

En esta lista de medicamentos preferidos se puede buscar. Aquí se explica cómo buscar un medicamento:

1. Oprima “Control F” para abrir la herramienta de búsqueda
2. Escriba el nombre del medicamento en la casilla de texto
3. Oprima “enter”

### **Planning for Healthy Babies® (P4HB): Programa de farmacia para Planificación Familiar (Family Planning; FP)**

Peach State Health Plan cubre todas las formas de métodos anticonceptivos para las mujeres en Planificación Familiar (Family Planning) de Planning for Healthy Babies®. El equipo de farmacia trabaja con médicos y farmacéuticos para garantizar que los medicamentos para prevenir el embarazo estén cubiertos en la Lista de medicamentos preferidos para planificación familiar (FP-PDL, por sus siglas en inglés). Su médico debe recetarle estos medicamentos.

### **Planning for Healthy Babies®: Lista de medicamentos preferidos para planificación familiar (FP-PDL)**

La Lista de medicamentos preferidos para planificación familiar (FP-PDL) de Peach State Health Plan es la lista de medicamentos cubiertos. La FP-PDL le indica los medicamentos que puede obtener en las farmacias locales. El Comité de Farmacia y Terapéutica (P&T, por sus siglas en inglés) de Peach State actualiza la lista cada tres meses. El grupo está formado por el director médico de Peach State Health Plan, el director de farmacia y varios médicos, farmacéuticos y especialistas de Georgia.

El Programa de Farmacia de Planificación Familiar no paga todos los medicamentos. Sólo estos tipos de medicamentos están cubiertos:

- Control de la natalidad (anticonceptivos)
- Antibióticos utilizados para tratar enfermedades de transmisión sexual (excepto VIH/SIDA y hepatitis)
- Ácido Fólico y multivitaminas con ácido fólico
- Medicamentos para las infecciones del tracto genital inferior y de la piel genital
- Medicamentos para tratar las infecciones del tracto urinario (UTI, por sus siglas en inglés)

Algunos medicamentos tienen límites de edad, dosis y cantidades máximas. Estos medicamentos necesitan una autorización previa (PA, por sus siglas en inglés) si el médico cree que necesita más del límite.

Puede llamar a Servicios para los Afiliados para hablar con alguna persona sobre la lista de medicamentos que cubre Peach State Health Plan. El número de teléfono de Servicios para los Afiliados es 1-800-704-1484 (TTY/TTD 1-800-255-0056). También puede usar la herramienta “Drug Lookup” (“Búsqueda de medicamentos”) en la página web segura para afiliados para saber si su medicamento está cubierto. Puede acceder a la herramienta usando este enlace <https://members.envolverx.com/>.

### **Administrador de beneficios de farmacia (PBM, por sus siglas en inglés)**

Peach State Health Plan trabaja con Express Scripts para pagar los reclamos de farmacia. Express Scripts es nuestro Administrador de beneficios de farmacia (PBM).

### Límites de dispensación

La farmacia puede entregarle un suministro de hasta 31 días de cada nueva receta o resurtido. Puede haber algún medicamento, como Depo-Provera, que se administra una vez y dura 84 días. Debe haber consumido el 80% del suministro o haber transcurrido 25 días antes de que se pueda reabastecer el medicamento para los medicamentos FP-PDL que no están controlados. Para los medicamentos controlados debe haber consumido el 90% del suministro antes de que se pueda reabastecer el medicamento. Para algunos medicamentos controlados necesitará una nueva receta.

### Uso apropiado y ediciones de seguridad

Su seguridad es muy importante para Peach State Health Plan. Una de las formas en que vigilamos su seguridad es a través de ediciones en el punto de venta (POS, por sus siglas en inglés) cuando la farmacia envía el reclamo del medicamento. Estas ediciones se basan en las aprobaciones de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA). Un ejemplo sería autorizar solo un medicamento en la misma clase de terapia cada mes.

Puede encontrar más información sobre los medicamentos que forman parte de estas ediciones en el documento **Ediciones de seguridad y uso apropiado** en el sitio web de Peach State Health Plan en [www.pshp.com](http://www.pshp.com).

### Autorizaciones previas (PA)

Algunos medicamentos de la FP-PDL pueden requerir PA. Debe hablar con su médico o farmacéutico si su farmacia le indica que es necesaria una PA. El médico o la farmacia deben enviar una solicitud a Servicios de farmacia en el **Formulario de Autorización previa de medicamentos**. Este formulario se encuentra en el sitio web de Peach State Health Plan en [www.pshp.com](http://www.pshp.com). El formulario completo y las notas médicas para mostrar su historial deben enviarse por **fax a Servicios de farmacia al 1-833-582-2342**. También se puede enviar una solicitud usando el portal electrónico seguro de Autorización previa de Cover My Meds en [www.covermymeds.com](http://www.covermymeds.com).

Peach State Health Plan cubrirá el medicamento si:

- Hay una razón médica por la que necesita ese medicamento específico.
- Otros medicamentos en la FP-PDL no han sido eficaces.

Todas las revisiones las realiza un farmacéutico clínico autorizado en Georgia y se completarán en 24 horas, a menos que se necesite más información. Ellos usan los estándares establecidos por el Comité P&T de Peach State Health Plan. Si se aprueba la solicitud, Servicios de Farmacia envía un fax a su médico. Si no se aprueba, Peach State Health Plan y Servicios de Farmacia le enviarán una carta a usted y un fax a su médico. La carta tendrá una lista de otros medicamentos similares. También le informará sobre el proceso de apelación.

### Terapia escalonada

Algunos medicamentos incluidos en la FP-PDL pueden requerir primero el uso de otro medicamento. Esto se llama terapia escalonada. Si ya adquirió el medicamento requerido con Peach State Health Plan, el medicamento de terapia escalonada estará cubierto. Si no ha probado el medicamento de la FP-PDL, su médico deberá enviar un formulario de PA con otros

medicamentos que ya haya probado. Si Servicios de Farmacia no aprueba la PA, le enviaremos una carta y un fax a su médico. La carta le informará sobre el proceso de apelación.

### Límites de cantidad

Peach State Health Plan puede limitar la cantidad de medicamento que puede recibir a la vez. Si el médico considera que necesita una cantidad mayor, se puede enviar una autorización previa a Servicios de Farmacia. Si Servicios de Farmacia no aprueba la PA, le enviaremos una carta y un fax a su médico. La carta le informará sobre el proceso de apelación.

### Solicitudes de necesidad médica

Sólo los medicamentos que se listan en la FP-PDL están cubiertos para mujeres en planificación familiar. Si necesita un medicamento que no está en la FP-PDL, su médico puede presentar una solicitud de PA para el medicamento por necesidad médica (MN, por sus siglas en inglés). Hay medicamentos en la FP-PDL para tratar la mayoría de las afecciones cubiertas por P4HB-FP. Para medicamentos que no están en la FP-PDL, Peach State Health Plan requiere:

- Notas del médico que demuestren que probó al menos dos medicamentos de la FP-PDL de la misma clase y que se usaron para el mismo diagnóstico; o
- Notas del médico que demuestren que es alérgica o que no puede recibir al menos dos medicamentos de FP-PDL de la misma clase; o
- Notas del médico para demostrar que no puede recibir ninguno de los medicamentos de la FP-PDL para su diagnóstico.

Todas las revisiones las realiza un farmacéutico clínico autorizado en Georgia y se completarán en 24 horas, a menos que se necesite más información. Ellos usan los estándares establecidos por el Comité P&T de Peach State Health Plan. Si se aprueba la solicitud, Servicios de Farmacia envía un fax a su médico. Si no se aprueba, Peach State Health Plan y Servicios de Farmacia le enviarán una carta a usted y un fax a su médico. La carta tendrá una lista de otros medicamentos similares. También le informará sobre el proceso de apelación.

### Política de suministro de emergencia de 72 horas

Las leyes estatales y federales establecen que una farmacia puede brindarle un suministro de medicamentos para 72 horas (3 días) si está esperando la revisión de PA. A las farmacias se les pagará el suministro de 3 días incluso si no se aprueba la PA. El farmacéutico puede usar su criterio profesional para decidir si el medicamento es urgente. No se permite el suministro de 72 horas para sustancias controladas que necesitan PA. La farmacia debe **llamar a Servicios de Farmacia al 1-866-399-0928** para obtener ayuda para enviar el suministro de 72 horas para su pago.

### Exclusiones

Sólo las categorías de medicamentos que se listan en la FP-PDL de Peach State Health Plan están cubiertas para mujeres en Planificación Familiar. Todas las demás categorías de medicamentos no están cubiertas.

### Medicamentos cubiertos bajo el beneficio médico

Peach State Health Plan cubre algunas vacunas y medicamentos bajo el beneficio médico para mujeres en Planificación Familiar de Planning for Healthy Babies®. Estos medicamentos no se pueden surtir en una farmacia local. El médico puede facturarle a Peach State Health Plan por ellos. Si tiene preguntas sobre qué vacunas y medicamentos inyectables están cubiertos, llame al Departamento de Servicios para los Afiliados de Peach State Health Plan.

Algunos métodos anticonceptivos se deben de administrar en el consultorio del médico. Los dispositivos intrauterinos (IUD, por sus siglas en inglés), como Mirena, Liletta, Skyla y Paragard, se pueden colocar durante su visita al consultorio de planificación familiar. También se puede insertar un anticonceptivo implantable, llamado Nexplanon, durante su visita al consultorio de planificación familiar. Si tiene preguntas sobre anticonceptivos, consulte con su médico.

### **Medicamentos de venta libre**

La FP-PDL de Peach State Health Plan cubre algunos medicamentos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés). Estos medicamentos de venta libre están cubiertos cuando su médico le receta uno de ellos.

### **Medicamentos genéricos**

Los medicamentos de marca no estarán cubiertos sin PA cuando esté disponible un medicamento genérico aceptable. Los medicamentos genéricos tienen el mismo ingrediente activo y actúan igual que los medicamentos de marca. Si usted o su médico consideran que se necesita uno de marca, su médico puede solicitar la PA. Cubriremos el medicamento de marca si existe una razón médica por la que necesita el medicamento de marca. Si no se aprueba, Peach State Health Plan y Servicios de Farmacia le enviarán una carta a usted y un fax a su médico. La carta tendrá una lista de otros medicamentos. También le informará sobre el proceso de apelación.

### **Surtir una receta**

Usted puede surtir sus medicamentos en una farmacia de Peach State Health Plan. Puede encontrar una farmacia llamando a Servicios para los Afiliados de Peach State Health Plan. También puede buscar una farmacia cercana usando la herramienta “Provider-Lookup” (Búsqueda de Proveedores) en el sitio web. Deberá entregarle al farmacéutico su receta y su tarjeta de identificación de Peach State Health Plan. Su farmacia puede solicitar otras formas de identificación, como licencia de conducir o identificación estatal.

### **Requisitos para proveedores que solicitan, recetan y refieren (OPR, por sus siglas en inglés)**

Medicaid de Georgia y el Centro de Servicios de Medicaid y Medicare (CMS, por sus siglas en inglés) quieren que su médico esté incluido en Medicaid de Georgia. Peach State Health Plan y Servicios de Farmacia verifican los reclamos de farmacia para asegurarse de que la farmacia y el médico que aparecen en su receta estén inscritos en Georgia Families®. Si un médico no registrado escribe su receta, la receta será rechazada. Su farmacia no podrá surtir sus recetas si no está inscrita en Georgia Families®.

### **Copagos**

No se requieren copagos para las mujeres en Planificación Familiar de Planning for Healthy Babies®.

### Información del contacto

Servicios para los Afiliados de Peach State Health Plan:	1-800-704-1484
	Fax: 1-800-659-7518
Línea TTY/TDD de Servicios para los Afiliados de Peach State Health Plan:	1-800-255-0056
Autorizaciones previas de servicios de farmacia:	1-866-399-0928
	Fax: <b>1-833-582-2342</b>
Servicio de ayuda de farmacia de Express Scripts:	1-833-750-4403

### Ayuda de idiomas

¿Necesita traducido este documento? ¿Necesita ayuda para entender este documento? Si es así, llame a la línea de Servicios para los Afiliados de Peach State Health Plan al 1-800-704-1484. Si tiene problemas de audición, llame a nuestra línea TDD/TTY al 1-800-255-0056. Para obtener esta información en letra grande o en cinta de audio, llame a Servicios para los Afiliados. Los servicios de intérprete se le proporcionan de forma gratuita. Peach State Health Plan tiene una línea telefónica en idiomas disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

### ABREVIATURAS en la Lista de medicamentos preferidos

ABREVIATURAS EN NIVELES DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS PREFERIDOS	
Nivel	Definiciones de niveles
<i>P</i>	Medicamento preferido
REQUISITOS o LÍMITES	
Requisito/Límites	Descripción del requisito/límite
<i>AL</i>	<b>Límite de edad:</b> El medicamento está limitado para una edad específica
<i>PA</i>	<b>Autorización previa:</b> Se requiere revisión antes de poder surtir la receta
<i>QL</i>	<b>Límite de cantidad:</b> Hay un límite en la cantidad cubierta por receta o dentro de un período de tiempo establecido.
<i>Rx/OTC</i>	El producto tiene cobertura <b>tanto con o sin receta</b>
<i>SP</i>	<b>Medicamento de especialidad:</b> Medicamentos de alto costo que se usan para tratar afecciones complejas, como esclerosis múltiple, artritis reumatoide, hepatitis C y hemofilia, y pueden estar limitados a una farmacia específica.
<i>ST</i>	<b>Terapia escalonada:</b> Requiere prueba y fracaso de uno o más productos preferidos antes de la cobertura.
DESCRIPCIONES DE LAS EDICIONES CLÍNICAS	
Nombre de la edición	Descripción de la edición

<i>Opioide</i>	<p>Los medicamentos opioides de acción corta solo se pueden surtir durante 7 días cada vez, cuando no se surtan opioides en los últimos 180 días (sin tratamiento previo). Este límite se extiende a reabastecimientos de 30 días cuando un(a) afiliado(a) tiene antecedentes médicos de cáncer, anemia falciforme o cuidados paliativos en sus registros.</p> <p>Límites para personas sin tratamiento previo*:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dosis diaria máxima = 50 MME **</li> <li>• Suministro máximo de días = 7 días</li> <li>• Debe usar opioides de acción corta antes que opioides de acción prolongada</li> </ul> <p>*Sin tratamiento previo significa sin reposición de opioides en los últimos 180 días                  **MME = Equivalente en miligramos de morfina</p>
<i>Tiras reactivas</i>	<p>Los(as) usuarios(as) de insulina se limitan a 150 tiras por cada 30 días;                  Los(as) usuarios(as) que no usan insulina se limitan a 100 tiras por cada 90 días                  EXCEPCIONES: Los(as) siguientes afiliados(as) pueden obtener hasta 200 tiras por 30 días</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afiliados(as) menores de 18 años</li> <li>• Afiliadas con diabetes gestacional o diabetes durante el embarazo</li> </ul>

**ABREVIATURAS ESTÁNDAR**

Forma de dosis	Descripción de la forma de dosis
AEPB	Aerosol en polvo activado por el aliento
AERB	Aerosol, activado por el aliento
AERO	Aerosol
AJKT	Kit de autoinyector
AUIJ	Autoinyector
CAPS	Cápsula
CHEW	Comprimido masticable
CONC	Concentrado
CP12	Cápsula de liberación prolongada de 12 horas
CP24	Cápsula de liberación prolongada de 24 horas
CPCR	Cápsula de liberación prolongada
CPDR	Cápsula de liberación retardada
CPEP	Cápsula con recubrimiento entérico
CPSP	Cápsula dispersable
CREA	Crema
CSDR	Cápsula dispersable de liberación retardada
DEVI	Dispositivo
ELIX	Elixir
EMUL	Emulsión
ENEM	Enema
EX	Externo
GRAN	Gránulos
IJ	Inyección

Forma de dosis	Descripción de la forma de dosis
IMPL	Implante
INHA	Inhalador
INJ	Inyectable
IUD	Dispositivo intrauterino
IV	Intravenoso
LIQD	Líquido
LOTN	Loción
LOZG	Pastilla
LPOP	Comprimido soluble
MISC	Misceláneos
NA	Nasal
NEBU	Solución de nebulización
OINT	Ungüento
OP	Oftálmico
OPHT	Oftálmico
OR	Oral
PACK	Paquete
PEN	Pluma para inyección
PNKT	Estuche de pluma para inyección
POT	Potasio
POWD	Polvo
PRSY	Jeringa precargada
PSKT	Estuche de jeringa precargada
PSTE	Pasta
PT24	Parche de 24 Horas
PT72	Parche de 72 Horas

<b>Forma de dosis</b>	<b>Descripción de la forma de dosis</b>
<i>PTCH</i>	Parche
<i>PTTW</i>	Parche dos veces por semana
<i>PTWK</i>	Parche semanal
<i>RE</i>	Rectal
<i>S.O.P.</i>	Preparación oftálmica estéril
<i>SHAM</i>	Champú
<i>SOAJ</i>	Autoinyector con solución
<i>SOCT</i>	Cartucho con solución
<i>SOLN</i>	Solución
<i>SOLR</i>	Solución reconstituida
<i>SOPN</i>	Pluma para inyección con solución
<i>SOSY</i>	Jeringa precargada con solución
<i>SRER</i>	Suspensión reconstituida de liberación prolongada
<i>STRP</i>	Tira
<i>SUBL</i>	Tableta sublingual
<i>SUER</i>	Suspensión de liberación prolongada
<i>SUPN</i>	Pluma para inyección con suspensión
<i>SUPP</i>	Supositorio
<i>SUSP</i>	Suspensión
<i>SUSR</i>	Suspensión reconstituida
<i>SUSY</i>	Jeringa precargada con suspensión

<b>Forma de dosis</b>	<b>Descripción de la forma de dosis</b>
<i>SYRP</i>	Jarabe
<i>T12A</i>	Comprimidos de liberación prolongada de 12 horas para disuadir el abuso
<i>TABS</i>	Comprimidos
<i>TB12</i>	Comprimidos de liberación prolongada de 12 horas
<i>TB24</i>	Comprimidos de liberación prolongada de 24 horas
<i>TBCR</i>	Comprimidos de liberación prolongada
<i>TBDP</i>	Tableta dispersable
<i>TBEC</i>	Tableta con recubrimiento entérico
<i>TBEF</i>	Tableta efervescente
<i>TBPK</i>	Paquete de comprimidos terapéuticos
<i>TBSO</i>	Comprimido soluble
<i>TEST</i>	Prueba de diagnóstico
<i>TINC</i>	Tintura
<i>TROC</i>	Comprimido soluble
<i>VA</i>	Vaginal
<i>VI</i>	Indicador Visual
<i>WAFR</i>	Oblea
<i>XR</i>	Liberación prolongada