

DRUG
FORMULARY

FORMULARIO DE
MEDICAMENTOS

2019

List of Covered Drugs
Lista de Medicamentos Cubiertos

This formulary was updated on February 1, 2019. For more recent information or other questions, please contact Alignment Health Plan Member Services at 1-866-634-2247 or, for TTY users, 711, 8:00 a.m. to 8:00 p.m., seven days a week (except Thanksgiving and Christmas) from October 1 through March 31, and Monday to Friday (except holidays) from April 1 through September 30, or visit alignmenthealthplan.com.

Este formulario de medicamentos se actualizó el 1° de Febrero de 2019. Para obtener información más reciente o si tiene preguntas, por favor llame al Departamento de Membresía de Alignment Health Plan, al 1-877-399-2247 o, para los usuarios de TTY: 711, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1° de Octubre hasta el 31 de Marzo, y de lunes a viernes (excepto los feriados) desde el 1° de Abril hasta el 30 de Septiembre, o visite alignmenthealthplan.com.



**PLEASE READ: THIS DOCUMENT
CONTAINS INFORMATION ABOUT THE
DRUGS WE COVER IN THIS PLAN**

Note to existing members: This formulary has changed since last year. Please review this document to make sure that it still contains the drugs you take.

When this drug list (formulary) refers to “we,” “us”, or “our,” it means Alignment Health Plan. When it refers to “plan” or “our plan,” it means Alignment Health Plan.

This document includes a list of the drugs (formulary) for our plan which is current as of February 1, 2019. For an updated formulary, please contact us. Our contact information, along with the date we last updated the formulary, appears on the front and back cover pages.

You must generally use network pharmacies to use your prescription drug benefit. Benefits, formulary, pharmacy network, and/or copayments/coinsurance may change on January 1, 2019, and from time to time during the year.

Alignment Health Plan is an HMO and an HMO SNP plan with a Medicare contract. Enrollment in Alignment Health Plan depends on contract renewal. The Formulary may change at any time. You will receive notice when necessary. Please contact our Member Services number at 1-866-634-2247, TTY: 711, 8:00 a.m. to 8:00 p.m., 7 days a week (except Thanksgiving and Christmas) from October 1 through March 31, and Monday to Friday (except holidays) from April 1 through September 30.

Alignment Health Plan complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Alignment Health Plan does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-634-2247 (TTY 711): ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-399-2247 (TTY 711). 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-866-634-2247 (TTY 711)。

WHAT IS THE ALIGNMENT HEALTH PLAN FORMULARY?

A formulary is a list of covered drugs selected by Alignment Health 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. Alignment Health Plan will generally cover the drugs listed in our formulary as long as the drug is medically necessary, the prescription is filled at a Alignment Health Plan network pharmacy, and other plan rules are followed. For more information on how to fill your prescriptions, please review your Evidence of Coverage.

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 Alignment Health Plan’s 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, 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 30-day supply of the drug.

The enclosed formulary is current as of January 1, 2019. To get updated information about the drugs covered by Alignment Health Plan, please contact us. Our contact information appears on the front and back cover pages.

HOW DO I USE THE FORMULARY?

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

Medical Condition

The formulary begins on page 1. 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 Agents. If you know what your drug is used for, look for the category name in the list that begins on page number 1. 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 97. 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.

WHAT ARE GENERIC DRUGS?

Alignment Health 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.

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:** Alignment Health Plan requires you or your physician to get prior authorization for certain drugs. This means that you will need to get approval from Alignment Health Plan before you fill your prescriptions. If you don't get approval, Alignment Health Plan may not cover the drug.
- **Quantity Limits:** For certain drugs, Alignment Health Plan limits the amount of the drug that Alignment Health Plan will cover. For example, Alignment Health Plan provides 30 tablets per prescription for alfuzosin ER. This may be in addition to a standard one-month or three-month supply.
- **Step Therapy:** In some cases, Alignment Health 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, Alignment Health Plan may not cover Drug B unless you try Drug A first. If Drug A does not work for you, Alignment Health 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 1. 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 Alignment Health 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 Alignment Health Plan’s formulary?” on page V for information about how to request an exception.

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

HOW DO I REQUEST AN EXCEPTION TO THE ALIGNMENT HEALTH PLAN’S FORMULARY?

You can ask Alignment Health 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, Alignment Health 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, Alignment Health 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, tiering or utilization restriction exception. **When you request a formulary, tiering, 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.

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 of a 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.

You may have changes that take you from one treatment setting to another. During this level of care change, drugs may be prescribed that are not covered by your plan. If this happens, you and your doctor must use your plan's exception and appeals processes. However, when you are admitted to, or discharged from, a long term care setting, you may not have access to the drugs you were previously given. You may get a refill upon admission or discharge to prevent a gap in care.

FOR MORE INFORMATION

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

If you have questions about Alignment Health 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>.

ALIGNMENT HEALTH PLAN'S FORMULARY

The formulary that begins on page 1 provides coverage information about the drugs covered by Alignment Health Plan. If you have trouble finding your drug in the list, turn to the Index that begins on page 97.

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

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

All drugs included in this formulary are available via mail-order benefit. Contact your plan for details.

Below is additional information to help you understand the formulary:

2019 DOSAGE FORM ABBREVIATIONS KEY

| | |
|--|-----------------------------------|
| act | actuation |
| ad | adsorbed |
| aepb | aerosol powder blister |
| aer, aero | aerosol |
| app | applicator |
| ba, breath act, breath activ | breath activated |
| bau | bioequivalent allergy units |
| cap, caps | capsules |
| cart | cartridge |
| chew tab | chewable tablets |
| conc | concentrate |
| conj | conjugate, conjugated |
| crys | crystals |
| deter | deterrent |
| disint | disintegrating |
| dr | delayed-release |
| ec | enteric coated |
| el, elu | enzyme-linked immunosorbent assay |
| er, ext, extend-release, extended, extended rel | extended-release |
| ext | extract |
| gm | gram |
| gu | genitourinary |
| hr | hour |
| ig | immune globulin |
| im | intramuscular |
| inh, inhal | inhalation |
| inj | injection |
| ir | index of reactivity |
| iv | intravenous |
| l | liter |

| | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| lf, lfu | flocculation units |
| liq, liqd | liquid |
| mcg | microgram |
| meq | milliequivalent |
| mg | milligram |
| ml | milliliter |
| mu | million units |
| nebu | nebules |
| orally disintegr tab | orally disintegrating tablets |
| oin, oint | ointment |
| op, ophth | ophthalmic |
| osm | osmotic |
| pak | pack |
| pf | preservative-free |
| pfu | plaque forming units |
| pow, powd | powder |
| pref, prefill | prefilled |
| pttw | patch twice weekly |
| ptwk | patch weekly |
| recomb | recombinant |
| refrig | refrigerate |
| sl | sublingual |
| sol, soln | solution |
| sqcm | square centimeter |
| supp, suppos | suppositories |
| sus, susp | suspension |
| syr | syringe |
| tab, tabs | tablets |
| td | transdermal |
| tl | translingual |
| unt | unit |
| va | vaginal |
| vac | vaccine |

ALIGNMENT 6 TIER AND SYMBOL LEGEND

| |
|--|
| 1 = Preferred Generic Drugs |
| 2 = Generic Drugs |
| 3 = Preferred Brand Drugs |
| 4 = Non-Preferred Brand Drugs |
| 5 = Specialty Drugs |
| 6 = Select Care Drugs |
| BD = Drugs that may be covered under Medicare Part B or Part D depending on the circumstance. These drugs require prior authorization to determine coverage under Part B or Part D. Information may need to be provided that describes the use or the place where the drug is received to determine coverage. |
| PA = Prior Authorization |
| QL = Quantity Limits |
| ST = Step Therapy |
| * = Limited Distribution Drug. This prescription may be available only at certain pharmacies. For more information consult your Pharmacy Directory or call Member Services at 1-866-634-2247, 8:00 a.m. to 8:00 p.m., seven days a week (except Thanksgiving and Christmas) from October 1 through March 31, and Monday to Friday (except holidays) from April 1 through September 30, or visit alignmenthealthplan.com . TTY users should call 711. |
| # = High Risk Medication (HRM). Medicine that may be unsafe in patients greater than 65 years of age. Our formulary does include coverage for some of these drugs, but alternatives may be found in lower co-pay tiers. Please discuss with your doctor if there are alternatives to these medications that would be appropriate for you to use. |
| ^ = We provide additional coverage of this prescription drug in the coverage gap. Please refer to our Evidence of Coverage for more information about this coverage. Certain exclusions apply. Additional gap coverage is excluded from CalPlus (HMO), Plan 009. Additional gap coverage for Tier 1 medications is excluded from My Choice (HMO), Plans 006 and 007, and AllCare Preferred Plan (HMO), Plan 011. Additional gap coverage for Tier 2 medications is excluded from all plans except for Platinum (HMO), Plan 008. |

Retail Preferred Copayments/Coinsurance for members of **Alignment Health Plan My Choice 001 (HMO)** in Los Angeles, Orange, Riverside and San Bernardino counties:

| Tier | Description | Copayment/Coinsurance | |
|--------|---------------------|-----------------------|-------------------|
| | | 30 day supply | 90-100 day supply |
| Tier 1 | Preferred Generic | \$1.00 | \$3.00 |
| Tier 2 | Generic | \$5.00 | \$15.00 |
| Tier 3 | Preferred Brand | \$30.00 | \$90.00 |
| Tier 4 | Non-Preferred Brand | \$75.00 | \$225.00 |
| Tier 5 | Specialty | 33% coinsurance | Not Offered |
| Tier 6 | Select Care | \$3.00 | \$0.00 |

Retail Preferred Copayments/Coinsurance for members of **Alignment Health Plan My Choice Plan 006 (HMO)** in San Joaquin and Stanislaus Counties:

| Tier | Description | Copayment/Coinsurance | |
|--------|---------------------|-----------------------|-------------------|
| | | 30 day supply | 90-100 day supply |
| Tier 1 | Preferred Generic | \$5.00 | \$15.00 |
| Tier 2 | Generic | \$10.00 | \$30.00 |
| Tier 3 | Preferred Brand | \$40.00 | \$120.00 |
| Tier 4 | Non-Preferred Brand | \$93.00 | \$279.00 |
| Tier 5 | Specialty | 33% coinsurance | Not Offered |
| Tier 6 | Select Care | \$5.00 | \$0.00 |

Retail Preferred Copayments/Coinsurance for members of **Alignment Health Plan My Choice Plan 007 (HMO)** in Santa Clara County:

| Tier | Description | Copayment/Coinsurance | |
|--------|---------------------|-----------------------|-------------------|
| | | 30 day supply | 90-100 day supply |
| Tier 1 | Preferred Generic | \$0.00 | \$0.00 |
| Tier 2 | Generic | \$5.00 | \$15.00 |
| Tier 3 | Preferred Brand | \$40.00 | \$120.00 |
| Tier 4 | Non-Preferred Brand | \$100.00 | \$300.00 |
| Tier 5 | Specialty | 33% coinsurance | Not Offered |
| Tier 6 | Select Care | \$5.00 | \$0.00 |

Retail Preferred Copayments/Coinsurance for members of **Alignment Health Plan Platinum 008 (HMO)** in Los Angeles and Orange Counties:

| Tier | Description | Copayment/Coinsurance | |
|--------|---------------------|-----------------------|-------------------|
| | | 30 day supply | 90-100 day supply |
| Tier 1 | Preferred Generic | \$0.00 | \$0.00 |
| Tier 2 | Generic | \$3.00 | \$9.00 |
| Tier 3 | Preferred Brand | \$30.00 | \$90.00 |
| Tier 4 | Non-Preferred Brand | \$75.00 | \$225.00 |
| Tier 5 | Specialty | 33% coinsurance | Not Offered |
| Tier 6 | Select Care | \$5.00 | \$0.00 |

Retail Preferred Copayments/Coinsurance for members of **Alignment Health Plan CalPlus 009 (HMO)** in Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino, San Joaquin, Santa Clara, Stanislaus and San Diego Counties:

| Tier | Description | Copayment/Coinsurance | |
|--------|---------------------|-----------------------|-------------------|
| | | 30 day supply | 90-100 day supply |
| Tier 1 | Preferred Generic | \$5.00 | \$15.00 |
| Tier 2 | Generic | \$10.00 | \$30.00 |
| Tier 3 | Preferred Brand | 25% coinsurance | 25% coinsurance |
| Tier 4 | Non-Preferred Brand | 25% coinsurance | 25% coinsurance |
| Tier 5 | Specialty | 25% coinsurance | Not Offered |
| Tier 6 | Select Care | \$5.00 | \$0.00 |

Retail Preferred Copayments/Coinsurance for members of **Alignment Health Plan Heart & Diabetes 010 (HMO SNP)** in Los Angeles and Orange Counties:

| Tier | Description | Copayment/Coinsurance | |
|--------|---------------------|-----------------------|-------------------|
| | | 30 day supply | 90-100 day supply |
| Tier 1 | Preferred Generic | \$0.00 | \$0.00 |
| Tier 2 | Generic | \$5.00 | \$15.00 |
| Tier 3 | Preferred Brand | \$30.00 | \$90.00 |
| Tier 4 | Non-Preferred Brand | \$75.00 | \$225.00 |
| Tier 5 | Specialty | 33% coinsurance | Not Offered |
| Tier 6 | Select Care | \$5.00 | \$0.00 |

Retail Preferred Copayments/Coinsurance for members of **Alignment Health Plan AllCare Preferred Plan 011 (HMO)** in Stanislaus County:

| Tier | Description | Copayment/Coinsurance | |
|--------|---------------------|-----------------------|-------------------|
| | | 30 day supply | 90-100 day supply |
| Tier 1 | Preferred Generic | \$5.00 | \$15.00 |
| Tier 2 | Generic | \$10.00 | \$30.00 |
| Tier 3 | Preferred Brand | \$40.00 | \$120.00 |
| Tier 4 | Non-Preferred Brand | \$93.00 | \$279.00 |
| Tier 5 | Specialty | 33% coinsurance | Not Offered |
| Tier 6 | Select Care | \$5.00 | \$0.00 |

Retail Preferred Copayments/Coinsurance for members of **Alignment Health Plan smartHMO 013 (HMO)** in Los Angeles County:

| Tier | Description | Copayment/Coinsurance | |
|--------|---------------------|-----------------------|-------------------|
| | | 30 day supply | 90-100 day supply |
| Tier 1 | Preferred Generic | \$5.00 | \$15.00 |
| Tier 2 | Generic | \$10.00 | \$30.00 |
| Tier 3 | Preferred Brand | \$30.00 | \$90.00 |
| Tier 4 | Non-Preferred Brand | \$75.00 | \$225.00 |
| Tier 5 | Specialty | 33% coinsurance | Not Offered |
| Tier 6 | Select Care | \$5.00 | \$0.00 |

Retail Preferred Copayments/Coinsurance for members of **Alignment Health Plan Platinum 015 (HMO)** in Riverside and San Bernardino Counties:

| Tier | Description | Copayment/Coinsurance | |
|--------|---------------------|-----------------------|-------------------|
| | | 30 day supply | 90-100 day supply |
| Tier 1 | Preferred Generic | \$1.00 | \$3.00 |
| Tier 2 | Generic | \$5.00 | \$15.00 |
| Tier 3 | Preferred Brand | \$30.00 | \$90.00 |
| Tier 4 | Non-Preferred Brand | \$75.00 | \$225.00 |
| Tier 5 | Specialty | 33% coinsurance | Not Offered |
| Tier 6 | Select Care | \$3.00 | \$0.00 |

Retail Preferred Copayments/Coinsurance for members of **Alignment Health Plan Platinum 016 (HMO)** in San Diego County:

| Tier | Description | Copayment/Coinsurance | |
|--------|---------------------|-----------------------|-------------------|
| | | 30 day supply | 90-100 day supply |
| Tier 1 | Preferred Generic | \$0.00 | \$0.00 |
| Tier 2 | Generic | \$3.00 | \$9.00 |
| Tier 3 | Preferred Brand | \$30.00 | \$90.00 |
| Tier 4 | Non-Preferred Brand | \$75.00 | \$225.00 |
| Tier 5 | Specialty | 33% coinsurance | Not Offered |
| Tier 6 | Select Care | \$5.00 | \$0.00 |

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

Nota para quienes ya son miembros: Este formulario es diferente del formulario del año pasado. Revise este documento para asegurarse de que todavía incluye los medicamentos que usted toma.

Cuando esta lista de medicamentos (formulario) se refiere a “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa Alignment Health Plan. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa Alignment Health Plan.

Este documento incluye una lista de medicamentos (formulario) para nuestro plan, que se actualizó en 1° de Febrero de 2019. Para obtener un formulario actualizado, por favor comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto y la fecha de la última actualización aparecen en la portada y la contraportada del formulario.

Generalmente, usted debe usar las farmacias de la red para obtener el beneficio de los medicamentos recetados. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias, y/o los copagos/ el coseguro pueden cambiar el 1° de enero de 2019 y periódicamente durante el año.

Alignment Health Plan es un plan HMO y un plan HMO de necesidades especiales (SNP, por sus siglas en inglés) con un contrato de Medicare. La inscripción en Alignment Health Plan depende de la renovación del contrato. El formulario puede cambiar en cualquier momento. Usted recibirá una notificación cuando sea necesario. Por favor llame al Departamento de Membresía al 1-877-399-2247, TTY: 711, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1° de Octubre hasta el 31 de Marzo, y de lunes a viernes (excepto los feriados) desde el 1° de Abril hasta el 30 de Septiembre.

Alignment Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. El Plan de Salud de Alineación no excluye a las personas o las trata de manera diferente debido a raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-634-2247 (TTY 711); ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-399-2247 (TTY 711). 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-866-634-2247 TTY 711)。

¿QUÉ ES EL FORMULARIO DE ALIGNMENT HEALTH PLAN?

Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por Alignment Health Plan junto con un equipo de proveedores de atención médica, que componen las terapias recetadas que se consideran parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Alignment Health Plan generalmente cubre los medicamentos que se encuentran en nuestro formulario, siempre que tal medicamento sea médicamente necesario, que la receta médica se presente en una farmacia de la red de Alignment Health Plan, y se sigan otras reglas del plan. Para obtener más información sobre cómo surtir sus recetas, consulte su Evidencia de Cobertura.

¿PUEDE CAMBIAR EL FORMULARIO (LA LISTA DE MEDICAMENTOS)?

Generalmente, si toma un medicamento de nuestro formulario del año 2019 que estaba cubierto al inicio del año, no vamos a discontinuar ni reducir la cobertura del medicamento durante la cobertura del año 2019, a menos que esté disponible un nuevo medicamento genérico más económico, cuando hay nueva información sobre la seguridad o efectividad de un medicamento o se retira el medicamento del mercado. (consulte lo siguiente para obtener más información sobre los cambios que afectan a los miembros que actualmente toman el medicamento.) Otros tipos de cambios al formulario, como la eliminación de un medicamento de nuestro formulario, no afectarán a los miembros que actualmente toman el medicamento. Éste seguirá disponible al mismo costo compartido para esos miembros que lo toman durante el resto del año de cobertura.

A continuación se indican los cambios en la lista de medicamentos que también afectarán a los miembros que actualmente toman un medicamento:

- **Nuevos medicamentos genéricos.**
Podemos inmediatamente eliminar un medicamento de marca en nuestra lista de medicamentos si la estamos reemplazando con un nuevo medicamento genérico que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o menos y con las mismas o menos restricciones. También, al agregar un nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra lista de medicamentos, pero inmediatamente moverlo a un nivel de costos compartidos diferente o añadir nuevas restricciones. Si usted actualmente está tomando ese medicamento de marca, puede ser que no le digamos por adelantado antes de que hagamos ese cambio, pero le proporcionaremos más información sobre el cambio(s) específico que hemos hecho.
 - Si hacemos tal cambio, usted o su prescriptor nos puede pedir que hagamos una excepción para continuar cubriendo el medicamento de marca para usted. El aviso que le proporcionamos también incluirá información sobre los pasos que puede tomar para solicitar una excepción, y también puede encontrar información en la sección siguiente titulada “¿CÓMO SOLICITAR UNA EXCEPCIÓN AL FORMULARIO DE ALIGNMENT HEALTH PLAN?”
- **Medicamentos retirados del mercado.**
Si la Administración de Drogas y Alimentos considera un medicamento en nuestro formulario sea inseguro o el fabricante del medicamento elimina el medicamento del mercado, vamos a retirar inmediatamente

el medicamento de nuestro formulario y dar aviso a los miembros que toman el medicamento.

- **Otros cambios.** Podemos hacer otros cambios que afectan a miembros actualmente tomando un medicamento. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado para sustituir un medicamento de marca actualmente en el formulario o agregar nuevas restricciones para el medicamento de marca o moverlo a otro nivel de costo compartido, o podemos hacer cambios basados en nuevas guías clínicas. Si eliminamos el medicamento de nuestro formulario, añadimos autorización previa, límites de cantidad, y/o restricciones de terapia escalonada a un medicamento, o trasladamos un medicamento a un nivel de costo compartido más alto, debemos notificar a los miembros afectados del cambio por lo menos 30 días antes de que el cambio sea efectivo, o cuando el miembro solicite rellenar un medicamento, en el cual el miembro recibirá un suministro de 30 días de el medicamento.

Este formulario está vigente a partir del 1 de Enero de 2019. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por Alignment Health Plan, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en la portada y contraportada.

¿CÓMO SE UTILIZA EL FORMULARIO?

Hay dos maneras de encontrar su medicamento dentro del formulario:

Condición Médica

El formulario comienza en la página 1. Los medicamentos de este formulario están

agrupados en categorías según el tipo de enfermedad o condición médica para la que se utilizan. Por ejemplo, los medicamentos que se usan para tratar una condición cardíaca aparecen bajo la categoría “Agentes Cardiovasculares”. Si sabe para qué usa su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página 1. Luego busque su medicamento bajo el nombre de la categoría.

Listado Alfabético

Si no está seguro en qué categoría buscar, debe buscar su medicamento en el Índice que comienza en la página 97. El Índice proporciona una lista en orden alfabético de todos los medicamentos incluidos en este documento. Tanto los medicamentos de marca como los genéricos aparecen en el índice. Para localizar su medicamento busque en el Índice. Junto al medicamento, usted verá el número de página en el que puede buscar 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 MEDICAMENTOS GENÉRICOS?

Alignment Health Plan cubre tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Un medicamento genérico está aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA por sus siglas en inglés) por tener el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Generalmente, los medicamentos genéricos cuestan menos que los de marca.

¿EXISTEN ALGUNAS RESTRICCIONES EN MI COBERTURA?

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

- **Autorización Previa:** Alignment Health Plan requiere que usted o su médico obtengan una autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que necesitará la aprobación de Alignment Health Plan antes de surtir sus recetas médicas. Si no obtiene la aprobación, Alignment Health Plan probablemente niegue la cobertura del medicamento.
- **Límites de Cantidad:** Para ciertos medicamentos, Alignment Health Plan limita la cantidad del medicamento que cubre Alignment Health Plan. Por ejemplo, Alignment Health Plan proporciona 30 tabletas por receta para alfuzosin ER. Esto puede ser aparte de un suministro estándar de un mes o tres meses.
- **Terapia Escalonada:** En algunos casos, Alignment Health Plan requiere que primero pruebe con ciertos medicamentos para tratar su condición médica antes de cubrir otro medicamento para dicha condición. Por ejemplo, si un Medicamento A y un Medicamento B tratan la misma condición médica, Alignment Health Plan probablemente niegue la cobertura del medicamento B a menos que pruebe antes el Medicamento A. Si el Medicamento A no le da resultado, Alignment Health Plan cubrirá entonces el Medicamento B.

Para averiguar si su medicamento tiene algún requisito o límite adicional, busque en el formulario que comienza en la página 1. Además, puede obtener más información acerca de las restricciones aplicadas a medicamentos cubiertos específicos, visitando nuestro sitio web. Hemos puesto en línea unos documentos que explican nuestras restricciones de autorización y de terapia escalonada. También puede solicitar que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto y la fecha de la última actualización aparecen en la portada y la contraportada del formulario.

Podrá solicitar a Alignment Health Plan que realice una excepción a estas restricciones o límites, o puede pedir una lista de medicamentos similares que pueden tratar su condición médica. Consulte la sección, “¿Cómo solicitar una excepción al formulario de Alignment Health Plan?” en la página XVII para obtener información acerca de cómo solicitar una excepción.

¿QUÉ OCURRE SI MI MEDICAMENTO NO SE ENCUENTRA EN EL FORMULARIO?

Si su medicamento no está incluido en el formulario (lista de medicamentos cubiertos), primero debe comunicarse con el Departamento de Membresía y preguntar si su medicamento está cubierto.

Una vez que confirma que Alignment Health Plan no cubre su medicamento, tiene dos opciones:

- Puede pedirle al Departamento de Membresía una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por

Alignment Health Plan. Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete algún medicamento similar que esté cubierto por Alignment Health Plan.

- Puede solicitar a Alignment Health Plan que realice una excepción y cubra su medicamento. Lea a continuación para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿CÓMO SOLICITAR UNA EXCEPCIÓN AL FORMULARIO DE ALIGNMENT HEALTH PLAN?

Puede solicitar a Alignment Health Plan que realice una excepción a nuestras reglas de cobertura. Existen diversas clases de excepciones que puede solicitar.

- Puede solicitar que cubramos su medicamento aunque no esté en nuestro formulario. Si se aprueba, este medicamento estará cubierto a un nivel de costo compartido predeterminado y usted no podrá solicitarnos el medicamento a un nivel de costo compartido menor.
- Puede solicitarnos que cubramos un medicamento del formulario a un nivel de costo compartido menor si el medicamento no está en el nivel de medicamentos especializados. Si se aprueba, esto reducirá la cantidad que paga por su medicamento.
- Puede solicitarnos que anulemos las restricciones y límites de cobertura para su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, Alignment Health Plan limita la cantidad del medicamento que cubrirá. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede solicitar que anulemos el límite y cubramos una cantidad mayor.

En general, Alignment Health Plan sólo aprobará su solicitud de excepción si los medicamentos alternativos que están incluidos en el formulario del plan, el medicamento de menor costo compartido o las restricciones adicionales de uso no fueran tan efectivos para tratar su condición y/o le provocaran efectos adversos para la salud.

Debe comunicarse con nosotros para que tomemos una decisión inicial de cobertura para una excepción al formulario, al nivel de cobertura o a una restricción de utilización. **Cuando solicite un formulario, nivel de medicamento o una excepción de restricción de utilización, debe enviar una declaración de la persona que emite la receta o de su médico para justificar su petición.** Generalmente, debemos tomar nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas tras haber recibido la declaración de respaldo de la persona que emite la receta. Puede solicitar una excepción expeditiva (rápida) si usted o su médico consideran que su salud podría verse gravemente afectada si espera una decisión durante 72 horas. Si se otorga su excepción rápida, debemos comunicarle una decisión antes de 24 horas tras recibir la declaración de respaldo de la persona que emite la receta o del médico.

¿QUÉ DEBO HACER ANTES DE HABLAR CON MI MÉDICO ACERCA DE CAMBIAR MIS MEDICAMENTOS O SOLICITAR UNA EXCEPCIÓN?

Como miembro nuevo o ya existente de nuestro plan puede que esté tomando medicamentos que no formen parte de nuestro formulario. O bien, puede que esté tomando un medicamento que forma parte de nuestro formulario pero que la capacidad para obtenerlo sea limitada. Por ejemplo, quizá necesite nuestra autorización previa antes de poder surtir su receta. Debe hablar

con su médico para decidir si debe cambiarlo por un medicamento adecuado que esté cubierto o solicitar una excepción al formulario para que cubramos el medicamento que usted toma. Mientras habla con su médico para determinar el curso correcto para su caso, probablemente cubramos su medicamento en ciertos casos durante los primeros 90 días como miembro de nuestro plan.

Para cada uno de sus medicamentos que no aparezca en nuestro formulario o si su capacidad para obtener sus medicamentos es limitada, cubriremos un suministro temporal para 30 días. Si su prescripción está escrita por menos días, le permitiremos que rellene su medicamento para un suministro máximo de 30 días. Después de su primer suministro de 30 días, no pagaremos por estos medicamentos, aunque ha sido miembro del plan menos de 90 días.

Si usted es un residente de un centro de cuidado a largo plazo y necesita un medicamento que no está en nuestro formulario o si su capacidad para obtener sus medicamentos es limitada, pero usted ha pasado los primeros 90 días de membresía en nuestro plan, vamos a cubrir un suministro de emergencia de 31 días de ese medicamento mientras usted que usted obtenga una excepción de formulario.

Es posible que existan cambios que lo lleven de un ambiente de tratamiento a otro. Puede que durante este periodo de cambio en la atención le receten medicamentos que no están cubiertos por su plan. Si ello ocurre, usted y su médico deben utilizar los procesos de su plan para solicitar excepciones y apelaciones. Sin embargo, cuando se le admite en un centro de atención a largo plazo o es dado de alta de uno, es posible que no tenga acceso a los medicamentos que le estaban dando. Usted puede conseguir una reposición del medicamento durante el proceso de admisión o cuando le dan de alta para evitar una interrupción en la cobertura.

PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN

Para obtener información más detallada sobre la cobertura de medicamentos recetados de Alignment Health Plan, consulte la Evidencia de Cobertura y demás materiales del plan.

Si tiene preguntas acerca de Alignment Health Plan, llámenos. Nuestra información de contacto y la fecha de la última actualización aparecen en la portada y la contraportada del formulario.

Si tiene preguntas generales acerca de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, por favor llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O, visite <http://www.medicare.gov>.

EL FORMULARIO DE ALIGNMENT HEALTH PLAN

El formulario que comienza en la página 1 proporciona información de cobertura acerca de los medicamentos que cubre Alignment Health Plan. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, vaya al Índice que comienza en la página 97.

La primera columna de la tabla menciona el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca se escriben con mayúsculas (por ejemplo, HUMULIN) y los medicamentos genéricos, con minúscula y en cursiva (por ejemplo, *atorvastatin*).

La información en la columna Requisitos/Límites le indica si Alignment Health Plan tiene algún requisito especial para cubrir su medicamento.

A continuación se presenta información adicional para ayudarle a comprender el formulario.

CLAVE DE ABREVIATURAS DE DOSIS DEL FORMULARIO 2019

| | |
|---|---|
| act | activación |
| ad | adsorbido |
| aepb | ampolla en polvo de aerosol |
| aer, aero | aerosol |
| app | aplicador |
| ba, breath act, breath activ | activado por la respiración |
| bau | unidades bioequivalentes de alergia |
| cap, caps | capsulas |
| cart | cartuchos |
| chew tab | tabletas masticables |
| conc | concentrado |
| conj | conjugado |
| crys | crisales |
| deter | disuasivo |
| disint | desintegrante |
| dr | liberación retardada |
| ec | recubrimiento entérico |
| el, elu | ensayo por inmunosorbente ligado a enzimas |
| er, ext, extend-release, extended, extended rel | liberación prolongada |
| ext | extraer |
| gm | gramo |
| gu | genitourinario |
| hr | hora |
| ig | inmunoglobulina |
| im | intramuscular |
| inh, inhal | inhalación |
| inj | inyección |
| ir | índice de reactividad |
| iv | intravenoso |
| l | litro |
| lf, lfu | unidades de floculación |

| | |
|----------------------|---|
| liq, liqd | liquido |
| mcg | microgramo |
| meq | miliequivalente |
| mg | miligramo |
| ml | mililitro |
| mu | millón de unidades |
| nebu | nebulas |
| orally disintegr tab | tabletas que se desintegran en la boca |
| oin, oint | ungüento |
| op, ophth | oftálmico |
| osm | osmótico |
| pak | paquete |
| pf | sin conservantes |
| pfu | unidades formadoras de placa |
| pow, powd | polvo |
| pref, prefill | prellenado |
| pttw | parche dos veces por semana |
| ptwk | parche semanal |
| recomb | recombinante |
| refrig | refrigerar |
| sl | sublingual |
| sol, soln | solución |
| sqcm | centímetro cuadrado |
| supp, suppos | supositorios |
| sus, susp | suspensión |
| syr | jeringa |
| tab, tabs | tabletas |
| td | transdormico |
| tl | translingual |
| unt | unidad |
| va | vaginal |
| vac | vacuna |

ALIGNMENT NIVEL 6 Y SIMBOLOGÍA

| |
|--|
| 1 = Medicamentos genéricos preferidos |
| 2 = Medicamentos genéricos |
| 3 = Medicamentos de marca preferidos |
| 4 = Medicamentos de marca no preferidos |
| 5 = Medicamentos especializados |
| 6 = Medicamentos de atención selecta |
| BD = Medicamentos que pueden estar cubiertos bajo la Parte B o Parte D de Medicare dependiendo de la circunstancia. Estos medicamentos requieren una autorización previa para determinar la cobertura bajo la Parte B o Parte D. Se puede necesitar proporcionar información que describa el uso o el lugar donde el medicamento es recibido para determinar la cobertura. |
| PA = Autorización Previa |
| QL = Límites de Cantidad |
| ST = Terapia Escalonada |
| * = Medicamento de Distribución Limitada. Esta prescripción puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para obtener más información, consulte su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Membresía al 1-877-399-2247, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1° de Octubre hasta el 14 de Febrero, y de lunes a viernes (excepto los feriados) desde el 15 de Febrero hasta el 30 de Septiembre, o visite alignmenthealthplan.com . Los usuarios de TTY deben llamar al 711. |
| # = Medicamento de Alto Riesgo (HRM, por sus siglas en inglés). Medicamento que puede ser inseguro para pacientes mayores de 65 años de edad. Nuestro formulario incluye la cobertura de algunos de estos medicamentos, pero se pueden encontrar alternativas en los niveles de costo compartido menor. Por favor, consulte con su médico para averiguar si hay alternativas a estos medicamentos que podrían ser apropiadas para que usted las use. |
| ^ = Proporcionamos cobertura adicional de este medicamento recetado durante el periodo sin cobertura. Por favor revise nuestra Evidencia de Cobertura para obtener más información acerca de esta cobertura. Ciertas exclusiones se aplican. La cobertura durante el periodo sin cobertura de los medicamentos está excluida de CalPlus (HMO), paquete de beneficios 009. La cobertura durante el periodo sin cobertura de los medicamentos en el nivel 1 está excluida de Alignment Health Plan My Choice (HMO): paquete de beneficios 006 y 007 , y Alignment Health Plan AllCare Preferred Plan (HMO) paquete de beneficios 011. La cobertura durante el periodo sin cobertura de los medicamentos en el nivel 2 está excluida de todos los planes, con la excepción de Platinum (HMO), paquete de beneficios 008. |

Copago/Coseguro de farmacia preferida para miembros de **Alignment Health Plan My Choice 001 (HMO)** en los condados de Los Angeles, Orange, Riverside y San Bernardino:

| Nivel | Descripción | Copago/Coseguro | |
|---------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------|
| | | Suministro de 30 Días | Suministro de 90-100 Días |
| Nivel 1 | Medicamentos genéricos preferidos | \$1.00 | \$3.00 |
| Nivel 2 | Medicamentos genéricos | \$5.00 | \$15.00 |
| Nivel 3 | Medicamentos de marca preferidos | \$30.00 | \$90.00 |
| Nivel 4 | Medicamentos de marca no preferidos | \$75.00 | \$225.00 |
| Nivel 5 | Medicamentos especializados | 33% Coseguro | No se Ofrece |
| Nivel 6 | Medicamentos de atención selecta | \$3.00 | \$0.00 |

Copago/Coseguro de farmacia preferida para miembros de **Alignment Health Plan My Choice Plan 006 (HMO)** en los condados de San Joaquin y Stanislaus:

| Nivel | Descripción | Copago/Coseguro | |
|---------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------|
| | | Suministro de 30 Días | Suministro de 90-100 Días |
| Nivel 1 | Medicamentos genéricos preferidos | \$5.00 | \$15.00 |
| Nivel 2 | Medicamentos genéricos | \$10.00 | \$30.00 |
| Nivel 3 | Medicamentos de marca preferidos | \$40.00 | \$120.00 |
| Nivel 4 | Medicamentos de marca no preferidos | \$93.00 | \$279.00 |
| Nivel 5 | Medicamentos especializados | 33% Coseguro | No se Ofrece |
| Nivel 6 | Medicamentos de atención selecta | \$5.00 | \$0.00 |

Copago/Coseguro de farmacia preferida para miembros de **Alignment Health Plan My Choice Plan 007 (HMO)** en el condado de Santa Clara:

| Nivel | Descripción | Copago/Coseguro | |
|---------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------|
| | | Suministro de 30 Días | Suministro de 90-100 Días |
| Nivel 1 | Medicamentos genéricos preferidos | \$0.00 | \$0.00 |
| Nivel 2 | Medicamentos genéricos | \$5.00 | \$15.00 |
| Nivel 3 | Medicamentos de marca preferidos | \$40.00 | \$120.00 |
| Nivel 4 | Medicamentos de marca no preferidos | \$100.00 | \$300.00 |
| Nivel 5 | Medicamentos especializados | 33% Coseguro | No se Ofrece |
| Nivel 6 | Medicamentos de atención selecta | \$5.00 | \$0.00 |

Copago/Coseguro de farmacia preferida para miembros de **Alignment Health Plan Platinum 008 (HMO)** en los condados de Los Angeles y Orange:

| Nivel | Descripción | Copago/Coseguro | |
|---------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------|
| | | Suministro de 30 Días | Suministro de 90-100 Días |
| Nivel 1 | Medicamentos genéricos preferidos | \$0.00 | \$0.00 |
| Nivel 2 | Medicamentos genéricos | \$3.00 | \$9.00 |
| Nivel 3 | Medicamentos de marca preferidos | \$30.00 | \$90.00 |
| Nivel 4 | Medicamentos de marca no preferidos | \$75.00 | \$225.00 |
| Nivel 5 | Medicamentos especializados | 33% Coseguro | No se Ofrece |
| Nivel 6 | Medicamentos de atención selecta | \$5.00 | \$0.00 |

Copago/Coseguro de farmacia preferida para miembros de **Alignment Health Plan CalPlus 009 (HMO)** en los condados de Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino, San Joaquin, Santa Clara, Stanislaus y San Diego:

| Nivel | Descripción | Copago/Coseguro | |
|---------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------|
| | | Suministro de 30 Días | Suministro de 90-100 Días |
| Nivel 1 | Medicamentos genéricos preferidos | \$5.00 | \$15.00 |
| Nivel 2 | Medicamentos genéricos | \$10.00 | \$30.00 |
| Nivel 3 | Medicamentos de marca preferidos | 25% Coseguro | 25% Coseguro |
| Nivel 4 | Medicamentos de marca no preferidos | 25% Coseguro | 25% Coseguro |
| Nivel 5 | Medicamentos especializados | 25% Coseguro | No se Ofrece |
| Nivel 6 | Medicamentos de atención selecta | \$5.00 | \$0.00 |

Copago/Coseguro de farmacia preferida para miembros de **Alignment Health Plan Heart & Diabetes 010 (HMO SNP)** en los condados de Los Angeles y Orange:

| Nivel | Descripción | Copago/Coseguro | |
|---------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------|
| | | Suministro de 30 Días | Suministro de 90-100 Días |
| Nivel 1 | Medicamentos genéricos preferidos | \$0.00 | \$0.00 |
| Nivel 2 | Medicamentos genéricos | \$5.00 | \$15.00 |
| Nivel 3 | Medicamentos de marca preferidos | \$30.00 | \$90.00 |
| Nivel 4 | Medicamentos de marca no preferidos | \$75.00 | \$225.00 |
| Nivel 5 | Medicamentos especializados | 33% Coseguro | No se Ofrece |
| Nivel 6 | Medicamentos de atención selecta | \$5.00 | \$0.00 |

Copago/Coseguro de farmacia preferida para miembros de **Alignment Health Plan AllCare Preferred Plan 011 (HMO)** en el condado de Stanislaus:

| Nivel | Descripción | Copago/Coseguro | |
|---------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------|
| | | Suministro de 30 Días | Suministro de 90-100 Días |
| Nivel 1 | Medicamentos genéricos preferidos | \$5.00 | \$15.00 |
| Nivel 2 | Medicamentos genéricos | \$10.00 | \$30.00 |
| Nivel 3 | Medicamentos de marca preferidos | \$40.00 | \$120.00 |
| Nivel 4 | Medicamentos de marca no preferidos | \$93.00 | \$279.00 |
| Nivel 5 | Medicamentos especializados | 33% Coseguro | No se Ofrece |
| Nivel 6 | Medicamentos de atención selecta | \$5.00 | \$0.00 |

Copago/Coseguro de farmacia preferida para miembros de **Alignment Health Plan smartHMO 013 (HMO)** en el condado de Los Angeles:

| Nivel | Descripción | Copago/Coseguro | |
|---------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------|
| | | Suministro de 30 Días | Suministro de 90-100 Días |
| Nivel 1 | Medicamentos genéricos preferidos | \$5.00 | \$15.00 |
| Nivel 2 | Medicamentos genéricos | \$10.00 | \$30.00 |
| Nivel 3 | Medicamentos de marca preferidos | \$30.00 | \$90.00 |
| Nivel 4 | Medicamentos de marca no preferidos | \$75.00 | \$225.00 |
| Nivel 5 | Medicamentos especializados | 33% Coseguro | No se Ofrece |
| Nivel 6 | Medicamentos de atención selecta | \$5.00 | \$0.00 |

Copago/Coseguro de farmacia preferida para miembros de **Alignment Health Plan Platinum 015 (HMO)** en los condados de Riverside y San Bernardino:

| Nivel | Descripción | Copago/Coseguro | |
|---------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------|
| | | Suministro de 30 Días | Suministro de 90-100 Días |
| Nivel 1 | Medicamentos genéricos preferidos | \$1.00 | \$3.00 |
| Nivel 2 | Medicamentos genéricos | \$5.00 | \$15.00 |
| Nivel 3 | Medicamentos de marca preferidos | \$30.00 | \$90.00 |
| Nivel 4 | Medicamentos de marca no preferidos | \$75.00 | \$225.00 |
| Nivel 5 | Medicamentos especializados | 33% Coseguro | No se Ofrece |
| Nivel 6 | Medicamentos de atención selecta | \$3.00 | \$0.00 |

Copago/Coseguro de farmacia preferida para miembros de **Alignment Health Plan Platinum 016 (HMO)** en el condado de San Diego:

| Nivel | Descripción | Copago/Coseguro | |
|---------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------|
| | | Suministro de 30 Días | Suministro de 90-100 Días |
| Nivel 1 | Medicamentos genéricos preferidos | \$0.00 | \$0.00 |
| Nivel 2 | Medicamentos genéricos | \$3.00 | \$9.00 |
| Nivel 3 | Medicamentos de marca preferidos | \$30.00 | \$90.00 |
| Nivel 4 | Medicamentos de marca no preferidos | \$75.00 | \$225.00 |
| Nivel 5 | Medicamentos especializados | 33% Coseguro | No se Ofrece |
| Nivel 6 | Medicamentos de atención selecta | \$5.00 | \$0.00 |

DISCRIMINATION IS AGAINST THE LAW

Alignment Health Plan complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Alignment Health Plan does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Alignment Health Plan:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - o Qualified sign language interpreters
 - o Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - o Qualified interpreters
 - o Information written in other languages

If you need these services, contact 1-866-634-2247

If you believe that Alignment Health Plan has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with:

Compliance and Regulatory Affairs
1100 W. Town and Country Rd, Suite 1600
Orange, CA 92868
Phone: 1-844-215-2444, (TTY: 711)
Fax: 562-207-4621
Email: Compliance@ahcusa.com

You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, Compliance and Regulatory Affairs is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW.
Room 509F, HHH Building,
Washington, DC 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

Alignment Health Plan is an HMO and an HMO SNP plan with a Medicare contract. Enrollment in Alignment Health Plan depends on contract renewal.

DISCRIMINACIÓN ES CONTRARIA A LA LEY

Alignment Health Plan cumple con todas las leyes de derechos civiles vigentes y no discrimina en función de la raza, el color, la nacionalidad, la edad, la discapacidad o el sexo. Alignment Health Plan no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Alignment Health Plan:

- Proporciona ayudas y servicios gratuitos a las personas con discapacidad para que se comuniquen eficazmente con nosotros, tales como:
 - o Intérpretes calificados del lenguaje de señas
 - o Información escrita en otros formatos (impresión en fuentes grandes, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios gratuitos de idiomas a personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como:
 - o Intérpretes calificados
 - o Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame al 1-877-399-2247

Si usted cree que Alignment Health Plan no le ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado de otra manera en función de su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante:

Compliance and Regulatory Affairs

1100 W. Town and Country Rd, Suite 1600

Orange, CA 92868

Teléfono: 1-844-215-2444, (TTY: 711) Fax: 562-207-4621

Correo electrónico: Compliance@ahcusa.com

Puede presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el departamento de Cumplimiento y Asuntos Regulatorios está disponible para ayudarle.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles por vía electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono en:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue SW.

Room 509F, HHH Building,

Washington, DC 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

Alignment Health Plan es un plan HMO y un plan de necesidades especiales (SNP, por sus siglas en inglés) de la HMO con un contrato de Medicare. La inscripción en Alignment Health Plan depende de la renovación del contrato.

H3815_IR18238SP_C

Revised: 10/18/2018

English: ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-634-2247 (TTY: 711).

繁體中文 (Chinese): 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-866-634-2247 (TTY: 711)。

Հայերեն (Armenian): ՈւՆԱՆՈՒՄԻՆՈՒՅՑՈՒՄ: Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Չանզանահարեք 1-866-634-2247 (TTY (հեռատիպ)՝ 711):

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi): ਿਧਆਨ ਿਦਓ: ਜੇ ਤੁਸ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਿਵੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-866-634-2247 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ខ្មែរ (Cambodian, Mon-Khmer):

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អិត គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-866-634-2247 (TTY: 711) ។

Hmoob (Hmong): LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-866-634-2247 (TTY: 711).

हिंदी (Hindi): ध्यान द : यदि आप हिंदी बोलते ह तो आपके िलए मुफ्त म भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध ह। 1-866-634-2247 (TTY: 711) पर कॉल कर ।

ภาษาไทย (Thai): เรียน: ถาคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-866-634-2247 (TTY: 711)

Tagalog (Tagalog – Filipino): PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-866-634-2247 (TTY: 711).

Tiếng Việt (Vietnamese): CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-866-634-2247 (TTY: 711).

한국어 (Korean): 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-866-634-2247 (TTY: 711). 번으로 전화해 주십시오.

Русский (Russian): ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-866-634-2247 (TTY: 711).

Arabic :

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل - 1-866-634-2247 :هاتف الصم والبكم - (TTY: 711) برقم 1

日本語 (Japanese):

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-866-634-2247 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

Farsi : امش یارب ناگیار ترو صرب یزابز تالی هسرت ،دی نکی یم وگت فنگ یسراف نابز هب 1-866-634-2247 (TTY: 711). دی ری گب سامت اب . دشاب یم مهارف.

This formulary was updated on February 1, 2019. For more recent information or other questions, please contact Alignment Health Plan Member Services at 1-866-634-2247 or, for TTY users, 711, 8:00 a.m. to 8:00 p.m., seven days a week (except Thanksgiving and Christmas) from October 1 through March 31, and Monday to Friday (except holidays) from April 1 through September 30, or visit alignmenthealthplan.com.

Este formulario de medicamentos se actualizó el 1° de Febrero de 2019. Para obtener información más reciente o si tiene preguntas, por favor llame al Departamento de Membresía de Alignment Health Plan, al 1-877-399-2247 o, para los usuarios de TTY: 711, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1° de Octubre hasta el 31 de Marzo, y de lunes a viernes (excepto los feriados) desde el 1° de Abril hasta el 30 de Septiembre, o visite alignmenthealthplan.com.