



**MMM of Florida, Inc. -  
MMM Extra (HMO) -  
Formulario 2019 -  
(Lista de Medicamentos Cubiertos) -**

**FAVOR DE LEER: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN SOBRE LOS -  
MEDICAMENTOS CUBIERTOS POR ESTE PLAN -**

HPMS ID 19293, Versión # 6

Este formulario fue actualizado el 9 de octubre de 2018. Para información más reciente, o para otras preguntas, por favor, comuníquese con Servicios al Afiliado de MMM of Florida, Inc. al 1-877-212-9858 (libre de cargos), o usuarios de TTY deben llamar al 1-833-523-2620, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., o visite [www.mmm-fl.com](http://www.mmm-fl.com).

**Aviso para afiliados existentes:** Este formulario ha cambiado desde el año pasado. Por favor, revise este documento para asegurarse de que aún incluye los medicamentos que usted toma.

Cuando esta lista de medicamentos (formulario) se refiere a “nosotros” o “nuestro”, significa MMM of Florida, Inc. Cuando se refiere a “el plan” o “nuestro plan”, significa MMM Extra.

Este documento incluye una lista de los medicamentos (formulario) cubiertos por el plan que está actualizado al 9 de octubre de 2018. Para una versión actualizada del formulario, por favor comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, al igual que la fecha en que este formulario fue actualizado, aparecen en la portada y contraportada.

Generalmente usted debe utilizar farmacias dentro de la red para acceder a su beneficio de medicamentos recetados. Beneficios, formulario, red de farmacias, y/o copagos/coaseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2019, y de vez en cuando durante el año.

## What is the MMM of Florida, Inc. Formulary?

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

## ¿Qué es el Formulario de MMM of Florida, Inc.?

Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos, seleccionados por nuestro plan, en consulta con un equipo de proveedores de salud, que representa las terapias de medicamentos recetados que se consideran parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Nuestro Plan generalmente cubrirá los medicamentos que aparecen en nuestro formulario, siempre y cuando el medicamento sea médicamente necesario, la receta es despachada en una farmacia de la red de nuestro plan y se sigan otras reglas del plan. Para más información sobre cómo ordenar sus medicamentos, refiérase a su Evidencia de Cubierta.

## Can the Formulary (drug list) change?

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

- **New generic drugs.** We may immediately remove a brand name drug on our Drug List if we are replacing it with a new generic drug that will appear on the same or lower cost sharing tier and with the same or fewer restrictions. Also, when adding the new generic drug, we may decide to keep the brand name drug on our Drug List, but immediately move it to a different cost-sharing tier or add new restrictions. If you are currently taking that brand name drug, we may not tell you in advance before we make that change, but we will later provide you with information about the specific change(s) we have made.
  - If we make such a change, you or your prescriber can ask us to make an exception and continue to cover the brand name drug for you. The notice we provide you will also include information on the steps you may take to request an exception, and you can also find information in the section below entitled “How do I request an exception to the MMM of Florida, Inc. Formulary?”
- **Drugs removed from the market.** If the Food and Drug Administration deems a drug on our formulary to be unsafe or the drug’s manufacturer removes the drug from the market, we will immediately remove the drug from our formulary and provide notice to members who take the drug.

- **Other changes.** We may make other changes that affect members currently taking a drug. For instance, we may add a generic drug that is not new to market to replace a brand name drug currently on the formulary or add new restrictions to the brand name drug or move it to a different cost-sharing tier.). Or we may make changes based on new clinical guidelines. If we remove drugs from our formulary, or add prior authorization, quantity limits and/or step therapy restrictions on a drug or move a drug to a higher cost-sharing tier, we must notify affected members of the change at least 30 days before the change becomes effective, or at the time the member requests a refill of the drug, at which time the member will receive a one month supply of the drug.

The enclosed formulary is current as of January 1, 2019. To get updated information about the drugs covered by our plan, please contact us. Our contact information appears on the front and back cover pages. In the event of mid-year non-maintenance formulary changes, all affected members will be notified via mail (at least 60 days before the change becomes effective). In addition, an updated version of our printed formulary will be updated the first week of the effective month and posted on our website at [www.mmm-fl.com](http://www.mmm-fl.com).

## ¿Puede cambiar el Formulario (lista de medicamentos)?

Generalmente, si está tomando un medicamento disponible en nuestro formulario del 2019, que estaba cubierto al principio de año, no descontinuaremos o reduciremos la cubierta del medicamento durante el año de cubierta 2019, a menos que salga al mercado un medicamento genérico nuevo y menos costoso o que surja nueva información sobre la seguridad y efectividad del medicamento (Vea notas abajo con más información de cambios que afectan a afiliados que estén tomando el medicamento actualmente). Otros tipos de cambios en el formulario, como eliminar un medicamento de nuestro formulario, no afectarán a los afiliados que al momento estén tomando dicho medicamento. El mismo continuará disponible por el mismo costo compartido que corresponde para esos afiliados que lo toman, por el resto de la cubierta anual. A continuación los cambios en la lista de medicamentos que también pueden afectar a afiliados que estén tomando un medicamento actualmente:

- **Nuevos medicamentos genéricos.** Podemos eliminar de inmediato un medicamento de marca en nuestra lista de medicamentos si lo reemplazamos con un nuevo medicamento genérico que aparezca en el mismo nivel de costo compartido o menor y con las mismas o menos restricciones. Además, al agregar el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de Medicamentos, pero moverlo inmediatamente a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones. Si actualmente está tomando ese medicamento de marca, es posible que no le informemos con anticipación antes de hacer ese cambio, pero luego le brindaremos información sobre los cambios específicos que hemos hecho.
  - Si realizamos dicho cambio, usted o su médico pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. El aviso que le proporcionamos también incluirá información sobre los pasos que puede seguir para solicitar una excepción, y también puede encontrar información en la sección a continuación titulada "¿Cómo solicito una excepción al Formulario MMM of Florida, Inc.?"
- **Medicamentos retirados del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) considera que un medicamento de nuestro formulario no es seguro, o

el fabricante del medicamento lo retira del mercado, inmediatamente lo eliminaremos de nuestro formulario y notificaremos a los afiliados que toman el medicamento.

- **Otros cambios.** Es posible que hagamos otros cambios que afecten a los afiliados que actualmente toman un medicamento. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca actualmente incluido en el formulario o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o moverlo a otro nivel de costo compartido). O podemos hacer cambios basados en nuevas guías clínicas. Si eliminamos medicamentos de nuestro formulario, o agregamos autorización previa, límites de cantidad y / o restricciones de terapia escalonada en un medicamento o movemos un medicamento a un nivel de costo compartido más alto, debemos notificar a los afiliados afectados del cambio al menos 30 días antes de que el cambio entre en vigencia, o en el momento en que el afiliado solicita una repetición del medicamento, en cuyo momento el afiliado recibirá un suministro de un mes del medicamento.

El formulario adjunto es vigente a partir del 1 de enero de 2019. Para información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por nuestro plan, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en la portada y contraportada de este formulario. En caso de cambios al formulario que no sean de mantenimiento que ocurran a mitad de año, se les notificará a todos los afiliados afectados por correo (por lo menos 60 días antes de que el cambio sea efectivo). Además, una versión actualizada de nuestro formulario impreso será actualizado la primera semana del mes de efectividad y se publicará en nuestro portal de Internet [www.mmm-fl.com](http://www.mmm-fl.com).

## **How do I use the Formulary?**

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

### **Medical Condition**

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

### **Alphabetical Listing**

If you are not sure what category to look under, you should look for your drug in the Index that begins on page 72. The Index provides an alphabetical list of all of the drugs included in this document. Both brand name drugs and generic drugs are listed in the Index. Look in the Index and find your drug. Next to your drug, you will see the page number where you can find coverage information. Turn to the page listed in the Index and find the name of your drug in the first column of the list.

## **¿Cómo utilizo el Formulario?**

Hay dos maneras de encontrar su medicamento en el formulario:

### **Condición médica**

El formulario comienza en la página 14. En este formulario, los medicamentos están agrupados por categoría según el tipo de condición médica que tratan. Por ejemplo, los medicamentos que se utilizan

para tratar una condición cardíaca aparecen listados bajo la categoría “Cardiovasculares”. Si usted sabe para qué se usa su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página 14. Luego, busque el nombre del medicamento dentro de esa categoría.

### **Listado alfabético**

Si no está seguro de la categoría en la que debe realizar su búsqueda, busque su medicamento en el índice que comienza en la página 72. El índice ofrece una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. En el índice aparecen tanto los medicamentos de marca como los medicamentos genéricos. Vea el índice y busque su medicamento. Junto al medicamento verá el número de la página en la que podrá encontrar información sobre la cubierta. Vaya a la página que se indica en el índice y busque el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

### **What are generic drugs?**

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

### **¿Qué son los medicamentos genéricos?**

Nuestro plan ofrece cubierta para medicamentos de marca y medicamentos genéricos. Un medicamento genérico está aprobado por la FDA al tener el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Los medicamentos genéricos usualmente cuestan menos que los medicamentos de marca.

### **Are there any restrictions on my coverage?**

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

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

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

You can ask our plan to make an exception to these restrictions or limits or for a list of other, similar drugs that may treat your health condition. See the section, “How do I request an exception to the MMM of Florida, Inc. formulary?” on page 8 for information about how to request an exception.

## ¿Existe alguna restricción en mi cubierta?

Algunos medicamentos cubiertos pueden tener requisitos o límites adicionales para la cubierta. Estos requisitos y límites pueden incluir:

- **Preautorización:** Nuestro plan exige que el afiliado o su médico obtenga preautorización para ciertos medicamentos. Esto significa que necesitará la aprobación de nuestro plan antes de adquirir la receta. Si no obtiene la aprobación del plan, es posible que nuestro plan no cubra el medicamento.
- **Límites de cantidad:** Para ciertos medicamentos, nuestro plan limita la cantidad del medicamento cubierto. Por ejemplo, nuestro plan establece la cantidad de 30 tabletas por receta para *rosuvastatin calcium*. Esto puede ser adicional a un suministro regular para un (1) mes o tres (3) meses.
- **Terapia escalonada:** En ciertos casos, nuestro plan exige que se trate primero la condición médica con ciertos medicamentos antes de cubrir otro medicamento para esa condición. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B se usan para tratar su condición médica en particular, es posible que nuestro plan no cubra el Medicamento B, a menos que primero utilice el Medicamento A. Si el Medicamento A no funciona en su caso, nuestro plan cubrirá el Medicamento B.

Usted puede verificar si su medicamento tiene algún requisito o límite adicional, consultando el formulario que empieza en la página 14. También puede obtener información adicional sobre las restricciones que se aplican a medicamentos específicos cubiertos en su formulario, visitando nuestra página de Internet. Publicamos documentos en Internet que explican nuestras restricciones de preautorización y terapia escalonada. También nos puede solicitar que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, al igual que la fecha en que este formulario fue actualizado, aparece en la portada y contraportada.

Usted puede solicitar que nuestro plan haga una excepción a estas restricciones o límites, o que le facilite una lista de medicamentos similares que puedan tratar su condición de salud. Consulte la sección: “¿Cómo solicito una excepción al Formulario de MMM of Florida, Inc.?” en la página 9, para información sobre cómo puede solicitar una excepción

## What if my drug is not on the Formulary?

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

If you learn that our plan does not cover your drug, you have two options:

- You can ask Member Services for a list of similar drugs that are covered by our plan. When you receive the list, show it to your doctor and ask him or her to prescribe a similar drug that is covered by our plan.

- You can ask our plan to make an exception and cover your drug. See below for information about how to request an exception.

## ¿Qué sucede si mi medicamento no aparece en el Formulario?

Si su medicamento no aparece en este formulario (lista de medicamentos cubiertos), primero debe comunicarse con Servicios al Afiliado y verificar si el medicamento está cubierto.

Si le notifican que nuestro plan no ofrece cubierta para su medicamento, tiene dos opciones:

- Puede pedirle a Servicios al Afiliado una lista de medicamentos similares cubiertos por nuestro plan. Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico y solicite que le recete un medicamento que esté cubierto por nuestro plan.
- Puede solicitar a nuestro plan que haga una excepción y le cubra el medicamento. Consulte la información a continuación para saber cómo solicitar una excepción.

## How do I request an exception to the MMM of Florida, Inc. Formulary?

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

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

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

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



## ¿Cómo solicito una excepción al Formulario de MMM of Florida, Inc.?

Puede solicitarle a nuestro plan que haga una excepción en las reglas de cubierta. Hay varios tipos de excepciones que usted puede solicitar:

- Puede solicitar que cubramos su medicamento, aun cuando no aparezca en nuestro formulario. Si es aprobado, el medicamento será cubierto al nivel de costo compartido predeterminado, y usted no podrá solicitar que se provea el medicamento a un nivel de costo compartido menor.
- Puede solicitar que cubramos su medicamento a un nivel menor de costo compartido, si el medicamento no está en el nivel de especialidad. Si es aprobado, esto bajará la cantidad que usted debe pagar por su medicamento.
- Puede solicitar que no apliquemos las restricciones o límites de cubierta para su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, nuestro plan limita la cantidad del medicamento que cubrirá. Si el medicamento tiene un límite de cantidad, puede solicitar que no apliquemos el límite y le proporcionemos una cantidad mayor.

Generalmente, nuestro plan sólo aprobará la solicitud de excepción si los medicamentos alternos incluidos en el formulario, el medicamento del nivel de costo compartido más bajo o las restricciones adicionales de uso serán igualmente efectivos para el tratamiento de la condición o le pudieran causar efectos clínicos adversos.

Usted debe comunicarse con nosotros para solicitar una decisión inicial de cubierta para una excepción al formulario, de nivel de costo más bajo o a las restricciones de uso. **Cuando solicite una excepción al formulario, de nivel de costo más bajo o de restricción de uso, tendrá que presentar una justificación de quien emite la receta o su médico, que respalde su solicitud.** Por lo general, debemos tomar una decisión en un plazo de 72 horas después de recibir la justificación de su médico. Puede solicitar una excepción acelerada (rápida) si usted o su médico entienden que su salud podría verse seriamente afectada si espera 72 horas por la decisión. Si se le concede su petición de acelerar la autorización, debemos darle una decisión en o antes de 24 horas después de haber recibido la justificación de su médico primario o del médico que prescribe.

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

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

For each of your drugs that is not on our formulary or if your ability to get your drugs is limited, we will cover a temporary 30-day supply. If your prescription is written for fewer days, we'll allow refills to provide up to a

maximum 30 day supply of medication. After your first 30-day supply, we will not pay for these drugs, even if you have been a member of the plan less than 90 days.

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

For those members that are released from a hospital, or other care facility to their home, or if your ability to get your drugs is limited, our plan will cover a temporary 30-day supply for the drugs that are not in our formulary or have a utilization restriction, while you ask your physician to prescribe a similar drug that is covered by our plan.

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

Como afiliado nuevo o afiliado existente en nuestro plan, usted puede estar tomando medicamentos que no están en nuestro formulario. O puede estar tomando un medicamento que está en nuestro formulario, pero su capacidad para obtenerlo es limitada. Por ejemplo, podría necesitar nuestra autorización antes de obtener su receta. Usted debe hablar con su médico para decidir si debe cambiar a un medicamento apropiado que nosotros cubramos, o solicitar una excepción al formulario para que nosotros podamos cubrir el medicamento que usted toma. Mientras usted habla con su médico para determinar la mejor decisión, nosotros podríamos cubrirle su medicamento, en ciertos casos, durante los primeros 90 días en que usted sea afiliado de nuestro plan.

Para cada uno de sus medicamentos que no esté en nuestro formulario o si su capacidad para obtenerlo es limitada, nosotros cubriremos un suplido temporal de 30 días. Si su receta esta prescrita para menos días, permitiremos repeticiones hasta un máximo de 30 días de suplido del medicamento. Después de su primer suplido de 30 días, no pagaremos por esos medicamentos, aunque usted haya sido afiliado del plan por menos de 90 días.

Si usted es residente de una facilidad de cuidado prolongado y necesita un medicamento que no está en nuestro formulario o si su capacidad para obtener sus medicamentos es limitada, pero ya pasaron los primeros 90 días de membresía en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de ese medicamento mientras solicita una excepción al formulario.

Para aquellos afiliados que son dados de alta de un hospital o de una facilidad de cuidado a sus hogares, o si su capacidad para obtener medicamentos es limitada, nuestro plan proveerá un suplido temporal de 30 días de medicamentos que no están en nuestro formulario, mientras le pide a su médico que le recete un medicamento similar que esté cubierto por nuestro plan.

## **For more information**

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

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

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

## Para más información

Para información más detallada sobre la cubierta de medicamentos recetados que ofrece nuestro plan, por favor consulte su Evidencia de Cubierta y otros materiales del plan.

Si tiene alguna pregunta sobre nuestro plan, por favor comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, al igual que la fecha en que este formulario fue actualizado, aparece en la portada y contraportada.

Si tiene preguntas generales sobre la cubierta de medicamentos recetados de Medicare, por favor comuníquese con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día/ 7 días a la semana. Usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O visite <http://www.medicare.gov>.

## MMM Extra Formulary

The formulary below provides coverage information about the drugs covered by our plan. If you have trouble finding your drug in the list, turn to the Index that begins on page 72.

The first column of the chart lists the drug name. Brand name drugs are capitalized (e.g., ZYTIGA) and generic drugs are listed in lower-case italics (e.g., *flutamide*).

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

## Formulario de MMM Extra

El formulario a continuación ofrece información sobre la cubierta de los medicamentos cubiertos por nuestro plan. Si tiene dificultad para localizar un medicamento en la lista, consulte el índice que comienza en la página 72.

La primera columna de la tabla menciona el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca aparecen en letra mayúscula (por ejemplo, ZYTIGA) y los medicamentos genéricos aparecen en letra cursiva (itálica) minúscula (por ejemplo, *flutamide*).

La información que aparece en la columna de Requisitos/Límites indica si nuestro plan establece algún requisito especial para la cubierta del medicamento.

## Tier Level Structure

Before the total yearly drug costs (paid by you and our plan) reach \$3,820.00, you pay the following for prescription drugs:

<b>MMM Extra (HMO)</b>	Tier Level	Drug	Retail copayment (30 days)	Retail copayment (90 days)	Mail Order copayment (90 days)
	1	Preferred Generic	\$0.00	\$0.00	\$0.00
	2	Generic	\$20.00	\$60.00	\$60.00
	3	Preferred Brand	\$47.00	\$141.00	\$141.00
	4	Non-Preferred Drug	\$100.00	\$300.00	\$300.00
	5	Specialty	33%	Not Covered	Not Covered

After your total yearly drug costs reach \$3,820.00, you receive a discount on brand name drugs and generally pay no more than 25% for the plan's costs for brand drugs and 37% of the plan's costs for generic drugs until your yearly out-of-pocket drug costs reach \$5,100.00.

After your yearly out-of-pocket drug costs reach \$5,100.00, you pay the greater of:

- 5% coinsurance, or
- \$3.40 for generic drugs (including brand drugs treated as generic) and \$8.50 for all other drugs

For more information on how the tier level is applied, please review your Evidence of Coverage.

## Estructura de niveles

Antes de que el costo total anual de medicamentos (pagados tanto por usted como por nuestro plan) alcance los \$3,820.00, usted pagará lo siguiente por medicamentos recetados:

<b>MMM Extra (HMO)</b>	Nivel	Medicamento	Copago por cantidad al detal (30 días)	Copago por cantidad al detal (90 días)	Copago por orden por correo (90 días)
	1	Genérico Preferido	\$0.00	\$0.00	\$0.00
	2	Genérico	\$20.00	\$60.00	\$60.00
	3	Marca Preferida	\$47.00	\$141.00	\$141.00
	4	Droga No Preferida	\$100.00	\$300.00	\$300.00
	5	Especialidad	33%	No Cubierto	No Cubierto

Luego de que su costo total anual en medicamentos alcance \$3,820.00, usted recibe un descuento en medicamentos de marca y, por lo general, no paga más de 25% del costo del plan por medicamentos de marca y 37% del costo del plan por medicamentos genéricos hasta que su costo de bolsillo anual por medicamentos alcance \$5,100.00.

Luego de que los costos totales de su bolsillo alcancen los \$5,100.00 en el año, usted pagará la cantidad mayor entre:

- 5% de coaseguro, o
- \$3.40 por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$8.50 por todos los demás medicamentos

Para más información sobre cómo los niveles de copago son aplicados, por favor revise su Evidencia de Cubierta.

## **Symbols and abbreviations used in the formulary**

PA - drugs that need prior authorization

QL (###/###) - drugs with quantity limit; the quantity in parenthesis specifies the quantity limit for the maximum days of supply

ST - step therapy

LA - drugs with limited access (ex. Specialty Drugs)

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

NM - Not available at mail-order

B/D - Covered under Medicare B or D

## **Símbolos y abreviaturas utilizadas en el Formulario**

PA - medicamentos que requieren preautorización

QL (###/###) - medicamentos con límite de cantidad; la cantidad en paréntesis especifica la cantidad límite que le podemos suplir en el número máximo autorizado de días.

ST - terapia escalonada

LA - medicamentos con acceso limitado (ej. Medicamentos de especialidad)

ED – Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

NM – No disponible para envío por correo

B/D – Cubierto por la Parte B o D de Medicare



































































































































<b>Nombre de Medicamento /Drug Name</b>	<b>Nivel/ Drug Tier</b>	<b>Requisitos/Limites/ Requirements/Limits</b>
<b>MISCELANEOS/MISCELLANEOUS</b>		
CYSTARAN	5	NM, LA, PA
<i>proparacaine hcl</i> SOLN	3	
RESTASIS	3	QL (60 single use vials / 30 days)
RESTASIS MULTIDOSE	3	QL (1 bottle / 30 days)

**INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA TIPO 5/  
PHOSPHODIESTERASE TYPE 5 INHIBITORS**

**INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA TIPO  
5/PHOSPHODIESTERASE TYPE 5 INHIBITORS**

CIALIS 10mg, 20mg	1	ED, QL (4 tabs / 30 days)
LEVITRA	1	ED, QL (4 tabs / 30 days)
<i>sildenafil citrate</i> TABS	1	ED, QL (4 tabs / 30 days)
VIAGRA	1	ED, QL (4 tabs / 30 days)

**RESPIRATORIO/RESPIRATORY**

**ANTICOLINERGICO, BETA ANTAGONISTAS**

**COMBINACION/ANTICHOLINERGIC, BETA AGONIST COMBINATIONS**

ANORO ELLIPTA	3	QL (60 blisters / 30 days)
BEVESPI AEROSPHERE	3	QL (1 inhaler / 30 days)
COMBIVENT RESPIMAT	4	QL (2 inhalers / 30 days)
<i>ipratropium-albuterol nebu</i>	3	B/D
TRELEGY ELLIPTA	3	QL (60 blisters / 30 days)

**ANTICOLINERGICOS/ANTICHOLINERGICS**

ATROVENT HFA	4	QL (2 inhalers / 30 days)
INCRUSE ELLIPTA	3	QL (30 blisters / 30 days)
<i>ipratropium bromide</i> SOLN	2	B/D
<i>ipratropium bromide (nasal)</i>	3	

**ANTIHIISTAMINICOS/ANTIHIISTAMINES**

<i>azelastine spr 0.1%</i>	3	
<i>azelastine spr 0.15%</i>	4	
<i>cetirizine syrup</i>	2	
<i>cyproheptadine hcl</i> SYRP; TABS	3	PA; PA if 70 years and older
<i>diphenhydramine hcl inj 50mg/ml</i>	2	
<i>hydroxyzine hcl</i> SYRP	3	PA; PA if 70 years and older
<i>hydroxyzine hcl</i> TABS	2	PA; PA if 70 years and older
<i>hydroxyzine hcl inj</i>	4	PA; PA if 70 years and older

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to page 13.

65

Veá información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 13.





























































<i>xulane dis 150-35</i> .....	49 -	ZIRGAN .....	63 -
XULTOPHY 100/3.6 .....	42 -	<i>zoledronic acid inj 5mg/100ml</i> .....	45 -
XYREM.....	41 -	<i>zoledronic inj 4mg/5ml</i> .....	45 -
<b>Y</b>		ZOLINZA.....	20 -
YF-VAX .....	59 -	<i>zolmitriptan</i> .....	39 -
<i>yuvaferm vaginal tablet 10 mcg</i> .....	50 -	<i>zolmitriptan odt</i> .....	39 -
<b>Z</b>		<i>zolpidem tartrate</i> .....	39 -
<i>zafirlukast</i> .....	66 -	<i>zonisamide</i> .....	32 -
<i>zaleplon</i> .....	39 -	ZONTIVITY .....	57 -
<i>zarah</i> .....	49 -	ZORTRESS TAB 0.25MG .....	58 -
ZEJULA .....	20 -	ZORTRESS TAB 0.5MG.....	58 -
ZELBORAF .....	22 -	ZORTRESS TAB 0.75MG .....	58 -
ZEMAIRA .....	66 -	ZOSTAVAX .....	59 -
<i>zenatane</i> .....	67 -	<i>zovia 1/35e</i> .....	49 -
<i>zenchent</i> .....	49 -	<i>zovia 1/50e</i> .....	49 -
ZENPEP .....	54 -	ZYDELIG .....	22 -
ZEPATIER .....	15 -	ZYKADIA.....	22 -
ZERIT.....	13 -	ZYLET.....	63 -
<i>zidovudine cap 100mg</i> .....	13 -	ZYPREXA RELPREVV .....	37 -
<i>zidovudine syp 50mg/5ml</i> .....	13 -	ZYPREXA RELPREVV INJ 210MG .....	37 -
<i>zidovudine tab 300mg</i> .....	13 -	ZYTIGA.....	20 -
<i>ziprasidone hcl</i> .....	37 -		

This formulary was updated on October 9, 2018. For more recent information or other questions, please contact MMM of Florida, Inc. Member Services, at 1-844-212-9858 (Toll-free Number) or, for TTY users, 1-833-523-2620, Monday through Sunday, from 8:00 a.m. to 8:00 p.m., or visit [www.mmm-fl.com](http://www.mmm-fl.com).

The formulary may change at any time. You will receive notice when necessary.

MMM of Florida, Inc. is a HMO with a Medicare contract. Enrollment in MMM of Florida depends on contract renewal.

**ATENCIÓN:** Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-844-212-9858 (TTY: 1-833-523-2620).

Este formulario fue actualizado el 9 de octubre de 2018. Para información más reciente, o para otras preguntas, por favor, comuníquese con Servicios al Afiliado de MMM of Florida, Inc. al 1-844-212-9858 (libre de cargos); o usuarios de TTY deben llamar al 1-833-523-2620, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. o visite [www.mmm-fl.com](http://www.mmm-fl.com).

El formulario puede cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario.

MMM of Florida, Inc. es un plan HMO con un contrato Medicare. La afiliación en MMM of Florida depende de la renovación del contrato.

**ATTENTION:** If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call at 1-844-212-9858 (TTY: 1-833-523-2620).

**ATANSYON:** Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-844-212-9858 (TTY: 1-833-523-2620).

H3293\_2019 1085 0001 I\_C