

**AbilityCare (HMO D-SNP)
& SeniorCare Complete (HMO D-SNP)**

Lista de medicamentos cubiertos 2026
(Lista de medicamentos o Formulario)

LEER: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN SOBRE LOS MEDICAMENTOS CUBIERTOS POR ESTE PLAN.

Esta *Lista de medicamentos* se actualizó el 04/21/2026. Entrada en vigencia el 05/01/2026.

Si desea obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, llámenos al **1-866-567-7242**; los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-627-3529** o al **711**.

Horarios de atención:

de octubre a marzo, los 7 días a la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.;

de abril a septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

O visite nuestro sitio web: www.mnscha.org.

Medicare_{Rx}
Prescription Drug Coverage

NO ENGLISH



1-866-567-7242

TRS: 711

ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you free of charge and without unnecessary delay. Additionally, appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are available free of charge and in a timely manner. Please call the number above or speak to your provider. English

ማሳሰቢያ:- አማርኛ ተናጋሪ ከሆኑ ፤ ነጻ የቋንቋ ድጋፍ አገልግሎቶች ካለዎንም ክፍያ እና ካለአላስፈላጊ መዘግየት ማግኘት ይችላሉ። በተጨማሪም መረጃን በቀላሉ ለማግኘት በሚያስችል ቅርጸት ለማቅረብ ተገቢ የሆኑ የመስማት ድጋፍ እና አገልግሎቶች ከክፍያ ነጻ በሆነ እና ግዜውን በጠበቀ መልኩ ማግኘት ይችላሉ። እባክዎ ከላይ ባለው ቁጥር ይደውሉ ወይም አቅራቢዎን ያነጋግሩ። Amharic

تنبيه: نقدم لمتحدثي اللغة العربية خدمات مساعدة لغوية مجانية وفورية، بالإضافة إلى وسائل وخدمات مساعدة مناسبة، وبصيغة معلومات سهلة بدون تكلفة وبشكل سريع. يرجى التواصل على الرقم الموضح أعلاه أو مراجعة مقدم الخدمة المباشرة. Arabic

သတိပြုရန် - အကယ်၍ သင်သည် မြန်မာဘာသာစကား ပြောဆိုသူဖြစ်လျှင် အခမဲ့ ဘာသာစကားဆိုင်ရာ ပံ့ပိုးထောက်ပံ့ပေးမှု ဝန်ဆောင်မှုများအား မလိုအပ်သည့် နှောင့်နှေးကြန့်ကြာမှုများ မရှိစေဘဲ သင် အခမဲ့ ရရှိနိုင်မည် ဖြစ်သည်။ ထို့ပြင် အချက်အလက်များအား အလွယ်တကူ ဝင်ရောက်ရယူနိုင်စေသော ဖောမတ်ပုံစံများဖြင့် ထောက်ပံ့ပေးထားသည့် သက်ဆိုင်ရာ ဖြည့်စွက် ထောက်ပံ့မှုများနှင့် ဝန်ဆောင်မှုများကိုလည်း အခမဲ့ အချိန်မ ရရှိနိုင်စေရန် စီမံပေးထားပါသည်။ ကျေးဇူးပြုပြီး အထက်ဖော်ပြပါ ဖုန်းနံပါတ်သို့ ခေါ်ဆိုပါ သို့မဟုတ် သင်၏ ထောက်ပံ့သူဖြင့် ပြောဆိုဆွေးနွေးပါ။ မြန်မာဘာသာစကား Burmese

យកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ (ខ្មែរ) សេវាកម្មជំនួយភាសាភាគតិចត្រូវមានផ្តល់ជូនអ្នកដោយមិនគិតថ្លៃ និងដោយគ្មានការពន្យារពេលមិនចាំបាច់ឡើយ។ លើសពីនេះ ជំនួយ និងសេវាកម្មដែលសមស្របក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានក្នុង ទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើបានគឺអាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃ និងទាន់ពេលវេលា។ សូមហៅទូរស័ព្ទទៅលេខខាងលើ ឬនិយាយជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។ ភាសាខ្មែរ (ខ្មែរ) Cambodian (Khmer)

注意：如果您說簡體中文，您可以免費獲得語言協助服務，且不會有不必要的延誤。此外，還能免費及時獲取以無障礙格式提供資訊的適當輔助工具和服務。請撥打上面的電話號碼，或與您的服務提供商溝通。 Cantonese (Traditional Chinese)

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition, sans frais et sans délai. En outre, des aides et services auxiliaires appropriés pouvant fournir des informations dans des formats accessibles sont disponibles gratuitement et rapidement. Veuillez appeler le numéro ci-dessus ou contacter votre fournisseur. French

CEEB TOOM: Yog koj hais lus Hmoob, muaj kev pab txhais lus dawb rau koj siv. Koj tsis tas them nqi thiab yuav tsis qeeb. Kuj muaj cuab yeej thiab kev pab los pab koj nyeem cov ntaub ntauw kom yooj yim nkag siab. Koj hu tau rau tus xov tooj saum toj no lossis nrog koj tus kws kho mob tham. Hmong

NO ENGLISH



1-866-567-7242

TRS: 711

ဟ်သုဉ်ဟ်သး- နမ့ၢ်ကတိၤကညီကိၣ်အဃိ, နမၤန့ၢ် ကိၣ်တၢ်ဆိၣ်ထွဲမၤစၢၤ လၢတလၢကညီလၢကတိၤ ဒီးတအိၣ်ဒီး တၢ်မၤယံာ်မၤနီၢ်သးဘၣ်န့ၣ်လီၤ. အါန့ၢ်အန့ၣ်, တၢ်အိၣ်စ့ၢ်ကိးဒီး တၢ်မၤစၢၤတၢ်န့ၢ်ဟူဒီး တၢ်မၤစၢၤတၢ်မၤတဖၣ် လၢကဟ့ၣ်တၢ်ဂ့ၢ်တၢ်ကျိၤ လၢပုၤအါဂၤန့ၢ်ပၢၢ်အိၤသ့ လၢတအိၣ်ဒီးအဘူးအလဲ ဒီးချူးဆၢချူးကတိၤန့ၣ်လီၤ. ဝံသးစူၤ ကိးနီၣ်ဂံၢ်လၢထး မ့တမ့ၢ် တဲသကိးတၢ်ဒီး ပုၤလၢအဟ့ၣ်န့ၢ်တၢ်မၤစၢၤ တက့ၢ်. ကညီကိၣ် Karen

안내: 한국어를 사용하시는 분께는 언어 지원 서비스를 무료로, 지체 없이 제공해 드립니다. 또한, 정보 접근성을 위한 적절한 보조 기구 및 서비스가 무료로, 시의적절하게 제공됩니다. 위에 있는 번호로 전화하시거나 담당자에게 말씀해 주십시오. Korean

ໝາຍເຫດ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ທ່ານຈະໄດ້ຮັບບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ ແລະ ບໍ່ມີການຊັກຊ້າ ທີ່ບໍ່ຈຳເປັນ. ນອກຈາກນັ້ນ, ເຄື່ອງມືຊ່ວຍເຫຼືອແລະ ບໍລິການເສີມທີ່ເໝາະສົມເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ເຂົາເຈົ້າໄດ້ ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ແລະ ທັນເວລາ. ກະລຸນາໂທຫາເບີໂທລະສັບຂ້າງເທິງ ຫຼື ສົນທະນາກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ. Lao

HUBADHAA: Yoo Afaan Oromoo dubbattu ta’e, tajaajila gargaarsa turjumaana afaanii biliisaan akkasumas turtii barbaachisaa hin taane hambisu danda’u isiniif dhihaatee jira. Dabalataanis, odeeffannoo haala salphaan argamuu danda’an dhiyeessuuf gargaarsa fi tajaajiloota deeggarsaa qama midhamtootaaf mijatoo ta’an, kaffaltii tokko malee fi yeroo isaa eeggatee kennamu dhihaatee jira. Odeeffanno dabalataaf lakkoofsa armaan oliitti fayyadamuun namoota gargaarsa kana isiniif kennan qunnamaa. Oromo

ВНИМАНИЕ: Если вы разговариваете на русском языке, воспользуйтесь услугами языковой поддержки бесплатно и без лишних проводов. Также бесплатно и незамедлительно предоставляются соответствующие вспомогательные средства и услуги по обеспечению информацией в доступных форматах. Позвоните по указанному выше номеру или обратитесь к своему поставщику услуг. Russian

FIIRO GAAR AH: Haddii aad ku hadasho Soomaali, waxaa si bilaash ah kuugu diyaar ah adeegyada caawinada luuqadeed oo aan lahayn daahitaan aan munaasib ahayn. Intaas waxaa dheer, waxaa la heli karaa adeegyada iyo kaabitaanka naafada ee haboon si macluumaadka loogu bixiyo qaabab la adeegsan karo oo bilaash ah laguna bixinayo waqqigeeda. Fadlan wac lambarka kore ama la hadal adeegbixiyahaaga. Somali

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición los servicios gratuitos de traducción sin costo alguno y sin demoras innecesarias. Además, se encuentran disponibles de forma gratuita y oportuna ayuda y servicios auxiliares adecuados con el fin de brindarle información en formatos accesibles. Llame al número indicado anteriormente o hable con su proveedor. Spanish

LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, bạn có thể được hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí mà không phải chờ đợi lâu. Ngoài ra, các thiết bị hỗ trợ và dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin ở định dạng dễ tiếp cận cũng có sẵn miễn phí và kịp thời. Vui lòng gọi số điện thoại phía trên hoặc trao đổi với nhân viên y tế của bạn. Vietnamese

Aviso de derechos civiles

La discriminación es ilegal. South Country Health Alliance (South Country) no discrimina por ninguno de los siguientes motivos:

- raza
- color
- país de origen
- credo
- religión
- orientación sexual
- estado de asistencia pública
- edad
- discapacidad (incluyendo impedimento físico o mental)
- sexo (incluidos los estereotipos sexuales y la identidad de género)
- estado civil
- creencias políticas
- condición médica
- estado de salud
- recibo de servicios de salud
- experiencia en reclamos
- historial médico
- información genética

Usted tiene derecho a presentar una queja por discriminación si cree que South Country lo trató de manera discriminatoria. Puede presentar una queja y pedir ayuda para presentar una queja en persona o por correo, teléfono, fax o correo electrónico a:

Civil Rights Coordinator
 South Country Health Alliance
 6380 West Frontage Road, Medford, MN 55049
 Línea gratuita: 866-567-7242 TTY: 800-627-3529 o 711 Fax: 507-444-7774
 Correo electrónico: grievances-appeals@mnscha.org

Ayudas y servicios auxiliares: South Country brinda ayuda y servicios auxiliares, como intérpretes calificados o información en formatos accesibles, sin cargo y de manera oportuna para garantizar la igualdad de oportunidades para participar en nuestros programas de atención médica. **Comuníquese con** Servicios para miembros en members@mnscha.org o llame al 866-567-7242, TTY 800-627-3529 o 711.

Servicios de asistencia lingüística: South Country proporciona documentos traducidos e interpretación de idiomas hablados, sin cargo y de manera oportuna, cuando los servicios de asistencia con el idioma sean necesarios para garantizar que las personas cuyo dominio de inglés es limitado, tengan un acceso significativo a nuestra información y servicios. **Comuníquese con** Servicios para Miembros en members@mnscha.org o llame al 866-567-7242, TTY 800-627-3529 o 711.

Quejas de derechos civiles

Usted tiene derecho a presentar una queja por discriminación si cree que South Country lo trató de manera discriminatoria. También puede comunicarse directamente con cualquiera de las siguientes agencias para presentar una queja por discriminación.

U.S Department of Health and Human Services Office for Civil Rights (OCR)

((Oficina de Derechos Civiles (OCR, por sus siglas en inglés) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.))

Usted tiene derecho a presentar una queja ante la OCR, una agencia federal, si cree que ha sido discriminado por alguno de los siguientes motivos:

- raza
- color
- país de origen
- edad
- discapacidad
- sexo
- religión (en algunos casos)

Comuníquese directamente con la **OCR** para presentar una queja:

Office for Civil Rights, U.S. Department of Health and Human Services
Midwest Region
233 N. Michigan Avenue, Suite 240 Chicago, IL 60601
Centro de respuesta al cliente: 800-368-1019, TTY: 800-537-7697
Correo electrónico: ocrmail@hhs.gov

Minnesota Department of Human Rights (MDHR)

((Departamento de Derechos Humanos de Minnesota (MDHR, por sus siglas en inglés))

En Minnesota, tiene derecho a presentar una queja ante el MDHR si ha sido discriminado por alguno de los siguientes motivos:

- raza
- color
- país de origen
- religión
- credo
- sexo
- orientación sexual
- estado civil
- estado de asistencia pública
- discapacidad

Comuníquese directamente con el **MDHR** para presentar una queja:

Minnesota Department of Human Rights
540 Fairview Avenue North, Suite 201, St. Paul, MN 55104
651-539-1100 (voz), 800-657-3704 (llamada gratuita), 711 o 800-627-3529 (MN Relay),
651-296-9042 (fax), Info.MDHR@state.mn.us (correo electrónico)

Minnesota Department of Human Services (DHS)

((Departamento de Derechos Humanos (DHS, por sus siglas en inglés) de Minnesota)

Usted tiene derecho a presentar una queja ante el DHS si cree que ha sido discriminado en nuestros programas de atención médica debido a cualquiera de los siguientes motivos:

- raza
- color
- país de origen
- religión (en algunos casos)
- edad
- discapacidad (incluyendo impedimento físico o mental)
- sexo (incluidos los estereotipos sexuales y la identidad de género)

Las quejas deben hacerse por escrito y presentarse dentro de los 180 días a partir de la fecha en que descubrió la supuesta discriminación. La queja debe contener su nombre y dirección y describir la discriminación por la que se queja. La revisaremos y le notificaremos por escrito si tenemos autoridad para investigar. Si lo hacemos, investigaremos la queja.

DHS le notificará por escrito el resultado de la investigación. Tiene derecho a apelar si no está de acuerdo con la decisión. Para apelar, debe enviar una solicitud por escrito para que DHS revise el resultado de la investigación. Sea breve y explique por qué no está de acuerdo con la decisión. Incluya información adicional que considere importante.

Si presenta una queja de esta manera, las personas que trabajan para la agencia mencionada en la queja no podrán tomar represalias contra usted. Esto significa que no pueden castigarlo de ninguna manera por presentar una queja. Presentar una queja de esta manera no le impide buscar otras acciones legales o administrativas.

Comuníquese directamente con el **DHS** para presentar una queja por discriminación:

Civil Rights Coordinator

Minnesota Department of Human Services

Equal Opportunity and Access Division

P.O. Box 64997

St. Paul, MN 55164-0997

651-431-3040 (voz) o use su servicio de retransmisión preferido.


Los indígenas americanos pueden continuar o empezar a utilizar las clínicas de los servicios de salud indígenas y tribales (IHS, por sus siglas en inglés). No necesitaremos aprobación previa ni impondremos ninguna condición para que reciba servicios en estas clínicas. Para las personas mayores de 65 años, esto incluye los servicios de exención para personas mayores (EW, por sus siglas en inglés) a los que se accede a través de la tribu. Si un médico u otro proveedor de una clínica tribal o de IHS lo/la refiere a un proveedor de nuestra red, no le solicitaremos que consulte a su proveedor de atención primaria antes de que se le refiera.

Introducción

Este documento se denomina *Lista de medicamentos cubiertos* (también conocida como *Lista de medicamentos*). Le indica qué medicamentos con receta y de venta sin receta (OTC) y productos no farmacéuticos están cubiertos por SeniorCare Complete y AbilityCare. La *Lista de medicamentos* también le indica si existen normas o restricciones especiales para los medicamentos cubiertos por SeniorCare Complete o AbilityCare. Los términos clave y sus definiciones aparecen en el último capítulo del *Manual para miembros*.

Índice

A. Descargo de responsabilidad.....	3
B. Preguntas frecuentes	3
B1. ¿Qué medicamentos recetados figuran en la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> ? (A la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> la llamamos <i>Lista de medicamentos</i> para abreviar).....	3
B2. ¿La Lista de medicamentos cambia alguna vez?.....	4
B3. ¿Qué ocurre cuando se produce un cambio en la Lista de medicamentos?.....	4
B4. ¿Existe alguna restricción o límite en la cobertura de medicamentos o alguna medida que deba tomar para obtener determinados medicamentos?.....	5
B5. ¿Cómo sabré si el medicamento que quiero tiene limitaciones o si hay que tomar alguna medida para conseguirlo?.....	6
B6. ¿Qué ocurre si SeniorCare Complete y AbilityCare cambian sus normas sobre la cobertura de algunos medicamentos (por ejemplo, autorización previa, límites de cantidad o restricciones de terapia escalonada)?.....	6
B7. ¿Cómo puedo encontrar un medicamento en la <i>Lista de medicamentos</i> ?.....	6
B8. ¿Qué ocurre si el medicamento que quiero tomar no figura en la Lista de medicamentos?.....	7
B9. ¿Qué ocurre si soy un miembro nuevo de SeniorCare Complete o AbilityCare y no encuentro mi medicamento en la <i>Lista de medicamentos</i> o tengo algún problema para obtenerlo?.....	7
B10. ¿Puedo solicitar una excepción para que se cubra mi medicamento? ..	8
B11. ¿Cómo puedo pedir una excepción?	8
B12. ¿Cuánto tiempo se tarda en obtener una excepción?	8
B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?.....	8
B14. ¿Qué son los productos biológicos originales y qué relación guardan con los biosimilares?.....	8

 **Si tiene preguntas**, llame a SeniorCare Complete y AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (*de abril a septiembre*); de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., 7 días a la semana (*de octubre a marzo*) La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.mnscha.org.

B15. ¿Qué son los medicamentos de venta sin receta (OTC)?.....	9
B16. ¿SeniorCare Complete y AbilityCare cubren los productos no farmacológicos de venta sin receta?.....	9
B17. ¿SeniorCare Complete y AbilityCare cubren el suministro a largo plazo de medicamentos recetados?.....	9
B18. ¿Cuál es mi copago?.....	9
C. Resumen de la Listado de medicamentos cubiertos	10
C1. Lista de medicamentos por tipo.....	10
D. Medicamentos de venta sin receta (OTC) agrupados por tipo de medicamento.....	11
E. Índice de medicamentos cubiertos.....	11

? Si tiene preguntas, llame a SeniorCare Complete y AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (de abril a septiembre); de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., 7 días a la semana (de octubre a marzo) La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.mnscha.org.

A. Descargo de responsabilidad

Esta es una lista de los medicamentos que los afiliados pueden obtener en SeniorCare Complete y AbilityCare.

- ❖ Los programas SeniorCare Complete (HMO SNP) y AbilityCare (HMO SNP) son planes de salud que tienen contrato con Medicare y con el programa Minnesota Medical Assistance (Medicaid) para ofrecer a los afiliados los beneficios de ambos programas. La afiliación a SeniorCare Complete y a AbilityCare depende de la renovación del contrato.
- ❖ Siempre puede consultar en línea la *Lista de medicamentos* cubiertos actualizada de SeniorCare Complete y AbilityCare en www.mnscha.org o llamar a Servicios para Miembros al número que aparece al final de esta página. Esta llamada es gratuita.
- ❖ Puede obtener gratuitamente este documento en otros formatos, como en letra grande, braille o audio. También puede llamar a Servicios para Miembros al número que figuran al final de esta página. Esta llamada es gratuita.
- ❖ Para realizar o modificar una solicitud permanente para obtener este documento, ahora y en el futuro, en un idioma distinto del inglés o en un formato alternativo, llame a Servicios para Miembros al número que figura al final de esta página.

B. Preguntas frecuentes


Encuentre las respuestas a sus preguntas sobre esta *Lista de medicamentos cubiertos* (*Lista de medicamentos*). Puede leer todas las preguntas frecuentes para obtener más información, o buscar una pregunta y su respuesta.

B1. ¿Qué medicamentos recetados figuran en la *Lista de medicamentos cubiertos*? (A la *Lista de medicamentos cubiertos* la llamamos *Lista de medicamentos para abreviar*).

Los medicamentos de la *Lista de medicamentos* que comienza en la **sección C1** son los medicamentos cubiertos por SeniorCare Complete y AbilityCare. Los medicamentos están disponibles en las farmacias de nuestra red. Una farmacia pertenece a nuestra red si tenemos un acuerdo con ella para que trabaje con nosotros y le preste servicios a usted. Nos referimos a estas farmacias como “farmacias de la red”.

Otros medicamentos, como algunos de venta libre (OTC) y ciertas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medical Assistance. Consulte la **sección B15** o encuéntrelos en la **sección C1 o D**.

- SeniorCare Complete y AbilityCare cubrirán todos los medicamentos necesarios por motivos médicos que estén en la *Lista de medicamentos* si:
 - el médico u otro profesional que le recete medicamentos dice que los necesita para mejorar o mantenerse sano,
- SeniorCare Complete o AbilityCare está de acuerdo en que el medicamento es necesario por motivos médicos, **y**
 - usted surte la receta en una farmacia de la red de SeniorCare Complete y AbilityCare.
- En algunos casos, hay que hacer algo antes de obtener un medicamento. Consulte la pregunta B4 para obtener más información.

 **Si tiene preguntas**, llame a SeniorCare Complete y AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (*de abril a septiembre*); de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., 7 días a la semana (*de octubre a marzo*) La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.mnscha.org.

También puede encontrar en línea una lista de los medicamentos cubiertos actualizada en nuestro sitio web www.mnscha.org o llamar a Servicios para Miembros al número que aparece al final de esta página.

B2. ¿La Lista de medicamentos cambia alguna vez?

Sí, y SeniorCare Complete y AbilityCare deben seguir las normas de Medicare y Medical Assistance para realizar cambios. Podemos añadir o eliminar medicamentos de la *Lista de medicamentos* a lo largo del año.

También podemos cambiar nuestras normas sobre medicamentos. Por ejemplo, podríamos:

- Decidir si se requiere o no autorización previa para un medicamento. (La autorización previa es el permiso de SeniorCare Complete o AbilityCare antes de poder obtener un medicamento)
- Añadir o cambiar la cantidad de un medicamento que puede obtener (denominado límites de cantidad).
- Añadir o cambiar las restricciones de terapia escalonada de un medicamento. (Terapia escalonada significa que debe probar un medicamento antes de que cubramos otro).

Para obtener más información sobre estas normas sobre los medicamentos, consulte la pregunta B4.

Si está tomando un medicamento que está cubierto a **principios** de año, por lo general no retiraremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año a menos** que:

- salga al mercado un medicamento nuevo y más barato que funcione tan bien como uno de los que figuran ahora en la *Lista de medicamentos*
- **o**
- que sepamos que un medicamento no es seguro; **o bien**,
- que un medicamento se retire del mercado.

Las preguntas B3 y B6 contienen más información sobre lo que ocurre cuando cambia la *Lista de medicamentos*.

- Puede consultar la Lista de medicamentos actualizada de SeniorCare Complete y AbilityCare en www.mnscha.org. Las actualizaciones de la Lista de medicamentos se publican mensualmente en el sitio web.
 - También puede llamar a Servicios para Miembros al número que figura al final de esta página para consultar la *Lista de medicamento actualizada*.
-

B3. ¿Qué ocurre cuando se produce un cambio en la Lista de medicamentos?

Algunos cambios en la *Lista de medicamentos* se producirán **inmediatamente**. Por ejemplo:

- **Sustituciones de ciertas versiones nuevas de medicamentos.** Podemos retirar inmediatamente los medicamentos de la *Lista de medicamentos* si los sustituimos por ciertas versiones nuevas de ese medicamento, pero el costo del medicamento nuevo seguirá siendo el mismo con las mismas o menos restricciones. Cuando añadimos una nueva versión de un

? Si tiene preguntas, llame a SeniorCare Complete y AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (*de abril a septiembre*); de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., 7 días a la semana (*de octubre a marzo*) La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.mnscha.org.

medicamento, también podemos decidir mantener el medicamento de marca o el producto biológico original en la lista, pero cambiar sus normas de cobertura o límites.

- Es posible que no se lo comuniquemos antes de realizar este cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico que hemos realizado una vez que se produzca.
- Podemos hacer estos cambios solo si el medicamento que estamos añadiendo:
 - es una nueva versión genérica de un medicamento de marca ○
 - es una determinada versión biosimilar nueva de productos biológicos originales en la *Lista de medicamentos* (por ejemplo, añadir un biosimilar intercambiable que puede ser sustituido por un producto biológico original sin una nueva receta).
 - Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Consulte la sección B14 para obtener más información.
- Usted o su proveedor pueden solicitar una excepción a estos cambios. Le enviaremos un aviso con los pasos que puede seguir para solicitar una excepción. Consulte las preguntas B10-B12 para obtener más información sobre las excepciones.
- **Retirada del mercado de medicamentos inseguros y otros medicamentos.** En ocasiones, un medicamento puede considerarse inseguro o retirarse del mercado por otro motivo. Si esto ocurre, podemos retirarlo inmediatamente de la *Lista de medicamentos*. Si está tomando el medicamento, le enviaremos un aviso. Muestre la notificación a su médico u otro médico recetador, y consulte qué debe hacer a continuación.

Podemos hacer otros cambios que afecten los medicamentos que toma. Le informaremos con antelación sobre estos otros cambios en la *Lista de medicamentos*. Estos cambios podrían producirse si:

- La FDA proporciona nuevas orientaciones o hay nuevas directrices clínicas sobre un medicamento.
- Eliminamos un medicamento de marca de la Lista de medicamentos cuando añadimos un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado, ○
- eliminamos un producto biológico original al añadir un biosimilar; ○ **bien**,
- modificamos las normas de cobertura o los límites del medicamento de marca.

Cuando se produzcan estos cambios, vamos a actuar de la siguiente manera:

- Le avisaremos al menos 30 días antes de que hagamos el cambio en la *Lista de medicamentos* ○
- se lo comunicaremos y le daremos un suministro del medicamento para 30 días después de que pida que se lo volvamos a surtir.

Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otro médico recetador. Pueden ayudarlo a decidir:

- Si hay un medicamento similar en la *Lista de medicamentos* que puede tomar en su lugar ○
- si desea solicitar una excepción a estos cambios. Para saber más sobre las excepciones, consulte las preguntas B10-B12.

? **Si tiene preguntas**, llame a SeniorCare Complete y AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (*de abril a septiembre*); de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., 7 días a la semana (*de octubre a marzo*) La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.mnscha.org.

B4. ¿Existe alguna restricción o límite en la cobertura de medicamentos o alguna medida que deba tomar para obtener determinados medicamentos?

Sí, algunos medicamentos tienen normas de cobertura o tienen límites en la cantidad que puede obtener. En algunos casos, usted, su médico u otro médico recetador deben hacer algo antes de poder obtenerlo. Por ejemplo:

- **Autorización previa:** para algunos medicamentos, usted, su médico u otro médico recetador deben obtener la autorización de SeniorCare Complete o AbilityCare **antes** de surtir su receta. Una autorización previa no es lo mismo que una remisión. Si no obtiene una autorización previa, es posible que SeniorCare Complete no cubra el medicamento.
- **Límites de cantidad:** a veces, SeniorCare Complete o AbilityCare limitan la cantidad de un medicamento que puede obtener.
- **Terapia escalonada:** a veces, SeniorCare Complete o AbilityCare le exigen que haga terapia escalonada. Esto significa que tendrá que probar los fármacos para su afección médica en un orden determinado. Es posible que tenga que probar un medicamento antes de que cubramos otro. Si su médico u otro médico recetador considera que el primer medicamento no funciona, le cubriremos el segundo.

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

Puede solicitar una excepción a estos límites. Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otro médico recetador. Pueden ayudarlo a decidir si existe un medicamento similar en la *Lista de medicamentos* que pueda tomar en su lugar o si debe solicitar una excepción. Consulte las preguntas B10-B12 para obtener más información sobre las excepciones.

B5. ¿Cómo sabré si el medicamento que quiero tiene limitaciones o si hay que hacer algo para conseguirlo?

La tabla en la sección titulada “Lista de medicamentos por tipo de medicamento” tiene una columna denominada “Acciones necesarias, restricciones o límites de uso”.

B6. ¿Qué ocurre si SeniorCare Complete y AbilityCare cambian sus normas sobre la cobertura de algunos medicamentos (por ejemplo, autorización previa, límites de cantidad o restricciones de terapia escalonada)?

En algunos casos, le informaremos con antelación si añadimos o modificamos la autorización previa, los límites de cantidad o las restricciones de la terapia escalonada de un medicamento. Consulte la pregunta B3 para obtener más información sobre este aviso previo y las situaciones en las que es posible que no podamos comunicarle con antelación si cambian nuestras normas sobre los medicamentos de la *Lista de medicamentos*.

b7. ¿Cómo puedo encontrar un medicamento en la *Lista de medicamentos*?

Hay dos maneras de encontrar un medicamento:

- Puede buscar por orden alfabético ○
- Puede buscar por tipo de medicamento.

? Si tiene preguntas, llame a SeniorCare Complete y AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (*de abril a septiembre*); de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., 7 días a la semana (*de octubre a marzo*) La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.mnscha.org.

Para buscar **por orden alfabético**, consulte la sección Índice de medicamentos cubiertos. Lo encontrará en la **sección E**. El Índice de medicamentos cubiertos es una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en la *Lista de medicamentos*. En el índice figuran medicamentos de marca y genéricos, así como de venta sin receta (OTC).

Para buscar **por tipo de medicamento**, busque la **sección C1** titulada “Lista de medicamentos por tipo de medicamento”. Los medicamentos en esta sección se agrupan en categorías por tipo. Por ejemplo, si está tomando un medicamento para la migraña, debe buscar en la categoría “Fármacos contra la migraña”. Allí encontrará medicamentos para tratar las migrañas.

B8. ¿Qué ocurre si el medicamento que quiero tomar no figura en la Lista de medicamentos?

Si no encuentra su medicamento en la *Lista de medicamentos*, llame al Servicios para Miembros al número que aparece al final de esta página y consulte por el medicamento. Si descubre que SeniorCare Complete o AbilityCare no cubren el medicamento, puede hacer una de estas cosas:

- Pida a Servicios para Miembros una Lista de medicamentos similares al que quiere tomar. Luego, muéstrele la lista a su médico u otro médico recetador. Ellos pueden recetarle un medicamento de la *Lista de medicamentos* que sea como el que quiere tomar. **O**
- Solicite a SeniorCare Complete o AbilityCare que hagan una excepción para cubrir su medicamento. Consulte las preguntas B10-B12 para obtener más información sobre las excepciones.

B9. ¿Qué ocurre si soy un miembro nuevo de SeniorCare Complete o AbilityCare y no encuentro mi medicamento en la Lista de medicamentos o tengo algún problema para obtenerlo?

Podemos ayudarlo. Podemos cubrir un suministro temporal de 30 días de su medicamento durante los primeros 90 días como miembro de SeniorCare Complete o AbilityCare. Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otro médico recetador. Pueden ayudarlo a decidir si existe un medicamento similar en la *Lista de medicamentos* que pueda tomar en su lugar o si debe solicitar una excepción.

Si su receta es para menos días, permitiremos múltiples reposiciones hasta un máximo de 30 días de medicamento.

Cubriremos un suministro de 30 días de su medicamento si:

- está tomando un medicamento que no figura en nuestra *Lista de medicamentos* , **o**
- las normas de nuestro plan no le permiten obtener la cantidad indicada por su médico, **o**
- el medicamento requiere autorización previa de SeniorCare Complete o AbilityCare, **o**
- está tomando un medicamento que forma parte de una restricción de terapia escalonada.

Si está tomando un medicamento que SeniorCare Complete o AbilityCare no consideran un medicamento de la Parte d, tiene derecho a obtener un suministro único para 72 horas del medicamento.

Si se encuentra en una residencia u otro centro de atención a largo plazo y necesita un medicamento que no figura en la *Lista de medicamentos* o si no puede conseguir fácilmente el medicamento que necesita, podemos ayudarlo. Si lleva más de 90 días en el plan, vive en un centro de atención a largo plazo y necesita un suministro de inmediato:

? **Si tiene preguntas**, llame a SeniorCare Complete y AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (*de abril a septiembre*); de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., 7 días a la semana (*de octubre a marzo*) La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.mnscha.org.

- Le cubriremos un suministro para 31 días del medicamento que necesite (a menos que tenga una receta para menos días), independientemente de que sea o no un miembro nuevo de SeniorCare Complete o AbilityCare.
- Esto se suma al suministro temporal durante los primeros 90 días como miembro de SeniorCare Complete o AbilityCare.

SeniorCare Complete o AbilityCare no aplicarán reposiciones anticipadas que limitarían las acciones adecuadas y necesarias para los medicamentos de la Parte d por parte de los afiliados que experimenten un cambio en el nivel de atención. A estos afiliados se les permitirá obtener una nueva reposición de sus recetas tras el ingreso a un centro de atención a largo plazo o el alta.

B10. ¿Puedo solicitar una excepción para que se cubra mi medicamento?

Sí. Puede solicitar a SeniorCare Complete o AbilityCare que hagan una excepción para cubrir un medicamento que no figure en la *Lista de medicamentos*.

También puede pedirnos que cambiemos las normas sobre su medicamento.

- Por ejemplo, SeniorCare Complete o AbilityCare pueden limitar la cantidad de un medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite, puede pedirnos que modifiquemos el límite y cubramos más.
- Otros ejemplos: puede pedirnos que eliminemos las restricciones de la terapia escalonada o los requisitos de autorización previa.

B11. ¿Cómo puedo pedir una excepción?

Para solicitar una excepción, llame a su coordinador de atención o a Servicios para Miembros. Su coordinador de atención o un representante de los Servicios para Miembros colaborará con usted y su médico recetador para ayudarlo a solicitar una excepción. También puede leer el **capítulo 9, sección G2** del *Manual para miembros* para obtener más información sobre las excepciones.

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

Después de que recibamos una declaración de su médico recetador que respalde su solicitud de excepción, le comunicaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas.

Correo postal: SeniorCare Complete / AbilityCare
200 Stevens Drive
Philadelphia, PA 19113

Fax: solicitud estándar 1-855-446-7895; Expeditiva 1-855-446-7896

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al número que figura al final de la página.

Si usted o su médico recetador creen que su salud puede verse perjudicada si tiene que esperar 72 horas a que se tome una decisión, puede solicitar una excepción acelerada. Es una decisión más rápida. Si su médico recetador apoya su solicitud, le comunicaremos nuestra decisión en un plazo de 24 horas a partir de la recepción de la declaración de apoyo de su médico recetador.

? Si tiene preguntas, llame a SeniorCare Complete y AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (*de abril a septiembre*); de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., 7 días a la semana (*de octubre a marzo*). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.mnscha.org.

B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?

Los medicamentos genéricos están compuestos por los mismos principios activos que los medicamentos de marca. Suelen costar menos que el medicamento de marca y, por lo general, funcionan igual de bien. No suelen tener nombres muy conocidos. Los medicamentos genéricos están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA). Existen medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca. Por lo general, los medicamentos genéricos pueden sustituirse por medicamentos de marca en la farmacia sin necesidad de una receta nueva, dependiendo de las leyes estatales.

SeniorCare Complete y AbilityCare cubren tanto los medicamentos de marca como los genéricos.

B14. ¿Qué son los productos biológicos originales y qué relación guardan con los biosimilares?

Cuando nos referimos a medicamentos, puede tratarse de un fármaco o de un producto biológico. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos típicos. Como los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, tienen formas que se denominan biosimilares. Por lo general, los biosimilares funcionan igual de bien que el producto biológico original y pueden costar menos. Existen alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, dependiendo de las leyes estatales, pueden ser sustituidos por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una receta nueva, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituir a los de marca.

Para obtener más información sobre los tipos de medicamentos, consulte el **capítulo 5** del *Manual para miembros*.

B15. ¿Qué son los medicamentos de venta sin receta (OTC)?

OTC son las siglas de “over-the-counter” (venta sin receta). SeniorCare Complete y AbilityCare cubren algunos medicamentos de venta sin receta cuando su proveedor los receta.

Puede consultar la *Lista de medicamentos* de SeniorCare Complete y AbilityCare para saber qué medicamentos de venta sin receta están cubiertos.

B16. ¿SeniorCare Complete y AbilityCare cubren los productos no farmacológicos de venta sin receta?

SeniorCare Complete y AbilityCare cubren algunos productos no farmacológicos de venta sin receta cuando su proveedor los receta.

Algunos ejemplos de productos OTC no farmacológicos son THICK NOW ORAL POWDER y VASELINE GEL.

Puede consultar la Lista de medicamentos de SeniorCare Complete y AbilityCare en la **sección D** para saber qué productos no farmacológicos de venta sin receta están cubiertos.



Si tiene preguntas, llame a SeniorCare Complete y AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (*de abril a septiembre*); de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., 7 días a la semana (*de octubre a marzo*) La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.mnscha.org.

b17. ¿SeniorCare Complete y AbilityCare cubren el suministro a largo plazo de medicamentos recetados?

Programas de 90 días en farmacias minoristas. Algunas farmacias minoristas también pueden ofrecer un suministro de hasta 90 días para medicamentos cubiertos. Un suministro para 90 días tiene el mismo copago que un suministro para un mes.

B18. ¿Cuál es el copago?

Los miembros de SeniorCare Complete y AbilityCare no tienen copago por los medicamentos recetados siempre que sigan las normas del plan. Consulte las preguntas B15 y B16 para obtener más información sobre los medicamentos y los productos de venta sin receta no farmacológicos.

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

- Los medicamentos genéricos del nivel 1 tienen el copago más bajo. El copago oscila entre \$0 y \$5.10, en función de su nivel de Ayuda adicional.
- Los medicamentos de marca del nivel 1 tienen el copago más alto. El copago oscila entre \$0 y \$12.65, en función de su nivel de Ayuda adicional.
- Los medicamentos de venta sin receta tienen un copago de \$0.

En la sección C1, los niveles se enumeran como T1 genérico y T1 de marca.

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros al número que figura al final de la página.

C. Resumen de la *Lista de medicamentos cubiertos*

La *Lista de medicamentos cubiertos* le brinda información sobre los medicamentos cubiertos por SeniorCare Complete y AbilityCare. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, consulte el Índice de medicamentos cubiertos en la **sección D**. El índice enumera alfabéticamente todos los medicamentos cubiertos por SeniorCare Complete y AbilityCare.

Nota: “OTC” en la columna del nivel junto a un medicamento significa que el medicamento no es un “medicamento de la Parte D”. Estos medicamentos tienen diferentes normas de apelación.

- Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos una decisión que hemos tomado sobre su cobertura y que la cambiemos si cree que hemos cometido un error.
 - Por ejemplo, podríamos decidir que un medicamento que usted desea no está cubierto por Medicare o Medical Assistance o ha dejado de estarlo.
 - Si usted o su médico recetador no están de acuerdo con nuestra decisión, pueden apelar. Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare a los números que aparecen al final de la página.
 - También puede leer el **capítulo 9** del *Manual para miembros* para saber cómo apelar una decisión.
-

C1. Lista de medicamentos por tipo

Los medicamentos en esta sección se agrupan en categorías por tipo. Por ejemplo, si está tomando un medicamento para la migraña, debe buscar en la categoría “Fármacos contra la migraña”. Allí encontrará medicamentos para tratar las migrañas.

? **Si tiene preguntas,** llame a SeniorCare Complete y AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (*de abril a septiembre*); de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., 7 días a la semana (*de octubre a marzo*). La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.mnscha.org.

Estos son los significados de los códigos utilizados en la columna “Medidas necesarias, restricciones o límites de uso”:

B/d: este medicamento con receta tiene un requisito de autorización previa administrativa de Medicare Parte B frente a Medicare Parte d. Este medicamento puede estar cubierto por Medicare Parte B o Medicare Parte d según las circunstancias. Puede ser necesario presentar información que describa el uso y el entorno del medicamento para tomar una decisión.


QL: límites de cantidad. Para ciertos medicamentos, SeniorCare Complete y AbilityCare pueden limitar la cantidad de un medicamento que cubriremos. Por ejemplo, el plan proporciona doce comprimidos por suministro de 30 días.

ST: terapia escalonada. En algunos casos, SeniorCare Complete y AbilityCare exigen que pruebe primero cierto medicamento para tratar su afección antes de cubrir otro medicamento para esa afección. Por ejemplo, si tanto el medicamento A como el B tratan su afección, es posible que el plan no cubra el medicamento B a menos que pruebe primero el A. Si el medicamento A no funciona, el plan cubrirá el medicamento B.

PA: autorización previa. SeniorCare Complete y AbilityCare exigen que usted o su médico obtengan una autorización previa para determinados medicamentos. Esto significa que deberá obtener la aprobación del plan antes de surtir sus medicamentos. Si no obtiene la aprobación, es posible que el plan no cubra el medicamento.

LA: disponibilidad limitada. Esta receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros a los números que figuran al final de esta página.

En la primera columna de la tabla se indica el nombre del medicamento. Los medicamentos genéricos aparecen en minúscula cursiva (por ejemplo, warfarina), los medicamentos de marca en mayúscula (por ejemplo, CHANTIX), y los medicamentos y productos de venta sin receta en minúscula (por ejemplo, aspirina). La información de la columna “Medidas necesarias, restricciones o límites de uso” le indica si SeniorCare Complete y AbilityCare tienen alguna norma para cubrir su medicamento.

 **Si tiene preguntas**, llame a SeniorCare Complete y AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (*de abril a septiembre*); de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., 7 días a la semana (*de octubre a marzo*) La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.mnscha.org.

LISTA DE MEDICAMENTOS POR TIPO

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
Analgésicos: tratamiento del dolor		
Analgésicos		
<i>bac (butalbital-acetaminofeno-cafeína) comprimido oral 50-325-40 mg</i>	\$0 (T1 genérico)	PA
<i>butalbital, acetaminofeno y cafeína, comprimido oral 50-325-40 mg</i>	\$0 (T1 genérico)	PA

Consulte la página 11 para encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de este cuadro.

LISTA DE MEDICAMENTOS POR TIPO

Consulte la página 11 para encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de este cuadro.

D. Medicamentos de venta sin receta (OTC) agrupados por tipo de medicamento

Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Medidas, restricciones o límites de uso necesarios
Medicamentos antihistamínicos		
Derivados de la etanolamina		
acetaminofeno pm extrafuerte comprimido oral 500-25 mg	\$0 (OTC)	
acetaminofeno pm comprimido oral	\$0 (OTC)	
aler-cap cápsula oral	\$0 (OTC)	

MEDICAMENTOS DE VENTA SIN RECETA (OTC) AGRUPADOS POR TIPO DE MEDICAMENTO

Consulte la página 11 para encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de este cuadro.

D. Índice de medicamentos cubiertos

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

Esta página queda intencionalmente en blanco



Este formulario se actualizó el 04/21/2026.

Si desea obtener información más reciente o si tiene otras dudas, llámenos al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711.

Horarios de atención: de octubre a marzo, los 7 días a la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.; de abril a septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

O visite www.mnscha.org
