



a Point32Health company

# Formulario de Tufts Medicare Preferred PPO Rx de 2026 (Lista de medicamentos cubiertos “Lista de medicamentos”)

Planes de Tufts Medicare Preferred PPO

**LEA LO SIGUIENTE:** Este documento contiene información sobre los medicamentos que cubrimos en este plan.

26452 Versión 11

Este formulario se actualizó el 05/01/2026. Para obtener información más reciente o hacer otras preguntas, comuníquese con Servicios para Miembros de Tufts Medicare Preferred PPO Rx al **1-866-623-0172** (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de 8 a.m. a 8 p.m., 7 días a la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo y de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, o visite **[www.thpmp.org](http://www.thpmp.org)**.

# Tufts Medicare Preferred PPO Rx Formulario (lista de medicamentos cubiertos) 2026

**Nota para los miembros existentes:** Este formulario cambió desde el año pasado. Revise este documento para asegurarse de que todavía incluya los medicamentos que usted toma.

Cuando esta Lista de Medicamentos (Formulario) se refiera a “nosotros”, “nos”, “nuestro”, “nuestra”, “nuestros” o “nuestras”, quiere decir Tufts Health Plan. Cuando se refiera a “plan” o a “nuestro plan”, significa Tufts Medicare Preferred PPO Rx.

Este documento incluye la Lista de Medicamentos (formulario) para nuestro plan que estará vigente a partir del 05/01/2026. Para obtener una Lista de Medicamentos (formulario) actualizada, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha más reciente de actualización de la Lista de Medicamentos (formulario), aparece en la portada y la contraportada.

Por lo general, debe usar las farmacias de la red para usar su beneficio de medicamentos recetados. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias y los copagos o el coaseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2026 y en ocasiones durante el año.

## ¿Qué es el formulario de Tufts Medicare Preferred PPO Rx?

En este documento, usamos los términos Lista de Medicamentos y formulario para denotar lo mismo. Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por Tufts Medicare Preferred PPO Rx previa consulta con un equipo de proveedores de cuidado de la salud. Dicho formulario representa las terapias con medicamentos recetados que se creen que son una parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Por lo general, Tufts Medicare Preferred PPO Rx cubrirá los medicamentos indicados en nuestro formulario siempre y cuando el medicamento sea médicamente necesario, la receta se surta en una farmacia de la red de Tufts Medicare Preferred PPO Rx y se sigan otras reglas del plan. Para obtener más información sobre cómo surtir sus recetas, revise su *Evidencia de Cobertura*.

## ¿El formulario puede cambiar?

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurren el 1 de enero, pero es posible que agreguemos o quitemos medicamentos del formulario durante el año, que los traspasemos a niveles diferentes de costos compartidos o que agreguemos restricciones nuevas. Debemos seguir las reglas de Medicare para hacer estos cambios. Las actualizaciones del formulario se publican mensualmente en nuestro sitio web:

**Cambios que pueden afectarlo este año.** En los siguientes casos, usted se verá afectado por los cambios en la cobertura durante el año:

- **Sustituciones inmediatas de ciertas versiones nuevas de medicamentos de marca y productos biológicos originales.** Podemos retirar inmediatamente un medicamento de nuestro formulario si lo estamos reemplazando por cierta versión nueva que aparecerá en el mismo nivel de costos compartidos o en uno más bajo y con las mismas restricciones o menos. Cuando agregamos una versión nueva de un medicamento a nuestro formulario, podemos decidir mantener el medicamento de marca o el producto biológico original en el formulario, pero moverlo inmediatamente a un nivel de costos compartidos diferente o agregar nuevas restricciones.

Podemos realizar estos cambios inmediatos solo si agregamos una versión genérica nueva de un medicamento de marca o ciertas versiones nuevas biosimilares de un producto biológico original que ya se encontraba en el formulario (por ejemplo, al agregar una versión biosimilar intercambiable que una farmacia puede sustituir por un producto biológico original sin una receta nueva).

Si actualmente toma el medicamento de marca o el producto original biológico, es posible que no le avisemos antes de hacer un cambio inmediato, pero más adelante le daremos información sobre los cambios específicos que hayamos hecho.

Si hacemos ese cambio, usted o su prescriptor pueden pedirnos que hagamos una excepción para seguir cubriendo el medicamento que se está cambiando para usted. Para obtener más información, consulte la siguiente sección titulada “¿Cómo solicito una excepción al Formulario de Tufts Medicare Preferred PPO Rx?”.

Es posible que desconozca algunos de estos tipos de medicamento. Para obtener más información, consulte la siguiente sección titulada “¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?”.

- **Se retiraron medicamentos del mercado.** Si el fabricante retira un medicamento de la venta o la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) determina que se debe retirar por razones de seguridad o efectividad, es posible que lo retiremos de inmediato de nuestro formulario y posteriormente informemos a los miembros que lo toman.
- **Otros cambios.** Podemos hacer otros cambios que afecten a los miembros que actualmente tomen un medicamento. Por ejemplo, podemos retirar un medicamento de marca del formulario al agregar un equivalente genérico o retirar un producto biológico original al agregar un biosimilar. También podemos aplicar restricciones nuevas al medicamento de marca o producto biológico original, o moverlo a un nivel de costos compartidos diferente o tomar ambas medidas. Podemos hacer cambios según las pautas clínicas nuevas. Si retiramos medicamentos de nuestro formulario, agregamos restricciones de autorización previa, cantidad límite o terapia escalonada a un medicamento o movemos un medicamento a un nivel más alto de costos compartidos, debemos informar a los miembros afectados acerca del cambio al menos 30 días antes de que se realice ese cambio. Alternativamente, cuando un miembro solicite un resurtido del medicamento, es posible que reciba un suministro de 30 días del medicamento y la notificación del cambio.

Si hacemos estos otros cambios, usted o su prescriptor pueden pedirnos que hagamos una excepción para seguir cubriendo el medicamento que toma para usted. La notificación que le entreguemos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción y, además, puede encontrar información en la sección a continuación, llamada “¿Cómo solicito una excepción al Formulario de Tufts Medicare Preferred PPO Rx?”.

**Cambios que no lo afectarán si está tomando el medicamento actualmente.** Por lo general, si toma un medicamento de nuestro formulario 2026 que estaba cubierto a principios del año, no eliminaremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2026, excepto en las circunstancias descritas previamente. Esto significa que estos medicamentos seguirán disponibles al mismo costo compartido y sin restricciones nuevas para los miembros que los tomen por el resto del año de cobertura. No recibirá una notificación directa este año sobre los cambios que no lo afectan. Sin embargo, el 1 de enero del próximo año, los cambios lo afectarían y es importante revisar el formulario del nuevo año de beneficios para ver los cambios que podrían haber sufrido los medicamentos.

El formulario adjunto estará vigente a partir del 05/01/2026. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por Tufts Medicare Preferred PPO Rx, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en la portada y la contraportada. En caso de un cambio en el formulario a mitad de año que no sea de mantenimiento, se le informará mediante una hoja de fe de erratas.

## ¿Cómo uso el formulario?

Hay dos formas de encontrar un medicamento en el formulario:

### Afección médica

El formulario comienza en la página 3. Los medicamentos en este formulario están agrupados en categorías según las afecciones para los que se usan como tratamiento. Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar una afección cardíaca se enumeran en la categoría “*Medicamentos cardiovasculares*”. Si sabe para qué se utiliza su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página 1. A continuación, busque su medicamento bajo el nombre de la categoría.

### Lista alfabética

Si no está seguro de en qué categoría buscar, debe buscar su medicamento en el índice que comienza en la página 74. El índice muestra una lista alfabética de todos los medicamentos que se incluyen en este documento. En este índice aparecen los medicamentos genéricos y los de marca. Busque en el índice y encuentre su medicamento. A un lado del medicamento, verá el número de la página donde puede encontrar información sobre la cobertura. Vaya a la página que se indica en el índice y busque el nombre del medicamento en la primera columna de la lista.

## ¿Qué son los medicamentos genéricos?

Tufts Medicare Preferred PPO Rx cubre tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Un medicamento genérico cuenta con aprobación de la FDA que garantiza que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Por lo general, los medicamentos genéricos funcionan tan bien como los medicamentos de marca y habitualmente cuestan menos. Hay sustitutos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca. Los medicamentos genéricos normalmente se pueden sustituir por el medicamento de marca en la farmacia sin una receta nueva, lo cual depende de las leyes estatales.

## ¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?

En el formulario, cuando nos referimos a medicamentos, puede tratarse de un fármaco o de un producto biológico. Los productos biológicos son medicamentos que son más complejos que los habituales. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos habituales, en vez de tener una fórmula genérica tienen alternativas denominadas biosimilares. Los productos biosimilares suelen funcionar tan bien como los productos biológicos originales y pueden costar menos. Existen alternativas biosimilares de algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son intercambiables y, dependiendo de las leyes estatales, se pueden sustituir por productos biológicos originales en la farmacia sin necesidad de tener una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos se pueden sustituir por medicamentos de marca.

Para obtener más información sobre los tipos de medicamentos, consulte el Capítulo 5, Sección 3.1, de la *Evidencia de Cobertura*, “La ‘Lista de Medicamentos’ indica qué medicamentos de Part D tienen cobertura”.

## ¿Mi cobertura tiene alguna restricción?

Algunos medicamentos cubiertos podrían tener requisitos o límites adicionales en la cobertura. Estos requisitos y límites pueden incluir los siguientes:

- **Autorización previa:** Tufts Medicare Preferred PPO Rx exige que usted o su prescriptor obtengan autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que necesitará obtener aprobación de Tufts Medicare Preferred PPO Rx antes de que usted pueda surtir sus recetas. Si no consigue esa aprobación, es posible que Tufts Medicare Preferred PPO Rx no cubra los medicamentos.

- **Límites de cantidad:** en el caso de ciertos medicamentos, Tufts Medicare Preferred PPO Rx restringe la cantidad del medicamento que cubrirá Tufts Medicare Preferred PPO Rx. Por ejemplo, Tufts Medicare Preferred PPO Rx proporciona 30 tabletas por receta de *ramelteon*. Esto puede ser adicional a un suministro estándar de un mes o tres meses.
- **Terapia escalonada:** en algunos casos, Tufts Medicare Preferred PPO Rx exige que usted primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su condición médica antes de que cubramos otro medicamento para esa condición. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan su condición médica, es posible que Tufts Medicare Preferred PPO Rx no cubra el medicamento B, a menos que usted pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no funciona para usted, Tufts Medicare Preferred PPO Rx entonces cubrirá el medicamento B.

Para saber si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales, consulte el formulario que comienza en la página 3. También puede visitar nuestro sitio web para obtener más información sobre las restricciones aplicadas a medicamentos específicos cubiertos. Hemos publicado en línea un documento que explica nuestras restricciones de autorización previa y terapia escalonada. También puede solicitarnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha más reciente de actualización del formulario, aparece en la portada y la contraportada.

Puede solicitar a Tufts Medicare Preferred PPO Rx que haga una excepción a estas restricciones o límites o pedir una lista de otros medicamentos similares que puedan tratar su condición de salud. Consulte la sección “¿Cómo solicito una excepción al formulario de Tufts Medicare Preferred PPO Rx?” en la página V para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

## ¿Qué sucede si mi medicamento no está en el formulario?

Si su medicamento no está incluido en este formulario (lista de medicamentos cubiertos), debería comunicarse primero con Servicios para Miembros para preguntar si su medicamento está cubierto.

Si se entera de que Tufts Medicare Preferred PPO Rx no cubre su medicamento, tiene dos opciones:

- Puede solicitar a Servicios para Miembros una lista de medicamentos similares que sí cubre Tufts Medicare Preferred PPO Rx. Cuando reciba la lista, muéstrésela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por Tufts Medicare Preferred PPO Rx.
- Puede solicitar a Tufts Medicare Preferred PPO Rx que haga una excepción y cubra su medicamento. Consulte a continuación para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

## ¿Cómo solicito una excepción al Formulario de Tufts Medicare Preferred PPO Rx?

Puede solicitar a Tufts Medicare Preferred PPO Rx que haga una excepción a nuestras reglas de cobertura. Hay diversos tipos de excepciones que puede pedirnos.

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento incluso si no está en nuestro formulario. Si se aprueba, este medicamento estará cubierto en un nivel predeterminado de costos compartidos y usted no podrá pedirnos que entreguemos el medicamento en un nivel más bajo.
- Puede pedirnos que hagamos una exención de una restricción de cobertura, lo que incluye autorización previa, terapia escalonada o cantidad límite de su medicamento. Por ejemplo, en el caso de ciertos medicamentos, Tufts Medicare Preferred PPO Rx restringe la cantidad del medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene una cantidad límite, puede pedirnos que no apliquemos el límite y cubramos una  cantidad superior.

- Puede pedirnos cubrir un medicamento del formulario en un nivel más bajo de costos compartidos, a menos que el medicamento esté en el nivel de especialidad.

Por lo general, Tufts Medicare Preferred PPO Rx solo aprobará su solicitud de una excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario del plan, el medicamento con menores costos compartidos o al que se le aplica la restricción no son tan eficaces para usted o le provocan efectos médicos adversos.

Usted o su prescriptor deben contactarnos para solicitar una excepción de nivel o formulario, incluida la excepción a una restricción de cobertura. **Al solicitar una excepción, su prescriptor deberá explicar los motivos médicos por los que la necesita.** Por lo general, debemos tomar nuestra decisión en un plazo de 72 horas a partir del momento en que recibimos la declaración de respaldo del prescriptor. Puede solicitar una decisión acelerada (rápida) si usted considera, y nosotros estamos de acuerdo, que su salud podría verse perjudicada gravemente por esperar hasta 72 horas para que se tome una decisión. Si estamos de acuerdo, o si su prescriptor solicita una decisión rápida, debemos informarle una decisión, a más tardar, 24 horas después de obtener la declaración de respaldo de su prescriptor.

## ¿Qué puedo hacer si mi medicamento no se encuentra en el formulario o tiene una restricción?

Como miembro nuevo o anterior de nuestro plan, podría estar tomando medicamentos que no están en nuestro formulario. O quizás puede tomar un medicamento que se encuentra en nuestro formulario, pero que tiene una restricción de cobertura, como la autorización previa. Debe hablar con su prescriptor sobre solicitar una decisión de cobertura a fin de mostrar que usted cumple con los criterios de aprobación, cambiar a un medicamento alternativo que cubramos o solicitar una excepción de formulario para que cubramos el medicamento que toma. Mientras usted y su médico determinan cuál es la decisión correcta para su caso, podemos cubrir su medicamento en determinadas circunstancias durante los primeros 90 días de su membresía en el plan.

Por cada medicamento que no esté en nuestro formulario o que tenga una restricción de cobertura, cubriremos un suministro temporal de 30 días. Si la receta está indicada para menos días, permitiremos que se surta varias veces hasta un máximo de 30 días de medicamento. Si no se aprueba su cobertura después del primer suministro para un mes, no pagaremos estos medicamentos, incluso si ha sido miembro del plan por menos de 90 días.

Si es residente de un centro de cuidados a largo plazo y necesita un medicamento que no está en nuestro formulario o si usted tiene una capacidad limitada para obtener medicamentos, pero ya han transcurrido 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.

Como miembro actual, si lo ingresan o le dan el alta de un centro de cuidados a largo plazo y se cambia su medicamento en forma no planificada, puede solicitar que aprobemos un surtido temporal único del medicamento no cubierto para que tenga tiempo de analizar un plan de transición con el médico. Su médico también puede solicitar una excepción a la cobertura del medicamento no cubierto según la revisión de la necesidad médica siguiendo el proceso estándar de excepción descrito anteriormente. El “primer surtido” temporal será, por lo general, un suministro de hasta 31 días, pero se podría extender para darles tiempo a usted y a su médico para administrar las complejidades de múltiples medicamentos o cuando las circunstancias especiales lo justifiquen. Llame al departamento de Servicios para Miembros de Tufts Medicare Preferred PPO Rx para solicitar una renovación temporal de la receta.

## Para obtener más información

Para obtener más información detallada sobre la cobertura de medicamentos recetados de Tufts Medicare Preferred PPO Rx, revise su *Evidencia de Cobertura* y otros materiales del plan.

Si tiene preguntas sobre Tufts Medicare Preferred PPO Rx, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha más reciente de actualización del formulario, aparece en la portada y la contraportada.

Si tiene preguntas sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, llame a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. O bien, visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov).

## Formulario de Tufts Medicare Preferred PPO Rx

El formulario que comienza en la página 3 proporciona información sobre los medicamentos cubiertos por Tufts Medicare Preferred PPO Rx. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, diríjase al índice que comienza en la página 74.

La primera columna de la tabla indica el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca aparecen en mayúsculas (p. ej., ENBREL) y los medicamentos genéricos aparecen en minúsculas cursivas (p. ej., *omeprazol*).

La columna de Requisitos/Límites le indica si Tufts Medicare Preferred PPO Rx tiene algún requisito especial de cobertura de su medicamento.

## **PA BvD: Se requiere autorización previa (PA, por sus siglas en inglés) de Medicare Part B o Part D**

Estos medicamentos requieren una autorización previa para determinar la cobertura adecuada según Medicare Part B o Part D. Es posible que algunos medicamentos de Part B requieran un 20% de coaseguro.

## **QL: Se aplica una cantidad límite (QL, por sus siglas en inglés)**

Debido a posibles inquietudes sobre la seguridad y uso, Tufts Medicare Preferred PPO Rx ha establecido limitaciones de surtido en una cantidad pequeña de medicamentos recetados. Esto significa que la farmacia solo surtirá cierta cantidad de un medicamento en un período específico. Estas cantidades se basan en estándares reconocidos de atención, como las recomendaciones de uso de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos. Si el médico considera que usted necesita una cantidad superior a la limitación del programa, dicho médico puede enviar una solicitud de cobertura según el proceso de revisión médica. El proceso de revisión médica les permite a usted o a su médico solicitar a Tufts Medicare Preferred PPO Rx que haga una excepción a nuestras reglas de cobertura. Consulte la sección “¿Cómo solicito una excepción al Formulario de Tufts Medicare Preferred PPO Rx?” en la página V para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

## **EC: Medicamento de cobertura mejorada (EC, por sus siglas en inglés)**

Este medicamento recetado no suele estar cubierto por un plan de medicamentos recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando surte una receta de este medicamento no cuenta para el costo total de sus medicamentos (es decir, la cantidad que paga no le ayuda a optar a la cobertura catastrófica). Además, si está recibiendo ayuda extra para pagar sus recetas, no obtendrá ninguna ayuda extra para pagar este medicamento.

## **HI: Medicamento de infusión domiciliaria (HI, por sus siglas en inglés)**

Este medicamento recetado puede estar cubierto según sus beneficios médicos. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros de Tufts Medicare Preferred PPO Rx al

**1-866-623-0172** (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de 8 a.m. a 8 p.m., 7 días a la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo y de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, o visite [www.thpmp.org](http://www.thpmp.org).

## **PA: Se requiere autorización previa**

El proceso de autorización previa fomenta que se receten en forma racional los medicamentos que impliquen inquietudes importantes financieras o de seguridad. Un proveedor puede presentar una solicitud de cobertura según la necesidad médica de un miembro por un medicamento en especial. Si se aprueba, el miembro paga el copago asignado al nivel. Hay un proceso de apelación para solicitudes denegadas.

## **PA NSO: Se requiere autorización previa solo para nuevos ingresos (NSO, por sus siglas en inglés)**

La restricción de autorización previa solo se aplica si es un miembro nuevo o si no ha tomado este medicamento antes.

## **ST: Se aplica una autorización previa de terapia escalonada (ST, por sus siglas en inglés)**

La Terapia Escalonada es una forma automática de autorización previa que utiliza los antecedentes de reclamaciones para la aprobación de un medicamento en el punto de venta. Los programas de Terapia Escalonada fomentan el uso clínicamente demostrado de terapias de primera línea y están diseñados para garantizar que se usen primero los agentes más económicos y adecuados para la terapia antes de que se puedan cubrir otros tratamientos.

Los miembros que toman actualmente medicamentos que cumplen los criterios iniciales para una terapia escalonada podrán surtir de forma automática sus recetas de medicamentos escalonados. Si el miembro no cumple los criterios iniciales para una Terapia Escalonada, se rechazará la receta en el punto de venta con un mensaje que indicará que se requiere una autorización previa (PA). Los médicos pueden presentar solicitudes de autorización previa a Tufts Medicare Preferred PPO Rx para los miembros que no cumplen los criterios de terapia escalonada en el punto de venta según el proceso de revisión médica. El proceso de revisión médica les permite a usted o a su médico solicitar a Tufts Medicare Preferred PPO Rx que haga una excepción a nuestras reglas de cobertura. Consulte la sección *“¿Cómo solicito una excepción al formulario de Tufts Medicare Preferred PPO Rx?”* en la página V para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

## **ST NSO: La autorización previa de terapia escalonada se aplica solo para nuevos ingresos**

La restricción de autorización previa de terapia escalonada solo se aplica si usted es un miembro nuevo o no ha tomado este medicamento antes.

## **NEDS: Medicamento con suministro para una cantidad no extensible de días (NEDS, por sus siglas en inglés)**

En un esfuerzo por contener los costos de medicamentos, se limitarán ciertos medicamentos de alto costo a un suministro de hasta 30 días por surtido.

## **SP: Disponible mediante un proveedor designado de farmacia especializada (SP, por sus siglas en inglés)**

Tiene la opción de obtener este medicamento mediante un proveedor designado de farmacia especializada. Estas farmacias se especializan en surtir una cantidad seleccionada de medicamentos directamente a nuestros miembros. También ofrecen entregas gratuitas a domicilio, apoyo educativo por teléfono 24 horas al día, 7 días a la semana, apoyo del personal de enfermería y farmacéutico y trabajarán en estrecha colaboración con su médico. Los medicamentos incluyen, entre otros, aquellos que se usan en el tratamiento de esclerosis múltiple, hepatitis C, artritis reumatoide y cánceres tratados con medicamentos por vía oral.

Farmacia especializada Optum: **1-844-265-1705**

## **Cobertura adicional**

**Suministros para pruebas de diabetes:** Los suministros para pruebas de diabetes, como medidores de glucosa en sangre, tiras reactivas de glucosa en sangre, dispositivos de lancetas, lancetas, soluciones para el control de la glucosa y los sistemas de monitoreo continuo de glucosa (CGM, por sus siglas en inglés) están cubiertos por el beneficio médico del plan en las farmacias minoristas o de pedido por correo participantes. Nuestra cobertura preferida es la siguiente:

- Tiras reactivas Accu-Chek.
- Medidores Accu-Chek (cantidad límite: 1 medidor por 180 días).
- Los monitores continuos de glucosa (CGM) terapéuticos cubiertos incluyen los productos Dexcom y FreeStyle Libre que Medicare considera equipos médicos duraderos (DME, por sus siglas en inglés) (se requiere autorización previa).

**Vacunas de Part B:** Algunas vacunas están cubiertas por los beneficios médicos del plan y pueden obtenerse en las farmacias participantes. Algunas vacunas cubiertas por Part B son:

- Vacunas contra la COVID-19
- Vacunas contra la gripe
- Vacunas contra la neumonía (por ejemplo, Pneumovax 23 y Prevnar 13)

**Medicamentos orales contra el cáncer de Part B:** Algunos medicamentos orales contra el cáncer están cubiertos por los beneficios médicos del plan y pueden obtenerse en las farmacias participantes. Entre algunos medicamentos orales contra el cáncer cubiertos por Part B se incluyen los siguientes:

- Tabletas de Alkeran
- Tabletas de capecitabina
- Cápsulas de etopósido
- Cápsulas de Hycamtin
- Tabletas de melfalán
- Tabletas de Myleran
- Cápsulas de temozolomide

<b>Beneficios de medicamentos recetados: Deducible (para los medicamentos recetados de Part D)</b>	<b>Tufts Medicare Preferred PPO Rx</b>
	\$615 por año para medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5.

<b>Beneficios de medicamentos recetados: Cobertura inicial</b>	<b>Tufts Medicare Preferred PPO Rx</b>
Nota: Los medicamentos de Nivel 1 y Nivel 2 incluyen una cobertura mejorada de medicamentos seleccionados para la disfunción eréctil (ED, por sus siglas en inglés).	Después de pagar su deducible anual de \$615 para los medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5, usted paga los copagos de Nivel 3, Nivel 4 o Nivel 5 siguientes hasta que los costos totales anuales de los medicamentos alcancen los \$2,100. Los costos totales anuales de los medicamentos corresponden a los costos totales de los medicamentos pagados por usted y nuestro plan de Part D.  Puede obtener sus medicamentos en las farmacias minoristas de la red y farmacias de pedido por correo.

Costos compartidos en farmacia: farmacia preferida			
Nivel	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días
<b>Nivel 1</b> (Genérico preferido)	\$0	\$0	\$0
<b>Nivel 2</b> (Genérico)	\$2	\$4	\$6
<b>Nivel 3</b> (Marca preferida)	20% del costo (insulina: \$35)	20% del costo (insulina: \$70)	20% del costo (insulina: \$105)
<b>Nivel 4</b> (Medicamento no preferido)	25% del costo (insulina: \$35)	25% del costo (insulina: \$70)	25% del costo (insulina: \$105)
<b>Nivel 5</b> (Nivel de especialidad)	25% del costo	N/C	N/C
<b>Nivel 6</b> (Vacunas)	\$0	N/C	N/C

Costos compartidos en farmacia: farmacia no preferida			
Nivel	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días
<b>Nivel 1</b> (Genérico preferido)	\$5	\$10	\$15
<b>Nivel 2</b> (Genérico)	\$12	\$24	\$36
<b>Nivel 3</b> (Marca preferida)	20% del costo (insulina: \$35)	20% del costo (insulina: \$70)	20% del costo (insulina: \$105)
<b>Nivel 4</b> (Medicamento no preferido)	25% del costo (insulina: \$35)	25% del costo (insulina: \$70)	25% del costo (insulina: \$105)
<b>Nivel 5</b> (Nivel de especialidad)	25% del costo	N/C	N/C
<b>Nivel 6</b> (Vacunas)	\$0	N/C	N/C

Costos compartidos de farmacia de pedido por correo			
Nivel	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días
<b>Nivel 1</b> (Genérico preferido)	\$0	\$0	\$0
<b>Nivel 2</b> (Genérico)	\$2	\$4	\$4
<b>Nivel 3</b> (Marca preferida)	20% del costo (insulina: \$35)	20% del costo (insulina: \$70)	20% del costo (insulina: \$70)
<b>Nivel 4</b> (Medicamento no preferido)	25% del costo (insulina: \$35)	25% del costo (insulina: \$70)	25% del costo (insulina: \$70)
<b>Nivel 5</b> (Nivel de especialidad)	25% del costo	N/C	N/C
<b>Nivel 6</b> (Vacunas)	N/C	N/C	N/C

Si usted es residente de un centro de cuidados a largo plazo, paga lo mismo que en una farmacia preferida. Puede obtener medicamentos en una farmacia fuera de la red, pero es posible que pague más de lo que paga en una farmacia dentro de la red. Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos de Nivel 1, Nivel 2 y Nivel 6 y usted paga su parte del costo. Después de que alcance el deducible anual de \$615 del Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5 y usted paga su parte.

Beneficios de medicamentos recetados: Cobertura catastrófica	Tufts Medicare Preferred PPO Rx
	<p>Después de que sus desembolsos anuales para medicamentos (entre los que se incluyen los medicamentos adquiridos en su farmacia minorista y a través de pedido por correo) alcancen los \$2,100, usted no paga nada por medicamentos cubiertos de Part D ni medicamentos excluidos que estén cubiertos por nuestro beneficio mejorado. Durante este período de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de Part D y de los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.</p>

## Aviso sobre la disponibilidad de servicios de asistencia lingüística y ayudas y servicios auxiliares

**English ATTENTION:** If you speak another language, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) (TTY: 711) or speak to your provider.

**Español (Spanish) ATENCIÓN:** Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) (TTY: 711) o hable con su proveedor.

**Português (Portuguese) ATENÇÃO:** Se fala Português, estão disponíveis para si serviços gratuitos de assistência linguística. Estão também disponíveis gratuitamente ajudas e serviços auxiliares adequados para fornecer informações em formatos acessíveis. Ligue para 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) (TTY - Dispositivo das telecomunicações para surdos: 711) ou fale com o seu prestador.

**中文 (Simplified Chinese) 注意：**如果您说[中文]，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) (文本电话：711) 或咨询您的服务提供商。

**Kreyòl Ayisyen (Haitian Creole) ATANSYON:** Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd aladispozisyon w gratis pou lang ou pale a. Èd ak sèvis siplemantè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòm aksesib yo disponib gratis tou. Rele nan 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) (TTY: 711) oswa pale avèk founisè w la.

**Việt (Vietnamese) LƯU Ý:** Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

**РУССКИЙ (Russian) ВНИМАНИЕ:** Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

**(Arabic) العربية تنبيه:** إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 711 (1-800-701-9000) (PPO) 1-866-623-0172 (HMO) أو تحدث إلى مقدم الخدمة.

**ភាសាខ្មែរ (Khmer) សូមយកចិត្តទុកដាក់៖** ប្រសិនបើអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ សេវាកម្មជំនួយភាសាឥតគិតថ្លៃគឺមានសម្រាប់អ្នក។ ជំនួយ និងសេវាកម្មដែលជាការជួយដ៏សមរម្យ ក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានតាមទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បាន ក៏អាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅ 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) (TTY: 711) ឬនិយាយទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។

**Français (French) ATTENTION:** Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliares appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) (TTY: 711) ou parlez à votre fournisseur.

**Italiano (Italian)** ATTENZIONE: se parli Italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama l'1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) (tty: 711) o parla con il tuo fornitore.

**한국어 (Korean)** 주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO)(TTY: 711)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

**Ελληνικά (Greek)** ΠΡΟΣΟΧΗ: Εάν μιλάτε ελληνικά, υπάρχουν διαθέσιμες δωρεάν υπηρεσίες υποστήριξης στη συγκεκριμένη γλώσσα. Διατίθενται δωρεάν κατάλληλα βοηθήματα και υπηρεσίες για παροχή πληροφοριών σε προσβάσιμες μορφές. Καλέστε το 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) (TTY: 711) ή απευθυνθείτε στον πάροχό σας.

**POLSKI (Polish)** UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) (TTY: 711) lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.

**हिंदी (Hindi)** न दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

**ગુજરાતી (Gujarati)** ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. યોગ્ય ઓકિઝલરી સહાય અને એક્સેસિબલ ફોર્મેટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) (TTY: 711) પર કોલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.



Este formulario se actualizó el 05/01/2026. Para obtener información más reciente o hacer otras preguntas, comuníquese con Servicios para Miembros de Tufts Medicare Preferred PPO Rx al **1-866-623-0172** (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo y de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, o visite **[www.thmp.org](http://www.thmp.org)**.



1 Wellness Way  
Canton, MA 02021

Tufts Health Plan cumple con las leyes federales vigentes sobre derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, origen étnico, edad, discapacidad o sexo (incluidos el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género). ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-670-5934 (TTY:711).