pago**

Un pago realizado o un servicio proporcionado bajo otro plan puede incluir un monto que debería haberse pagado o proporcionado bajo este Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados. Si es así, el Patrocinador del Plan puede pagar ese monto a la organización que realizó el pago. Entonces, dicha cantidad se considerará como si fuera un beneficio pagado según este Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados.

## **Derecho de Recuperación bajo Coordinación de Beneficios**

Si el monto de los beneficios proporcionados según el Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados es mayor de lo que debería haberse pagado según la COB, o si este Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados ha brindado servicios que deberían haber sido pagados por el plan primario, el Patrocinador del Plan puede 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 que ha pagado o por las cuales ha 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 acepta tomar medidas adicionales para ejecutar y entregar los documentos que sean necesarios 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 resultar en el retiro de los beneficios ya proporcionados o en la denegación de los beneficios solicitados.

# Terminación de la cobertura

---

La inscripción de la persona cubierta en el Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados terminará:

- El último día del mes en el que las primas requeridas para la cobertura de una persona cubierta no se pagan a su vencimiento.
- A opción de la persona cubierta, durante la Inscripción abierta del Empleador participante, que entrará en vigencia a partir de la fecha de renovación del Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados.
- El día siguiente al fallecimiento de un afiliado cubierto. Cuando un afiliado cubierto fallece, la cobertura de sus dependientes terminará el primer día del mes siguiente al fallecimiento del afiliado cubierto, a menos que sean elegibles y elijan continuar la cobertura de conformidad con COBRA o sean elegibles para continuar la cobertura bajo algún otro plan de beneficios mantenido por el Empleador participante.
- Cuando la persona cubierta deja de cumplir con los requisitos de elegibilidad del Empleador participante según se definen en la sección *Elegibilidad*, la cobertura finalizará el primer día del mes siguiente a la pérdida de elegibilidad. Cuando la elegibilidad de un dependiente para la cobertura se pierde debido a una tergiversación de estatus, divorcio o separación legal, la terminación de la cobertura ocurrirá el primer día del mes siguiente a la fecha de vigencia del divorcio o separación legal o al descubrimiento de la tergiversación.
- Si y cuando una persona cubierta permite que otra persona use su tarjeta de identificación para obtener servicios.
- Si se determina que un afiliado cubierto ha inscrito a una persona no elegible como dependiente según el plan o no ha proporcionado al Empleador participante la notificación requerida sobre la ocurrencia de un evento que causa que un dependiente ya no sea elegible para la cobertura (p. ej., divorcio, separación legal o cumplimiento de la edad máxima).

Sin perjuicio de lo anterior, la cobertura para un dependiente inscrito terminará el día después de la muerte de ese dependiente inscrito.

## Notificación al afiliado

De conformidad con los Estatutos Generales de Connecticut, si el Empleador participante cancela o discontinúa su participación en el Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados con respecto a todo su grupo o una clase de empleados, el Empleador participante debe enviar al afiliado cubierto una notificación por escrito de la cancelación o discontinuación de este Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados al menos 15 días antes de la fecha efectiva de cancelación o discontinuación. La cobertura terminará independientemente de si se dio o no el aviso.

## Opciones de continuación

En caso de que una persona cubierta pierda la elegibilidad según este Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados, puede tener derecho a continuar con la cobertura en determinadas

circunstancias. Se proporcionarán opciones de continuación bajo cada una de las siguientes circunstancias durante el período indicado o hasta que la persona cubierta sea elegible para otra cobertura grupal, excepto que se indique lo contrario en esta sección.

**Nota:** sin perjuicio de cualquier disposición en contrario en este Documento del Plan, la continuación de la cobertura terminará según este Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados y terminará al vencimiento del contrato entre el Patrocinador del Plan y CVS/Caremark o si los equivalentes de prima requeridos no se pagan a su vencimiento.

### **Cobertura de continuación de 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 bajo este Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados en la medida requerida por la ley. El Empleador participante o su representante administrará los beneficios de continuación de COBRA. La cobertura también estará disponible para un niño nacido o colocado en adopción con el afiliado cubierto mientras el afiliado cubierto esté recibiendo la continuación de la cobertura COBRA. El derecho a la continuación de la cobertura en este Plan de Beneficios de Medicamentos terminará al finalizar el acuerdo entre el Patrocinador del Plan y CVS/Caremark. La continuación de la cobertura por hasta 36 meses estará disponible para un dependiente inscrito de la siguiente manera:

- La muerte del afiliado cubierto;
- La separación legal o divorcio del asegurado;
- El derecho del afiliado cubierto a Medicare; o
- El hecho de alcanzar de la edad límite para un hijo dependiente inscrito.

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

- La reducción de horas de trabajo del afiliado cubierto;
- La renuncia voluntaria del afiliado asegurado;
- Despido o rescisión del afiliado cubierto por cualquier motivo que no sea una mala conducta grave.

Habrán 11 meses adicionales disponibles para un afiliado cubierto o un dependiente inscrito que se determine que está discapacitado según el Título II o el Título XVI de la Ley del Seguro Social en el momento en que sea elegible para la continuación extendida de la cobertura bajo COBRA o que quede discapacitado en cualquier momento durante los primeros 60 días de la prórroga de dicha cobertura. El afiliado cubierto o el dependiente inscrito debe notificar la determinación de discapacidad al empleador participante a más tardar 60 días después de la fecha de la determinación de la Administración del Seguro Social y antes del final de los 18 meses iniciales de continuación de la cobertura según COBRA.

Si se determina que el afiliado cubierto o dependiente ya no está incapacitado, la continuación extendida del período de cobertura puede terminarse el primero del mes siguiente a los 30 días posteriores al aviso de determinación final.

La continuación de la cobertura debe ser igual a los beneficios bajo este Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados que están disponibles para una persona cubierta actualmente empleada. A una persona cubierta que sea elegible para la continuación de la cobertura se le debe proporcionar al menos 60 días para elegir dicha cobertura. La elegibilidad de una persona cubierta para la continuación de la cobertura finaliza antes de los períodos anteriores si:

- La persona cubierta se vuelve elegible para recibir beneficios bajo otro plan de salud grupal como resultado de empleo, reemplazo o matrimonio, excepto cuando el nuevo plan contenga cualquier exclusión o limitación relacionada con cualquier condición preexistente de la persona cubierta que afectaría la cobertura bajo este Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados; o
- La prima por continuación de la cobertura no se paga a tiempo; o
- La persona cubierta adquiere derecho a los beneficios de Medicare.

# Disposiciones de pago

---

## Reclamación de sobrepagos

Cuando CVS/Caremark haya realizado pagos por servicios cubiertos, ya sea por error, en exceso del monto máximo de pago necesario para satisfacer las disposiciones de este Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados, independientemente de a quién se le pagó, CVS/Caremark, en nombre del Patrocinador del Plan, tiene derecho a recuperar estos pagos de uno o más de los siguientes:

- Cualquier persona a quien o para quien se hayan realizado 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 de la cantidad que CVS/Caremark ha pagado por error o en exceso de pagos de beneficios futuros. El afiliado cubierto personalmente y en nombre de sus dependientes, previa solicitud, ejecutará y entregará los documentos que sean necesarios y hará todo lo necesario para garantizar el derecho del Patrocinador del Plan a recuperar cualquier pago erróneo o excesivo.

## Derecho de recuperación

El propósito del Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados es brindar cobertura para gastos de farmacia calificados que no están 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, mala conducta intencional u otra acción u omisión de un tercero, el Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados tiene un derecho de subrogación. En la medida permitida por la ley, cuando la persona cubierta tiene derecho a recuperar contra terceros el costo de los servicios cubiertos, el Plan de Beneficios de Recetas tendrá derecho a recuperar contra terceros los beneficios por los servicios cubiertos proporcionados 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 Beneficios de Medicamentos Recetados. La persona cubierta acepta ejecutar y entregar dichos instrumentos adicionales y tomar cualquier otra acción que CVS/Caremark o el Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados puedan requerir para implementar esta disposición. En la medida permitida por la ley, el Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados, o CVS/Caremark actuando en su nombre, tendrá derecho a entablar una demanda contra dicho tercero en nombre de la persona cubierta y en su propio nombre como subrogado. 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 un pago de un tercero mediante demanda o mediante acuerdo por el costo de los servicios cubiertos, dicha 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 permitida por la ley, el Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados tiene un gravamen sobre cualquier monto recuperado por la persona

cubierta del tercero responsable o asegurador, ya sea designado o no como pago de gastos médicos. Este gravamen permanecerá vigente hasta que el Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados se pague en su totalidad, menos una parte prorrateada de los honorarios razonables de los abogados y los costos que el afiliado cubierto sostuvo para obtener la recuperación.

La persona cubierta debe notificar al Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados inmediatamente si comienza negociaciones para llegar a un acuerdo u obtiene una sentencia contra un tercero o asegurador en relación con un accidente o lesión por el cual el Plan de Beneficios de Medicamentos ha pagado beneficios.

# Derechos de queja y apelación

---

## Denegación de reclamaciones

Si se niegan los beneficios, total o parcialmente, CVS/Caremark enviará a la persona cubierta un aviso por escrito dentro del período establecido descrito en *Disposiciones de pago*. La persona cubierta o su representante debidamente autorizado puede apelar la denegación como se describe en *Proceso de apelación* a continuación. El aviso de determinación adversa incluirá los motivos del rechazo, la referencia a las disposiciones del Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados en las que se basa el rechazo, si se necesita información adicional para procesar la reclamación y por qué se necesita dicha información, los procedimientos de apelación de la reclamación y los plazos aplicables.

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

- Si se basó en una norma interna, directriz, protocolo u otro criterio para tomar la decisión sobre la reclamación y si esta información está disponible para la persona cubierta previa solicitud y sin costo alguno; y
- Que una explicación del juicio científico o clínico para una decisión basada en necesidad médica, 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 manejarse de manera informal y pueden abordarse comunicándose con el Departamento de Servicio al Cliente de CVS/Caremark, utilizando el 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 Servicio 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 de registro o el representante debidamente autorizado del proveedor de registro.

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

1. Determinaciones de revisión de utilización adversa y
2. DETERMINACIONES adversas DE LA REVISIÓN DE NO UTILIZACIÓN.

Las determinaciones de revisión de utilización, como las autorizaciones previas, son determinaciones basadas 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 para beneficios, la cobertura de reclamaciones o el procesamiento de reclamaciones.

### Proceso de apelación para determinaciones adversas de necesidad médica

CVS/Caremark proporcionará la primera revisión interna de las apelaciones de RECLAMACIONES PREVIAS Y POSTERIORES AL SERVICIO. CVS/Caremark proporcionará una apelación interna adicional de segundo nivel de reclamaciones previas y posteriores al servicio. La revisión de necesidad médica para una apelación interna de segundo nivel será realizada por un experto médico independiente, especializado en la enfermedad en cuestión.

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 dentro del período establecido en *Revisión externa: Departamento de Seguros de Connecticut*.

#### *Revisiones internas: Apelaciones de primer y segundo nivel*

**Revisión de autorización previa.** CVS/Caremark administrará el Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados comparando las solicitudes de la persona cubierta para ciertos medicamentos u otros beneficios de recetas con las reglas de cobertura, listas de medicamentos preferidos predefinidos o formularios antes de surtir esas recetas.

Si CVS/Caremark determina que la solicitud de autorización previa de la persona cubierta no puede aprobarse, esa determinación constituirá una DETERMINACIÓN ADVERSA DE BENEFICIO.

**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, la persona cubierta puede presentar una apelación de esa determinación. La apelación de la persona cubierta a la Determinación adversa de beneficios debe realizarse por escrito y presentarse a CVS/Caremark dentro de los 180 días posteriores 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 quien se presenta la apelación;
- Número de afiliado de CVS/Caremark;
- Fecha de nacimiento;
- Declaración escrita de la(s) cuestión(es) que se apela(n);
- Nombre(s) del medicamento que se solicita; 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 por fax a CVS/Caremark:

Apelaciones de reclamaciones de medicamentos recetados MC 109  
CVS/Caremark  
Apartado postal 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 arriba indicada.

Las apelaciones de determinaciones de autorización previa para medicamentos compuestos 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, la persona cubierta puede presentar una apelación de esa determinación. La apelación de segundo nivel de la persona cubierta a la Determinación adversa de beneficios debe realizarse por escrito y enviarse a CVS/Caremark dentro de los 180 días posteriores a que la persona cubierta reciba la notificación de la decisión sobre la apelación de primer nivel. La apelación debe realizarse por escrito y debe 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 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 escrita al 866-443-1172 o enviando una apelación escrita por correo con una copia de la carta notificando la denegación de la apelación de primer nivel a la dirección indicada anteriormente.

### *Revisión externa: Departamento de Seguros de Connecticut*

Una persona cubierta cuya reclamación de beneficios haya sido denegada después de una apelación de segundo nivel puede solicitar, por escrito, una revisión externa de su reclamación dentro de los cuatro meses posteriores a la recepción de la notificación de la Determinación adversa interna final 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 del 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:

Departamento de Seguros de Connecticut  
A la atención de: Apelaciones Externas  
Apartado postal 816  
Hartford, CT 06142  
860-297-3910

Solo para servicios de entrega al día siguiente, envíe las solicitudes para revisión externa a la siguiente dirección:

Departamento de Seguros de Connecticut  
A la atención de: Apelaciones Externas  
153 Market Street, 7<sup>th</sup> Floor  
Hartford, CT 06143  
860-297-3910

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

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

- Un formulario de “solicitud de apelación externa” completo.
- Un formulario de autorización que permite a CVS/Caremark y al profesional de atención médica de la persona cubierta divulgar información médica a la ORGANIZACIÓN DE REVISIÓN INDEPENDIENTE.
- Constancia de estar inscrito en el Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados (fotocopia de la cédula de identidad emitida por el Plan de Beneficios de Recetas).
- Copias de toda la correspondencia de CVS/Caremark.
- Copia de la carta de determinación final indicando que se han agotado todos los mecanismos internos de apelación.
- Una copia de la descripción resumida del plan o explicación de beneficios.

Además de los elementos requeridos descritos anteriormente, la persona cubierta también puede enviar cualquier información adicional relevante a su condición.

**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 manejará de manera acelerada. Si la apelación no se acepta para 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 todas las apelaciones y el médico de la persona cubierta certifica que un medicamento que no está 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 decisión de CVS/Caremark

**Revisión de 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 posteriores a la recepción de la solicitud. Si la solicitud se relaciona con un reclamación de atención urgente, CVS/Caremark tomará una decisión sobre la reclamación dentro de las 24 horas, a menos que la ley lo extienda.

**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 posteriores a la recepción de la apelación de la persona cubierta.

**Apelación de segundo nivel de 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 puede apelar esa 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 de urgencia, según lo establecido en el Estatutos Generales de Connecticut, § 591(a)38, se tomará una decisión sobre dicha apelación no más de 48 horas después de la solicitud de apelación de segundo nivel, o 72 horas si alguna parte del plazo de 48 horas coincide con un fin de semana.

**Recurso de apelación de una reclamación posterior al servicio.** CVS/Caremark tomará una decisión sobre una apelación de una Determinación adversa de beneficios emitida sobre una reclamación posterior al servicio dentro de los 30 días posteriores a la recepción de la apelación. Si CVS/Caremark emite una Determinación adversa de beneficios, una persona cubierta puede apelar a través del proceso de revisión externa.

**Revisión externa.** Si una persona cubierta apela una Determinación adversa de beneficios solicitando una revisión externa ante el 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 <sup>1</sup>
Servicio previo (autorización previa) o simultáneo	48 horas
Servicio previo (urgente)	24 horas
<b>Apelación de primer nivel</b>	
Revisión de utilización previa al servicio	15 días

<sup>1</sup> A menos que el afiliado no proporcione información suficiente para determinar si los beneficios están cubiertos. En caso de tal falla, el administrador del plan notificará al reclamante lo antes posible, pero a más tardar 24 horas después de la recepción de la reclamación por parte del plan, de la información específica necesaria para completar la reclamación.

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
<b>Apelación de segundo nivel</b>	
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
Revisión externa (estándar)	CVS/Caremark completará la revisión preliminar dentro de los cinco días posteriores a la recepción de la solicitud del Departamento de Seguros
Revisión externa (acelerada)	CVS/Caremark completará la revisión preliminar dentro de las 24 horas posteriores a 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 un reclamación previo al servicio o revisión de una reclamación posterior al servicio, CVS/Caremark debe:

- Tener en cuenta todos los comentarios, documentos, registros y otra información presentada por la persona cubierta en relación con la reclamación, sin importar si dicha información fue presentada o considerada en la determinación inicial de beneficios de la reclamación;
- Seguir procedimientos razonables para verificar que su determinación de beneficios se realice de acuerdo con los Documentos del Plan aplicables;
- 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 con la forma en que dichas disposiciones se han aplicado a otras personas cubiertas en situaciones similares; y
- Proporcionar una revisión que no brinde deferencia a la Determinación adversa de beneficios inicial y sea realizada por 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 (IRO), la IRO deberá:

- Revisar la reclamación de acuerdo con las reglas de cobertura y beneficios del Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados y la necesidad médica;
- Consultar con un profesional de atención médica apropiado que no fue consultado en relación con la Determinación adversa de beneficios inicial (ni con un subordinado de dicha persona);
- Identificar al profesional de atención médica, si lo hubiera, cuyo asesoramiento se obtuvo en nombre del Plan de Beneficios de Medicamentos en relación con la Determinación adversa de beneficios; y
- Proporcionar un proceso de revisión acelerado para reclamaciones de atención de urgencia.

**Aviso de determinación adversa de beneficios.** Luego de la revisión de la reclamación de una persona cubierta, CVS/Caremark notificará a la persona cubierta por escrito sobre cualquier Determinación adversa de beneficios. (Las decisiones sobre reclamaciones de atención de urgencia también se comunicarán por teléfono o fax). Este aviso incluirá:

- El motivo o motivos específicos de la Determinación adversa de beneficios;
- Referencia a la disposición pertinente del Plan de Beneficios de Medicamentos en la que se basó la Determinación adversa de beneficios;
- Una declaración de que la persona cubierta tiene derecho a recibir, previa solicitud por escrito, de forma gratuita, acceso razonable y copias de todos los documentos, registros y otra información relevante a la reclamación;
- Si se basó en una regla, pauta, protocolo u otro criterio similar interno para realizar la Determinación adversa de beneficios, ya sea una copia de la regla, pauta, protocolo u otro criterio similar específico, o una declaración de que dicha regla, pauta, protocolo u otro criterio similar se proporcionará de forma gratuita 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 solicitando una revisión externa ante el 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:

- El individuo es una persona cubierta;
- El servicio solicitado es un servicio cubierto según el Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados;
- La persona cubierta ha agotado todos los procedimientos internos de quejas; y
- La persona cubierta ha proporcionado toda la información y los formularios necesarios para procesar una revisión externa o una revisión externa acelerada.

En el plazo de un día de completar la revisión preliminar, CVS/Caremark notificará por escrito al Comisionado, a la persona cubierta y, si corresponde, al representante autorizado de la persona cubierta, si la solicitud de una revisión externa o una revisión externa acelerada está completa y es elegible para dicha revisión. La Organización de Revisión Independiente (“IRO”) designada por el Departamento de Seguros para revisar el caso deberá emitir su decisión dentro de los 45 días posteriores a la recepción de la asignación del Comisionado para realizar 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 de la asignación. La persona cubierta tendrá entonces diez días para proporcionar a la IRO cualquier información adicional que la persona cubierta quiera que la IRO considere.

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:

- Los registros médicos de la persona cubierta;
- Las recomendaciones del profesional de atención médica que lo atiende;
- 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);
- Pautas de práctica apropiadas, que deben incluir estándares aplicables basados en evidencia y pueden incluir cualquier otra guía de práctica desarrollada por el gobierno federal, sociedades, juntas y asociaciones de medicina nacional o profesional;
- 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 del Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados o la ley aplicable); y
- La opinión de los revisores clínicos de la IRO después de considerar toda la información y los documentos aplicables a la solicitud de revisión externa de la persona cubierta, en la medida en que dicha información o documentos estén disponibles y los 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 una revisión externa acelerada, será vinculante para el Patrocinador del Plan y la persona cubierta, excepto en la medida en que el Patrocinador del Plan o la persona cubierta tenga otros recursos disponibles según la ley federal o estatal. Una persona cubierta o el representante autorizado de una persona cubierta no deberá presentar una solicitud posterior para una revisión externa o una revisión externa acelerada que involucre la misma Determinación adversa de beneficios o Determinación adversa de beneficios final para la cual la persona cubierta o el representante autorizado de la persona cubierta ya recibió una decisión de revisión externa o una decisión de revisión externa acelerada.

### **Proceso de apelación para determinaciones adversas que no involucran necesidad médica o juicio clínico**

Si una determinación de revisión de no utilización resulta en una denegación de cobertura, la persona cubierta o el representante autorizado de la persona cubierta pueden solicitar una revisión. La solicitud de revisión se puede iniciar de forma oral, electrónica o por escrito dentro de los 180 días a partir de la fecha de la Determinación Adversa de Beneficios. Las solicitudes de revisión deben enviarse por fax o por correo postal a:

CVS/Caremark  
Apelaciones de reclamaciones de medicamentos recetados MC 109  
Apartado postal 52084  
Phoenix, AZ 85072  
Fax: 866-554-1172

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

Se emitirá una determinación de revisión por escrito dentro de los 30 días siguientes a la recepción de una solicitud de revisión. La determinación por escrito se emitirá dentro de los cinco días hábiles a partir de la fecha en que se tome la decisión de revisión. Si los servicios se niegan porque no son un beneficio cubierto según el Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados o porque la persona no es elegible para la cobertura según el Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados, no hay ninguna apelación externa disponible.

### **Derecho a la información**

La persona cubierta tiene derecho a recibir, previa solicitud y sin cargo, acceso razonable y copias de cualquier documento, registro y otra información relevante para la reclamación de beneficios de la persona cubierta. Si se confía en una regla, pauta, protocolo u otro criterio similar interno, la regla, pauta, protocolo u otro criterio similar específico se proporcionará a la persona cubierta de forma gratuita previa solicitud.

Si una Determinación adversa de beneficios se basa en una necesidad médica, o un tratamiento experimental, u otra exclusión o límite similar, se solicitará una explicación del criterio científico o clínico para la determinación que aplica los términos del Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados a las circunstancias médicas de la persona cubierta.

# Provisiones generales

---

Este Documento del Plan reemplaza todos los demás acuerdos o descripciones de los beneficios proporcionados bajo el Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados.

## Tarjetas de identificación

Las tarjetas de identificación emitidas a una persona cubierta y sus dependientes cubiertos de conformidad con este Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados tienen fines de identificación únicamente. Sus datos de inscripción médica y de farmacia se combinan en una única tarjeta de identificación. La posesión de una 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, de hecho, ser un afiliado cubierto o un dependiente cubierto en cuyo nombre se hayan pagado todas las contribuciones de costos de beneficios aplicables según este Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados. Cualquier persona que reciba servicios u otros beneficios a los que no tenga derecho de conformidad con 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 Empleador participante sobre un cambio en las circunstancias que afecte el estado de elegibilidad del dependiente cubierto (incluidos, entre otros, divorcio, separación legal, un hijo cumple 26 años, etc.) puede recibir el valor justo de mercado de cobertura declarada como ingreso y, si está empleado activamente, puede estar sujeto a medidas disciplinarias, incluido el despido.

Tras la aprobación del Empleador participante y el suministro de los archivos de direcciones, sus tarjetas de identificación se enviarán por correo directamente a los afiliados cubiertos y sus dependientes inscritos.

## Aviso

Cualquier aviso que en virtud de este Documento del Plan deba entregarse al Empleador participante o al Patrocinador del Plan puede enviarse por correo postal de primera clase, con franqueo prepago, a la dirección que figura en *Contactos*. El aviso a una persona cubierta se enviará a la última dirección que el Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados tiene para esa persona cubierta. Una persona cubierta acepta notificar al Empleador participante, dentro de los 31 días, de cualquier cambio de dirección.

La notificación entregada al Patrocinador del Plan debe enviarse a la Oficina del Contralor del Estado, a cargo de la División de Servicios de Beneficios y Políticas de Atención Médica, 165 Capitol Avenue, Hartford, CT 06106. El aviso dado a una persona cubierta se enviará a la dirección de la persona cubierta tal como aparece en los registros del Empleador participante. Un Empleador participante o una persona cubierta puede, mediante notificación por escrito, indicar una nueva dirección para dar la notificación.

## **Interpretación del plan de beneficios de medicamentos recetados**

Se aplicarán las leyes del Estado de Connecticut a la interpretación de este Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados.

### **Sexo**

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

### **Modificaciones**

Este Documento del Plan está sujeto a enmienda, modificación y terminación de acuerdo con esta disposición y los acuerdos de negociación colectiva aplicables que afectan la cobertura, los beneficios y los servicios de atención médica según el Plan de Salud para Empleados del Estado de Connecticut.

### **Errores administrativos**

El error administrativo, ya sea por parte del Patrocinador del Plan o 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, o al mantener cualquier registro relacionado con la cobertura a continuación, no modificará ni invalidará cobertura válidamente vigente o continuar la cobertura terminada válidamente.

### **Políticas y procedimientos**

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

### **Exención**

La renuncia por cualquier parte de cualquier incumplimiento de cualquier disposición del acuerdo no se interpretará como una renuncia a cualquier incumplimiento posterior de la misma o de cualquier otra disposición. La falta de ejercicio de cualquier derecho en virtud del presente no operará como una renuncia a dicho derecho.

# Otras disposiciones

---

## **Aviso de prácticas de información**

El propósito de este Aviso de prácticas de información es proporcionar un aviso sobre los estándares del Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados para la recopilación, el uso y la divulgación de 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 distintas a 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 corrección con respecto a toda la información personal recopilada por el Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados.
- Se proporcionará un aviso más detallado a pedido.

## **Obligaciones de los Socios en materia de información**

Una persona cubierta deberá completar y enviar al Empleador participante dichas solicitudes u otros formularios o declaraciones que el Empleador participante o el Patrocinador del Plan puedan solicitar razonablemente en relación con la inscripción, la continuación de la inscripción o los reclamos de beneficios.

Una persona cubierta garantiza que toda la información contenida en el mismo será verdadera, correcta y completa según su leal saber y entender. Y la persona cubierta acepta que todos los derechos a los beneficios bajo este Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados están condicionados a esas garantías. La presentación de información falsa o incompleta por parte de una persona cubierta o la falta de notificación dentro de los 31 días de un cambio de estado que afecte la elegibilidad para la cobertura de cualquier individuo inscrito someterá al afiliado cubierto o al individuo inscrito incorrectamente a uno o más de la siguiente:

- Un empleado activo puede estar sujeto a medidas disciplinarias por parte del Empleador participante, si se inscribe o mantiene una inscripción para una persona que no es elegible para la cobertura como cónyuge o dependiente;
- El valor justo de mercado de la cobertura de beneficios de salud brindada a una persona no elegible será informado por el empleador participante 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 Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados puede intentar recuperar del afiliado cubierto o del individuo inscrito incorrectamente el valor de los beneficios cubiertos proporcionados a dicho individuo.

## **Presentar una reclamación**

El Patrocinador del Plan no será responsable según el Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados, a menos que CVS/Caremark notifique adecuadamente que se han prestado servicios cubiertos a una persona cubierta. En ningún caso se requerirá que el Patrocinador del Plan acepte una notificación más de dos años después de recibir los servicios cubiertos.

## **Cambios en los beneficios o requisitos de elegibilidad**

Este Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados permanecerá vigente a menos que se modifique, concluya, rescinda, suspenda o cancele como se describe en este documento. El Patrocinador del Plan tiene derecho a desarrollar políticas y procedimientos médicos y de atención administrada y a modificar dichas políticas y procedimientos de vez en cuando. La fecha de vigencia de cualquier cambio será designada por escrito por el Patrocinador del Plan.

Excepto con respecto a las reglas sobre la administración de los requisitos de elegibilidad establecidos en *Elegibilidad* e incorporados en el Anexo, ningún agente o representante del Empleador participante está autorizado a cambiar este Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados ni a renunciar a ninguna disposición del Documento del Plan.

Está prohibido cualquier cambio en las reglas de elegibilidad de un Empleador participante para modificar el tamaño y la composición de la población cubierta aprobada en el momento de la admisión del Empleador participante al Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados. Cualquier cambio de elegibilidad por parte de un Empleador participante que tendría el efecto de permitir la inscripción de personas que no sean empleados activos ni jubilados del Empleador participante o dependientes elegibles es nulo y sin efecto.

## **Períodos de tiempo**

Cuando la hora del día es importante para los beneficios o para determinar cuándo comienza y termina la cobertura, un día comienza a las 12:01 a. m. y termina a las 12:00 p. m., hora estándar del este.

# Información de salud protegida

---

A menos que la ley permita lo contrario y sujeto a la obtención de una certificación por escrito de conformidad con esta sección, el Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados puede divulgar INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PHI, por sus siglas en inglés) al Patrocinador del Plan, siempre que el Patrocinador del Plan use o divulgue dicha PHI solo para los siguientes propósitos.

- Realizar funciones de administración del Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados, que realiza el Patrocinador del Plan;
- Obtener ofertas de primas de los proveedores para brindar cobertura;
- Modificar, enmendar o dar por terminado el plan de salud grupal.

Sin perjuicio de las disposiciones contrarias del Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados, en ningún caso el Patrocinador del plan utilizará o divulgará su PHI de manera que sea incompatible con 45 CFR §164.504(f).

**Información sobre la participación.** Sin perjuicio de esta sección, el Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados puede revelar al Patrocinador del Plan información sobre la participación o inscripción.

**Condiciones de divulgación.** Con respecto a cualquier divulgación, el Patrocinador del Plan deberá:

- No utilizar ni divulgar más la PHI salvo lo permitido o requerido por el Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados o lo requerido por la ley.
- Se asegurará de que cualquier agente, contratista o subcontratista a quien proporcione la PHI acepte 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 inconsistente con el uso o divulgaciones previstas de las que tenga conocimiento.
- Poner a disposición la PHI de acuerdo con 45 CFR §164.524.
- Poner a disposición la PHI para su modificación e incorporar cualquier modificación a la PHI de acuerdo con 45 CFR §164.526.
- Poner a disposición la información requerida para proporcionar una contabilidad de las divulgaciones de acuerdo con 45 CFR §164.528.
- Poner sus prácticas internas, libros y registros relacionados con el uso y divulgación de la PHI a disposición del Secretario de Salud y Servicios Humanos para fines de determinar el cumplimiento del Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados con la subparte E de 45 CFR 164.
- Si es posible, devolver o destruir toda la PHI recibida que el Patrocinador del Plan aún conserva en cualquier forma, y no conservar copias de dicha información cuando ya no sea

necesaria para el propósito para el cual se realizó la divulgación. Si dicha devolución o destrucción no es factible, el Patrocinador del Plan limitará usos y divulgaciones adicionales a aquellos fines que hagan que la devolución o destrucción no sea factible.

- Asegúrese de que se cumpla la separación adecuada entre el Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados y el Patrocinador del plan, requerida por 45 CFR §504(f)(2)(iii).
- Proteger de manera razonable y adecuada la PHI electrónica que se cree, reciba, mantenga o transmita al Patrocinador del Plan o por parte del Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados en nombre del Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados.

**Certificación por parte del Patrocinador del Plan.** CVS/Caremark divulgará su PHI al Patrocinador del Plan solo después de recibir la certificación del Patrocinador del Plan de que el Documento del plan incorpora las disposiciones de 45 CRF §164.504(f)(2)(ii), y que el Patrocinador del Plan acepta las condiciones de divulgación establecidos en esta sección. El Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados no divulgará ni podrá permitir que CVS/Caremark divulgue su PHI al Patrocinador del Plan según lo permitido en el presente, a menos que la declaración requerida por 45 CFR §164.504(b)(b1)(iii)(C) esté incluida en el aviso apropiado.

**Separación adecuada 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 Estatal, División de Políticas de Atención Médica y Servicios de Beneficios, accedan 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 el caso de que cualquiera de estos empleados especificados no cumpla con las disposiciones de esta sección, ese empleado estará sujeto a medidas disciplinarias por parte del Patrocinador del Plan por incumplimiento de conformidad con los procedimientos de disciplina y despido de empleados del Patrocinador del Plan.

**Usos y divulgaciones permitidos de INFORMACIÓN RESUMIDA DE SALUD.** Sin perjuicio de lo mencionado anteriormente en esta sección, CVS/Caremark puede divulgar información médica resumida a un Empleador participante o al Patrocinador del Plan, siempre que dicha solicitud de información médica resumida tenga el propósito de:

- Realizar las funciones administrativas del Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados que el Empleador participante proporciona con respecto a su propia población inscrita;
- Obtener ofertas de primas para brindar cobertura de beneficios según el Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados; o
- Modificar, enmendar o cancelar el Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados.

Se realizan divulgaciones de información de salud resumida siempre que cualquier persona designada, agente, contratista o subcontratista del Empleador participante a quien el Patrocinador del Plan proporcione la PHI acepte por escrito las mismas restricciones y condiciones que se aplican al Patrocinador del Plan con respecto a la PHI.

# Glosario

---

**Determinación adversa de beneficios:** denegación, reducción o terminación, o falta de provisión o pago (total o parcial) de un medicamento o producto basado 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 falta de 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 necesario o apropiado desde el punto de vista médico.

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

**Medicamento recetado de marca:** medicamento recetado que tiene un nombre propietario 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 del calendario:** período que comienza a las 00:01 horas del 1 de enero y finaliza a la medianoche del 31 de diciembre del mismo año.

**Socio de unión civil:** pareja del mismo sexo del afiliado cubierto que se haya unido con el afiliado cubierto en una unión civil certificada.

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

**Período de determinación de la reclamación:** período de determinación de reclamaciones significa un año calendario. Sin embargo, no incluye ninguna parte de un Año calendario durante el cual una persona no tiene cobertura bajo este Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados, ni ninguna parte de un Año calendario antes de la fecha en que las disposiciones la COB o una disposición similar entren en vigencia.

**Compuesto:** 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 tarifa es adicional a las primas pagadas por y en nombre de la persona cubierta y la paga la persona cubierta por los servicios cubiertos en el momento en que se prestan esos servicios.

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

**Medicamento cubierto:** medicamento recetado necesario desde el punto de vista médico o un medicamento recetado de mantenimiento o ciertos medicamentos preventivos, que incluyen:

- Cualquier medicamento recetado o medicamento recetado de mantenimiento que no esté excluido de este Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados;
- Insulina inyectable;
- Cualquier medicamento compuesto por una farmacia (cuyo al menos uno de sus ingredientes sea un medicamento recetado) y que no esté excluido de este Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados. Esto incluye resurtidos de medicamentos cubiertos; o
- Medicamentos preventivos.

Además, para ser un medicamento cubierto, el medicamento recetado o el medicamento recetado de mantenimiento debe ser ordenado por un médico debidamente autorizado u otro profesional de la salud autorizado que actúe dentro del alcance de su licencia.

Cualquier medicamento recetado que requiera aprobación federal u otra agencia gubernamental no otorgada en el momento en que se recetó el medicamento recetado, o cualquier medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) solo para estudios controlados no es un medicamento cubierto.

**Afiliado cubierto:** persona que es elegible y está inscrita para los servicios cubiertos en virtud de un empleo pasado o presente con el Empleador participante.

**Persona cubierta:** una 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.

**Servicios cubiertos:** medicamentos recetados y productos relacionados que son medicamento necesarios se describen en este Documento del Plan y no se enumeran en *Exclusiones y limitaciones*.

**Dependiente:** el término dependiente significa el cónyuge legal de un afiliado cubierto bajo un matrimonio existente legalmente válido, la pareja de unión civil de un afiliado cubierto bajo una unión civil legalmente válida y cualquier hijo del afiliado cubierto o de su cónyuge que cumpla con los requisitos de cobertura establecidos en el presente Documento del Plan, incluido el Anexo.

**Fecha efectiva:** el término fecha de vigencia significa la fecha en que un afiliado cubierto y sus dependientes cubiertos, si los hubiere, son aceptados por el Empleador participante y son elegibles para recibir beneficios por 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, dispositivo o suministro que, a exclusivo criterio del Patrocinador del plan, se determine que es experimental o de investigación.

Al tomar su determinación, 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 final por parte del organismo u organismos reguladores gubernamentales correspondientes, o dicha aprobación para la

comercialización no se ha otorgado en el momento en que se proporciona el servicio o suministro; o

- Un formulario de consentimiento informado por escrito para el servicio o suministro específico que se está estudiando ha sido revisado o ha sido aprobado o es requerido por la Junta de Revisión Institucional del centro de tratamiento, u otro organismo que cumpla una función similar o si la ley federal requiere dicha revisión y aprobación; o
- Los servicios o suministros son objeto de un protocolo, protocolos o estudio de ensayo clínico, o de otro modo están en estudio para determinar su dosis máxima de toxicidad tolerada, su toxicidad, su seguridad, su eficacia o su eficacia en comparación con los medios estándar de tratamiento o diagnóstico.

Sin perjuicio de lo anterior, los servicios o suministros no se considerarán experimentales si han completado con éxito un ensayo clínico de Fase III de la FDA para la enfermedad o condición que se está tratando o el diagnóstico para el cual se recetan.

Además, un servicio o suministro puede considerarse experimental o en investigación basándose en:

- Informes y artículos publicados en literatura médica, científica y de revisión por pares autorizada;
- El protocolo o protocolos escritos utilizados por el centro de tratamiento o por otro centro que estudia sustancialmente el mismo medicamento, dispositivo, tratamiento o procedimiento médico; o
- El consentimiento informado por escrito utilizado por el centro de tratamiento o por otro centro que estudia sustancialmente el mismo medicamento, dispositivo, tratamiento médico o procedimiento.

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

**Formulario:** la 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 periódicamente.

**Medicamento genérico recetado:** medicamento recetado que se considera no propietario y no está protegido por una marca comercial. Se requiere pasar la misma prueba de bioequivalencia que el medicamento de marca original.

**Programa de mejora de la salud (“HEP”):** programa de incentivos de salud que recompensa a las personas cubiertas que se comprometen a desempeñar un papel activo en la gestión de su salud. Los participantes inscritos en el HEP pueden calificar para copagos reducidos para ciertos 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 que consta de una red de médicos en ejercicio y especialistas certificados en todos los campos de la medicina. Los

expertos médicos de la IRO brindan una evaluación imparcial de las determinaciones de beneficios para apelaciones de necesidad médica y para el proceso de revisión externa.

**Afiliado tardío:** empleado, jubilado o dependiente elegible que solicita inscripción después de la fecha de vigencia de la Inscripción abierta del Empleador participante, si corresponde, o más de 31 días después de la primera oportunidad del empleado, jubilado o dependiente de inscribirse para cobertura bajo cualquier plan de beneficios de salud patrocinado por el Empleador Participante.

**Red de medicamentos de mantenimiento:** farmacia minorista que ha aceptado procesar medicamentos de mantenimiento recetados para personas cubiertas por el Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados. Las farmacias de la red (que incluye todas las farmacias CVS) han acordado aceptar la cantidad máxima permitida y no cobrarán a la persona cubierta, excepto cualquier copago o costo compartido aplicable.

**Medicamentos recetados de mantenimiento:** medicamento recetado que se utiliza de forma continua para el tratamiento de una afección o enfermedad crónica, como enfermedades cardíacas, presión arterial alta, artritis o diabetes. También puede incluir ANTICONCEPTIVOS ORALES y otros medicamentos utilizados durante todo el año.

**Monto máximo permitido:** el término monto máximo permitido significa, salvo que la ley exija lo contrario, ya sea:

- 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 corresponda, es obligación de la persona cubierta pagar costos compartidos como componente de esta cantidad máxima permitida. 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 la persona cubierta pagará por los costos compartidos se calculará en función del monto máximo permitido o de los cargos facturados, el que sea menor.

Tenga en cuenta que el monto máximo permitido puede ser mayor o menor que los cargos facturados por la farmacia participante por el medicamento cubierto.

**Medicamento necesario (necesidad médica):** medicamento recetado o artículo relacionado recetado por un médico o proveedor con la licencia adecuada; y, que puede ser un servicio cubierto que un médico, ejerciendo un juicio clínico prudente, proporcionaría a un paciente con el fin de prevenir, evaluar, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, dolencia o sus síntomas, y que:

- Está en conformidad con las normas de práctica médica generalmente aceptadas;
- Es clínicamente apropiado, en términos de tipo, frecuencia, extensión, sitio y duración y considerado eficaz para la enfermedad, lesión o dolencia del paciente; y
- No es principalmente para la conveniencia del paciente, médico u otro proveedor de atención médica y no es más costoso que un servicio alternativo o una secuencia de servicios al menos

con la misma probabilidad de producir resultados terapéuticos o de diagnóstico equivalentes al diagnóstico o tratamiento de la enfermedad o lesión de ese paciente. o enfermedad.

“Estándares de práctica médica generalmente aceptados” significa estándares que se basan en evidencia científica creíble publicada en literatura médica revisada por pares y generalmente reconocida por la comunidad médica relevante o que de otra manera son consistentes con los estándares establecidos en cuestiones de políticas que involucran juicio clínico.

**Medicare:** Título XVIII de la Ley del Seguro Social de 1965, según enmendada.

**Farmacia no participante:** cualquier farmacia con la licencia adecuada 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 de la persona cubierta, como la elegibilidad de un individuo para beneficios, cobertura de reclamaciones o procesamiento de reclamaciones que no involucren necesidad médica o el ejercicio del juicio clínico.

**Inscripción abierta:** período de tiempo durante el cual el empleador participante permite a los empleados (o jubilados) seleccionar cobertura médica grupal para ellos o sus dependientes.

**Anticonceptivo oral:** compuesto hormonal que se toma por vía oral para bloquear la ovulación y prevenir la aparición del embarazo.

**Empleador participante:** municipio, subdivisión política o junta de educación que elige asegurar cobertura de beneficios de salud bajo el Plan de Beneficios de Medicamentos para sus empleados activos y jubilados (si corresponde) y sus dependientes elegibles, y según pueda complementarse mediante el Anexo.

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

**Farmacia:** establecimiento minorista autorizado donde un farmacéutico autorizado prepara y dispensa medicamentos recetados o medicamentos recetados de mantenimiento.

**Gerente de Beneficios de Farmacia (PBM):** CVS/Caremark, la entidad elegida por el Estado de Connecticut para administrar los beneficios y procesar reclamaciones bajo el Plan de Beneficios de Medicamentos. En lo que respecta a la administración de beneficios, el término se referirá al transportista que haya emitido una tarjeta de identificación a la persona cubierta.

**Plano:** cualquiera de estos que proporcione beneficios o servicios para, o debido a, atención o tratamiento médico o dental.

- Seguro colectivo o cobertura de tipo colectivo, ya sea asegurado o autoasegurado. Esto incluye cobertura de pago anticipado, HMO, práctica grupal o práctica individual, así como cobertura de seguro que no está disponible para el público en general y puede obtenerse y mantenerse solo debido a la cobertura o conexión con una organización o grupo en particular; no incluye accidentes estudiantiles ni cobertura médica y de accidentes estudiantiles por la cual el estudiante o sus padres pagan la prima completa.

- Cobertura bajo un plan gubernamental o requerida o proporcionada por la ley. Esto no incluye un plan estatal bajo Medicaid (Título XIX, Subvenciones a los estados para programas de asistencia médica, de la Ley de Seguridad Social de los Estados Unidos, según sus modificaciones periódicas). Tampoco incluye ningún plan cuando, por ley, sus beneficios sean excedentes a los de cualquier programa de seguro privado u otro programa no gubernamental. Tampoco incluye contratos grupales emitidos o reasegurados a través de la Health Reinsurance Association, ni contratos de suscriptores emitidos por un mecanismo de mercado residual establecido por corporaciones de servicios médicos y hospitalarios y que brindan cobertura integral de atención médica según lo dispuesto en la Ley de Atención Médica de Connecticut tal como está constituida ahora. o modificado posteriormente.
- Cobertura de beneficios médicos de contratos colectivos, de tipo colectivo e individuales independiente de culpabilidad y tradicionales con culpabilidad para automóviles.

Cada contrato u otro acuerdo de cobertura según los puntos primero y segundo es un plan separado.

**Funciones del administrador del plan:** funciones de administración realizadas por el Patrocinador del Plan en nombre del Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados, excluidas las funciones realizadas por el Patrocinador del Plan en relación con cualquier otro beneficio o plan de beneficios del Patrocinador del Plan. En el curso normal, tales funciones pueden incluir monitorear el cumplimiento de las personas cubiertas por el Empleador participante con los requisitos del Programa de Mejora de la Salud o ayudar a las personas cubiertas a resolver reclamaciones relacionadas con el manejo o procesamiento de reclamaciones o denegación de cobertura.

**Documento del Plan:** el término Documento del Plan significa este documento (incluidas las cláusulas y enmiendas), que describe los derechos, beneficios, términos, condiciones y limitaciones de la cobertura disponible para los afiliados cubiertos y los dependientes elegibles.

**Patrocinador del plan:** El término Patrocinador del Plan significa la Oficina del Contralor Estatal en nombre del Estado de Connecticut.

**Año del Plan:** el término Año del Plan significa el período de 12 meses que comienza el 1 de enero y finaliza el 31 de diciembre.

**Medicamento(s) con receta:** la insulina y aquellos medicamentos, productos biológicos y compuestos que pueden dispensarse legalmente solo con autorización escrita de un médico, y que por ley deben llevar la leyenda “Precaución: La Ley Federal prohíbe la dispensación sin receta médica”, y que se encuentren listados en una o más de las siguientes publicaciones: Farmacopea de los Estados Unidos, Formulario Nacional o Remedios dentales aceptados.

**Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados:** el componente de medicamentos con receta 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 primario:** plan cuyos beneficios para la cobertura de atención médica de una persona deben determinarse sin tomar en consideración la existencia de ningún otro plan. Un plan es un plan primario si:

- El plan no tiene reglas de determinación de orden de beneficios o tiene reglas que difieren de las establecidas en este Documento del Plan; o
- Todos los planes que cubren a la persona utilizan el orden de las reglas de determinación de beneficios como se establece en este Documento del Plan y, según esas reglas, el plan determina sus beneficios primero. Puede haber más de un plan primario (por ejemplo, dos planes que no tienen reglas de determinación del orden de los beneficios).

Cuando este Plan de Beneficios de Medicamentos Recetados es el plan principal, los servicios cubiertos se brindan o cubren sin considerar los beneficios del otro plan.

**Autorización previa:** aprobación previa que se debe obtener de CVS/Caremark antes de que una persona cubierta tenga derecho a recibir beneficios para ciertos medicamentos cubiertos.

**Constancia:** cualquier información que pueda ser requerida por CVS/Caremark o el Empleador participante para 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 de salud de identificación individual que:

- Sea recibida o creada por un proveedor de atención médica, aseguradora o plan de salud;
- Se relacione con la salud física o mental, pasada, presente o futura, o al estado de salud de una persona, a la prestación de asistencia sanitaria a una persona, o al pago pasado, presente o futuro por la prestación de asistencia sanitaria a la persona; e
- Identifique al individuo o respecto de la cual exista una base razonable para creer que la información puede usarse para identificar al individuo.

La PHI excluye la información médica o de salud proporcionada 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 primario. Si una persona está cubierta por más de un plan secundario, las reglas de orden de determinación de beneficios de este Documento del Plan deciden el orden en que se determinan sus beneficios entre sí. Los beneficios del plan secundario podrán tomar en consideración los beneficios del plan o planes primarios y los beneficios de cualquier otro plan que, bajo las reglas de este Documento del Plan, tenga sus beneficios determinados antes que los del plan secundario.

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

**Medicamento de especialidad:** medicamento biológico o biotecnológico inyectable o no inyectable recetado por un médico que tiene una o más de varias características clave, que incluyen:

- Requisito de ajustes frecuentes de dosis y seguimiento clínico intensivo;
- Necesidad de capacitación intensiva del paciente y cumplimiento para un tratamiento eficaz;
- Distribución limitada o exclusiva de productos.

**Información resumida de salud:** información que resume el historial de reclamaciones, los gastos de reclamaciones o los tipos de experiencia de reclamaciones de personas para quienes un Patrocinador del Plan proporcionó beneficios de salud bajo un plan de salud y de la que se eliminó la información descrita en 45 CFR §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 realizar las tareas de cualquier ocupación para la que sea apto por motivos de educación, capacitación o experiencia. Un dependiente quedará totalmente incapacitado si debido a una lesión o enfermedad no puede realizar sustancialmente todas las actividades normales de personas de igual edad y sexo que gozan de buena salud. CVS/Caremark determinará si una persona cubierta está totalmente incapacitada y tendrá derecho a solicitar prueba de discapacidad continua al menos una vez al año.

**Reclamación de atención urgente:** reclamación por un medicamento o producto donde hay un retraso en el procesamiento de la reclamación:

- Podría poner en grave peligro la vida o la salud de la persona cubierta o podría provocar que la persona cubierta no recupere su función máxima; o
- En opinión de un médico con conocimiento de la condición de la persona cubierta, sometería a la persona cubierta a un dolor intenso que no puede controlarse adecuadamente sin el medicamento o producto solicitado.



Agosto de 2023