

Información del formulario Preámbulo D-SNP HMO de 2026

Memorial Hermann Dual *Advantage* (HMO D-SNP)

Información del formulario

Preámbulo de 2026

**LEA LO SIGUIENTE: ESTE DOCUMENTO CONTIENE
INFORMACIÓN ACERCA DE LOS MEDICAMENTOS QUE
CUBRIMOS EN ESTE PLAN**

HPMS Envío de archivo de formulario aprobado ID: 00026244 Versión: 8

Este formulario se actualizó el 10/1/2025. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con Capital Rx Servicios para los clientes al (888) 227-7940 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año, o visite <https://healthplan.memorialhermann.org/medicare-advantage>.

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas - Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted. Llame a Servicios para miembros para obtener más información.

Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina - No pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido se encuentre.

Nota para los miembros actuales: Este Formulario ha cambiado con respecto al año pasado. Revise este documento para asegurarse de que aún contiene los medicamentos que toma.

Cuando esta Lista de medicamentos (Formulario) menciona “nosotros”, “nos” o “nuestro”, hace referencia a Memorial Hermann Dual *Advantage* HMO D-SNP. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Memorial Hermann Dual *Advantage* HMO D-SNP.

Este documento incluye una Lista de medicamentos (Formulario) de nuestro plan, que está vigente a partir del 10/1/2025. Lista de medicamentos (Formulario) actualizada, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización de la Lista de medicamentos (Formulario), aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

Generalmente, debe concurrir a las farmacias de la red para usar el beneficio de medicamentos con receta. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias los copagos y el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2026 y periódicamente durante el año.

¿Qué es el Formulario de Memorial Hermann Dual *Advantage* HMO D-SNP?

En este documento, los términos Lista de medicamentos y Formulario significan lo mismo. Un Formulario es una Lista de medicamentos cubiertos seleccionados por Memorial Hermann Dual *Advantage* HMO D-SNP con la colaboración de un equipo de proveedores de atención médica, que representa los tratamientos con receta que se consideran una parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Normalmente, Memorial Hermann Dual *Advantage* HMO D-SNP cubrirá los medicamentos incluidos en el formulario, siempre que el medicamento sea médicamente necesario, el medicamento con receta se obtenga en una farmacia de la red de Memorial Hermann Dual *Advantage* HMO D-SNP y se cumpla con otras normas del plan. Para obtener más información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta, consulte la Evidencia de cobertura.

¿El Formulario puede cambiar?

La mayoría de los cambios en la cobertura de los medicamentos ocurre el 1 de enero, pero Memorial Hermann Dual *Advantage* HMO D-SNP podríamos/podría agregar o quitar medicamentos del Formulario durante el año, moverlos a diferentes niveles de costo compartido o agregar nuevas restricciones. Debemos seguir las normas de Medicare al hacer estos cambios. Las actualizaciones del Formulario se publican todos los meses en nuestro sitio web:

<https://healthplan.memorialhermann.org/medicare-advantage/pharmacy-benefits/formulary-information-and-search-tools>.

Cambios que pueden afectarlo este año: En los casos a continuación, usted se verá afectado por los cambios de cobertura durante el año:

Sustitución inmediata de determinadas versiones nuevas de medicamentos de marca y productos biológicos originales. Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de nuestro Formulario si lo reemplazamos con una cierta versión nueva de ese medicamento que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel de costo compartido más bajo y con las mismas restricciones o menos. Cuando agregamos una nueva versión de un medicamento a nuestro Formulario, podemos decidir mantener el medicamento de marca o productos biológicos originales en nuestro Formulario, pero inmediatamente moverlo a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas

restricciones.

Podemos realizar estos cambios inmediatos solo si estamos sumando una nueva versión genérica de un medicamento de marca, o si agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original, que ya estaba en el Formulario (por ejemplo, agregar un biosimilar intercambiable que puede ser sustituido por un producto biológico original por una farmacia sin una receta nueva).

Si actualmente está tomando el medicamento de marca o el producto biológico original, quizás no le informemos con anticipación que realizaremos un cambio inmediato, pero más adelante le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hemos realizado.

Si realizamos un cambio, usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo para usted el medicamento que se cambiará. Para obtener más información, consulte la sección a continuación titulada “¿Cómo puedo solicitar una excepción al Formulario de Memorial Hermann Dual *Advantage* HMO D-SNP?”

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para obtener más información, consulte la sección a continuación titulada “¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?”.

- **Medicamentos retirados del mercado.** Si un fabricante retira un medicamento de la venta o la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) determina que se debe retirar por razones de seguridad o eficacia, podemos eliminar inmediatamente el medicamento de nuestro Formulario y, luego, notificarles a los miembros que toman el medicamento.
- **Otros cambios.** Podemos hacer otros cambios que afectan a los miembros que actualmente toman un medicamento. Por ejemplo, podemos eliminar un medicamento de marca del Formulario cuando agreguemos un equivalente genérico o eliminar un producto biológico original cuando agreguemos un biosimilar. También podemos aplicar nuevas restricciones al medicamento de marca o al producto biológico original, moverlo a un nivel de costo compartido diferente, o ambas. Podemos realizar cambios en función de las nuevas pautas clínicas. Si retiramos medicamentos de nuestro Formulario; agregamos autorizaciones previas, restricciones de límite de cantidad o de tratamiento escalonado sobre un medicamento; o pasamos un medicamento a un nivel de costo compartido más alto, debemos notificar a los miembros afectados por el cambio al menos 30 días antes de que entre en vigencia el cambio. Alternativamente, cuando un miembro solicita un resurtido del medicamento, puede recibir un suministro del

medicamento para un (30)-días y un aviso del cambio.

Si realizamos estos otros cambios, usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción para usted y continuemos la cobertura del medicamento que ha estado tomando. En el aviso que le proporcionamos también se incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y también puede encontrar información en la sección a continuación titulada “¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de Memorial Hermann Dual *Advantage* HMO D-SNP?”.

Cambios que no lo afectarán si actualmente toma el medicamento. En general, si usted toma un medicamento de nuestro Formulario para 2026 que estaba cubierto al comienzo del año, nosotros no discontinuaremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2026, excepto como se describe anteriormente. Esto significa que, por el resto del año de cobertura, estos medicamentos continuarán disponibles al mismo costo compartido y sin nuevas restricciones para aquellos miembros que estén tomándolos. No recibirá un aviso directo este año sobre cambios que no lo afectan. Sin embargo, dichos cambios lo afectarían a partir del 1 de enero del año siguiente, y es importante que verifique el Formulario del nuevo año de beneficios por cualquier cambio en los medicamentos.

El Formulario adjunto entra en vigencia el 10/1/2025. Para recibir información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por Memorial Hermann Dual *Advantage* HMO D-SNP comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en las páginas de la portada y la portada posterior. En caso de que se produzca un cambio en el formulario que no sea de mantenimiento a mitad de año, proporcionaremos los detalles en la Explicación de beneficios de la Parte D de Medicare o a través de correos directos a los miembros. Para revisar y/o imprimir la última lista del formulario durante el año, visite nuestro sitio web en <https://healthplan.memorialhermann.org/medicare-advantage>. Si desea solicitar que se le envíe por correo a su hogar una copia del Anexo al formulario, llame al Servicio de atención al cliente de Servicio al cliente de Capital Rx al (888) 227-7940, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año, o visite <https://healthplan.memorialhermann.org/medicare-advantage>. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

¿Cómo utilizo el Formulario?

Hay dos formas para encontrar su medicamento dentro del formulario:

Afección médica

El Formulario comienza en la página 1. Los medicamentos de este Formulario están agrupados en categorías según el tipo de afección médica para cuyo tratamiento se los emplea. Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar una afección cardíaca se enumeran dentro de la categoría Cardiovascular Agents. Si sabe para qué se utiliza su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que empieza en la página 1. Luego, busque su medicamento debajo del nombre de la categoría.

Listado alfabético

Si no está seguro de qué categoría consultar, debe buscar su medicamento en el Índice que comienza en la página 75. El Índice proporciona una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. En el Índice, están tanto los medicamentos de marca como los genéricos.

Busque en el Índice y encuentre su medicamento. Junto a su medicamento, verá el número de página donde puede encontrar información acerca de la cobertura. Vaya a la página que figura en el Índice y encuentre el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

Memorial Hermann Dual *Advantage* HMO D-SNP cubre tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Un medicamento genérico está aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) dado que se considera que tiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Por lo general, los medicamentos genéricos funcionan igual de bien y, suelen costar menos que los de marca. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca. Normalmente, los medicamentos genéricos pueden sustituir a los medicamentos de marca en la farmacia sin necesidad de obtener una receta nueva, según las leyes estatales.

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

En el Formulario, cuando nos referimos a medicamentos, esto podría significar un medicamento o un producto biológico. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos habituales. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, tienen alternativas que se denominan biosimilares. Por lo general, los biosimilares funcionan tan bien como el producto biológico original y pueden costar menos. Existen alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según las leyes estatales, pueden reemplazar al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituir a medicamentos de marca.

- Para consultar los tipos de medicamentos, consulte la Evidencia de cobertura, Capítulo 5, Sección 3.1, “La ‘Lista de medicamentos’ indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos”.

¿Hay alguna restricción en mi cobertura?

Algunos medicamentos cubiertos pueden tener requisitos o límites adicionales de cobertura. Estos requisitos y límites pueden incluir lo siguiente:

- **Autorización previa:** Memorial Hermann Dual *Advantage* HMO D-SNP exige que usted [o su médico] obtenga una autorización previa para determinados medicamentos. Esto significa que necesitará contar con la aprobación de Memorial Hermann Dual *Advantage* HMO D-SNP antes de obtener sus medicamentos con receta. Si no consigue la autorización, es posible que Memorial Hermann Dual *Advantage* HMO D-SNP no cubra el medicamento.
- **Límites de cantidad:** Para ciertos medicamentos, Memorial Hermann Dual *Advantage* HMO D-SNP limita la cantidad del medicamento que Memorial Hermann Dual *Advantage* HMO D-SNP cubrirá. Por ejemplo, Memorial Hermann Dual *Advantage* HMO D-SNP proporciona 60 tabletas por receta para Losartan 25 MG. Esto puede ser complementario a un suministro estándar para un mes o tres meses.
- **Tratamiento escalonado:** En algunos casos, Memorial Hermann Dual *Advantage* HMO D-SNP requiere que usted primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su afección médica antes de que cubramos otro medicamento para esa enfermedad. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan su afección médica, es posible que Memorial Hermann Dual *Advantage* HMO D-SNP no cubra el medicamento B a menos que usted pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, entonces Memorial Hermann Dual *Advantage* HMO D-SNP cubrirá el medicamento B.

Para averiguar si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales, consulte el Formulario que empieza en la página 1. También puede obtener más información sobre las restricciones que se aplican a medicamentos cubiertos específicos en nuestro sitio web. Hemos publicado en línea documentos para explicar nuestras restricciones de autorización previa y de tratamiento escalonado. También puede solicitarnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

Puede pedirle a Memorial Hermann Dual *Advantage* HMO D-SNP que haga una excepción a estas restricciones o límites, o puede solicitarle una lista de otros medicamentos similares que podrían tratar su afección médica. Consulte la sección “¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de Memorial Hermann Dual *Advantage* HMO D-SNP?” en la página vii para obtener información acerca de cómo solicitar una excepción.

Medicamentos de Venta Libre (OTC)

Este plan no cubre medicamentos de venta libre (OTC). Los medicamentos de venta libre son medicamentos que se pueden comprar sin receta, como analgésicos, remedios para el resfriado y antiácidos. Dado que los medicamentos de venta libre no se consideran medicamentos de la Parte D según las directrices de Medicare, no están incluidos en este formulario y no son elegibles para la cobertura de este plan.

Si tiene preguntas sobre la cobertura, consulte la sección de beneficios de medicamentos de venta libre (OTC) en nuestro sitio web: <http://mhhp.org/medicare-advantage/additional-valued->

benefits/over-the-counter-products o llame a nuestro proveedor de medicamentos de venta libre, Medline, al 833-511-9844 (de lunes a viernes de 7:00 a. m. a 6:00 p. m., hora estándar del centro).

Si el medicamento que toma no está incluido en este Formulario (lista de medicamentos cubiertos), primero debe comunicarse con Servicios para los miembros y preguntar si su medicamento está cubierto.

Si resulta que Memorial Hermann Dual *Advantage* HMO D-SNP no cubre el medicamento que toma, tiene dos alternativas:

- Puede pedir a Servicios para los miembros una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por Memorial Hermann Dual *Advantage* HMO D-SNP. Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por Memorial Hermann Dual *Advantage* HMO D-SNP.
- Puede solicitar que Memorial Hermann Dual *Advantage* HMO D-SNP haga una excepción y cubra su medicamento. Consulte a continuación para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de Memorial Hermann Dual *Advantage* HMO D-SNP?

Puede solicitar a Memorial Hermann Dual *Advantage* HMO D-SNP que haga una excepción a nuestras normas de cobertura. Hay varios tipos de excepciones que puede solicitarnos.

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento, incluso si no está en nuestro Formulario. Si se aprueba, este medicamento estará cubierto a un nivel de costo compartido predeterminado, y usted no podrá pedirnos que le brindemos el medicamento a un nivel de costo compartido menor.
- Puede pedirnos que no apliquemos una restricción de cobertura, incluidos la autorización previa, el tratamiento escalonado o el límite de cantidad de su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, Memorial Hermann Dual *Advantage* HMO D-SNP limita la cantidad del medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede pedirnos que hagamos una excepción al límite y cubramos una cantidad mayor.
- Puede pedirnos que cubramos un medicamento del Formulario a un nivel de costo compartido menor, a menos que el medicamento esté en el nivel de especialidad. Si se aprueba, esto reduciría el monto que usted debe pagar por su medicamento.

Por lo general, Memorial Hermann Dual *Advantage* HMO D-SNP solo aprobará su solicitud de una excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el Formulario del plan, el medicamento con menor costo compartido, o la aplicación de la restricción no fueran tan

efectivos para usted o pudieran causarle efectos adversos.

Usted o la persona autorizada a dar recetas deben comunicarse con nosotros para solicitar una niveles o, excepción al Formulario, incluida una excepción a una restricción de cobertura.

Cuando solicita una excepción, la persona autorizada a dar recetas tendrá que explicar las razones médicas por las que necesita la excepción. Por lo general, debemos tomar una decisión dentro de las 72 horas a partir de la fecha de haber recibido la declaración que respalda su solicitud por parte de la persona autorizada a dar recetas.

Puede pedir una decisión acelerada (rápida) si usted considera, y nosotros estamos de acuerdo, que esperar 72 horas para la toma de la decisión podría perjudicar gravemente su salud. Si aceptamos, o si la persona autorizada a dar recetas pide una decisión rápida, debemos comunicarle nuestra decisión, a más tardar, en un período de 24 horas después de recibir la declaración que respalda su solicitud por parte de la persona autorizada a dar recetas.

¿Qué puedo hacer si mi medicamento no está en el Formulario o si tiene una restricción?

Como miembro nuevo o permanente de nuestro plan, es posible que esté tomando medicamentos que no están incluidos en el formulario. También es posible que esté tomando un medicamento que está en nuestro Formulario, pero que tiene una restricción de cobertura, como la autorización previa. Debe hablar con la persona autorizada a dar recetas para solicitar una decisión de cobertura para demostrar que cumple con los criterios de aprobación, cambiar a un medicamento alternativo que cubramos o solicitar una excepción al Formulario para que cubramos el medicamento que toma. Mientras usted y su médico determinan el procedimiento adecuado para seguir en su caso, podemos cubrir su medicamento, en ciertos casos, durante los primeros 90 días en que usted sea miembro de nuestro plan.

Para cada uno de los medicamentos que no están en nuestro Formulario o que tienen una restricción de cobertura, cubriremos un suministro temporal de 30 días. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos que realice resurtidos del medicamento por un máximo de hasta 30 días. Si no se aprueba la cobertura, después del primer suministro para 30 días, no seguiremos pagando estos medicamentos, incluso si ha sido miembro del plan durante menos de 90 días.

Si es residente de un centro de atención a largo plazo y necesita un medicamento que no está en el Formulario o si su capacidad para conseguir los medicamentos es limitada, pero ya pasaron los primeros 90 días de membresía en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia del medicamento para 31 días mientras solicita la excepción al formulario.

Si es residente de un centro de atención a largo plazo y necesita un medicamento que no está en el Formulario o si su capacidad para conseguir los medicamentos es limitada, pero ya pasaron los primeros 90 días de membresía en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia del medicamento para 31- días mientras solicita la excepción al Formulario.

Como miembro actual de nuestro plan, si tiene una internación cubierta en el hospital o en un centro de enfermería especializada, los medicamentos que obtenga durante su estadía estarán cubiertos por su beneficio médico en lugar de su beneficio de medicamentos recetados de la

Parte D de Medicare. Cuando se le da de alta en su casa o en un centro de atención a largo plazo, muchos de los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios que obtiene en una farmacia pueden estar cubiertos por su cobertura de la Parte D de Medicare. Esta transferencia de un entorno de tratamiento a otro se denomina cambio de nivel de atención. Dado que su cobertura de medicamentos es diferente según el lugar donde obtenga el medicamento, es posible que un medicamento que estaba tomando y que estaba cubierto por su beneficio médico no esté cubierto por la Parte D de Medicare (por ejemplo, vitaminas o medicamentos para la tos). Si esto sucede, tendrá que pagar el precio total de ese medicamento a menos que tenga otra cobertura (por ejemplo, cobertura grupal patrocinada por el empleador).

Si es un miembro actual y un medicamento que está tomando se eliminará del formulario o se restringirá de alguna manera para el próximo año, le informaremos sobre cualquier cambio antes del nuevo año. Puede solicitar una excepción a principios del próximo año (1 de enero) y le daremos una respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud (o la declaración de respaldo de su médico). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigencia.

Para obtener más información

Para obtener información más detallada sobre la cobertura para medicamentos con receta de Memorial Hermann Dual *Advantage* HMO D-SNP, consulte la Evidencia de cobertura y otra documentación del plan.

Si tiene alguna pregunta sobre Memorial Hermann Dual *Advantage* HMO D-SNP, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

Si tiene preguntas generales sobre su cobertura para medicamentos con receta de Medicare, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O visite <http://www.medicare.gov>.

Formulario de Memorial Hermann Dual *Advantage* HMO D-SNP

El formulario que comienza abajo proporciona información acerca de la cobertura de los medicamentos que cubre Memorial Hermann Dual *Advantage* HMO D-SNP. Si tiene alguna dificultad para encontrar el medicamento que toma en la lista, consulte el Índice que comienza en la página 75.

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

La información incluida en la columna de Requisitos/límites indica si Memorial Hermann Dual *Advantage* HMO D-SNP tiene algún requisito especial para la cobertura del medicamento.

Definiciones

- BD** Medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare según las circunstancias. Estos medicamentos requieren autorización previa para determinar la cobertura según la Parte B o la Parte D. Es posible que sea necesario proporcionar información que describa el uso o el lugar donde se recibe el medicamento para determinar la cobertura.
- PA** Autorización previa: el plan requiere que usted [o su médico] obtenga autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que necesitará obtener la aprobación del Plan antes de surtir sus recetas. Si no obtiene la aprobación, es posible que el plan no cubra el medicamento.
- QL** Límites de cantidad: para ciertos medicamentos, el Plan limita la cantidad del medicamento que cubrirá. Esto podría incluir una limitación por llenado, diaria, mensual o anual.
- ST** Terapia escalonada: en algunos casos, el plan requiere que primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su afección médica antes de que cubramos otro medicamento para esa afección. Por ejemplo, si tanto el medicamento A como el medicamento B tratan su afección médica, es posible que el plan no cubra el medicamento B a menos que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no funciona para usted, el plan cubrirá el medicamento B.
- #** Medicamentos de Alto Riesgo (HRM). Medicamentos que pueden ser peligrosos en pacientes mayores de 65 años. Nuestro formulario incluye cobertura para algunos de estos medicamentos, pero se pueden encontrar alternativas en niveles de copago más bajos. Hable con su médico si existen alternativas a estos medicamentos que serían apropiadas para su uso.
- *** Medicamento de distribución limitada. Esta receta puede estar disponible sólo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte su Directorio de farmacias o llame al cliente de Servicio al cliente de Capital Rx al (888) 227-7940 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), 24 horas al día/7 días a la semana/365 días al año.
- >** Suministro de día no extendido. Este medicamento recetado está limitado a un suministro de 1 mes por receta.

2026 Clave de abreviaturas de formas farmacéuticas

act	actuación
ad	adsorbido
adjuv	adyuvante
aepb	ampolla de polvo en aerosol
aer, aers, aero	aerosol
afib/afl	fibrilación auricular/flutter auricular
app	aplicador
ba, br act, breath act, breath activ	activado por respiración
bau	unidad de alergia bioequivalente
cap, caps	cápsulas
cart	cartucho
cd	entrega continua
chew tab	tabletas masticables
cpcr	cápsula de liberación controlada
conc	concentrado
conj	conjugado, conjugado
crm	crema
crys	cristales
deter	disuasivo
disint, disintegr	desintegrante
dr	liberación retardada
ec	recubierto entérico
el, elu	ensayo inmunoabsorbente ligado a enzimas
er, extended, extended rel, xr	liberación prolongada
ext	extracto
ig	inmunoglobulina
gm	gramo
gu	genitourinario

hr	hora
im	intramuscular
inh, inhal	inhalación
inj	inyección
ir	índice de reactividad
iv	intravenoso
l	litro
la	acción prolongada
lipo	lipofílico
lf, lfu	unidades de floculación
liq, liqd	líquido
maint	mantenimiento
mcg	microgramo
meq	miliequivalente
misc	misceláneo
mg	miligramo
ml	mililitro
nebu	nebulizadores
oc	anticonceptivo oral
oin, oint	ungüento
omv	vesículas de membrana externa
op, ophth	oftálmico
osm	osmótico
pah	hipertensión arterial pulmonar
pak, pk	paquete
pf	sin conservantes
pfu	unidades formadoras de placa
pow, powd	polvo
pmdd	trastorno disfórico premenstrual
pref	prellenado
pttw	parche dos veces por semana
ptwk	parche semanal
recomb	recombinante
refrig	refrigerar
sl	sublingual

sol, soln	solución
supp, suppos	supositorios
sus, susp	suspensión
syr	jeringa
tab, tabs	tabletas
tbcr	tableta de liberación controlada
tbdp	tableta dispersable

tbec	tableta recubierta entérica
tbpk	paquete de tabletas
td	transdérmico
ther	terapia
titr	titulación
tl	translingual
unt, ut	unidad
va	vaginal
vac, vacc	vacuna

Para más información llame al (888) 227-7940. Horario de atención: 24 horas al día/7 días a la semana/365 días al año. Los usuarios de TTY llaman al: 711. Fecha de última actualización: 10/1/2025

Memorial Hermann Health Plan, Inc., Memorial Hermann Health Insurance Company y Memorial Hermann Health Solutions, Inc. (en conjunto, “MHHP”) cumplen con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminan por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. MHHP no excluye ni trata de forma diferente a las personas por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Notice of Availability

English

ATTENTION: If you speak a language other than English, 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 1-855-645-8448 (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 1-855-645-8448 (TTY: 711) o hable con su proveedor.

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 1-855-645-8448 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

台語 (Traditional Chinese)

注意：如果您說台語，我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務，以無障礙格式提供資訊。請致電 1-855-645-8448 (TTY: 711) 或與您的提供者討論。

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 1-855-645-8448 (文本电话: 711) 或咨询您的服务提供商。

العربية (Arabic)

تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، ستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. تتوفر أيضاً صيغ معلومات قابلة للوصول مجاناً. اتصل بالرقم 1-855-645-8448 أو تحدث إلى مزود الخدمة الخاص بك (711).

हिंदी (Hindi)

ध्यान 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 सेवाएं भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-855-645-8448 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

Français (French)

ATTENTION : Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-855-645-8448 (TTY : 711) ou parlez à votre fournisseur. »

فارسی (Persian, Farsi)

شما می‌توانید به خدمات رایگان حمایت زبانی دسترسی داشته باشید. علاوه بر این، خدمات مناسب و پشتیبانی برای ارائه اطلاعات در قالب‌های قابل دسترسی به تماس بگیرید یا با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید (TTY: 711) صورت رایگان در دسترس است. لطفاً با شماره 1-855-645-8448

Tagalog

PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-855-645-8448 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.

اردو (Urdu)

توجہ: اگر آپ اردو بولتے ہیں تو آپ کے لئے مفت زبان کی معاونت خدمات دستیاب ہیں۔ معلومات کو قابل رسائی فارمیٹس میں فراہم کرنے کے لئے مناسب یا اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں۔ (TTY: 711) معاونت اور خدمات بھی مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-855-645-8448

తెలుగు (Telugu)

సావధానం: మీరు తెలుగు మాట్లాడితే, మీకు ఉచిత భాషా సహాయ సేవలు అందుబాటులో ఉంటాయి. యాక్సెస్ చేయగల ఫార్మాట్‌లలో సమాచారాన్ని అందించడానికి తగిన సహాయక సహాయాలు మరియు సేవలు కూడా ఉచితంగా అందుబాటులో ఉంటాయి. 1-855-645-8448 (TTY: 711)కి కాల్ చేయండి లేదా మీ ప్రావైడర్‌తో మాట్లాడండి.

বাংলা (Bengali)

মনোযোগ দিন: যদি আপনি বাংলা বলেন তাহলে আপনার জন্য বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবাদি উপলব্ধ রয়েছে। অ্যাক্সেসযোগ্য ফরম্যাটে তথ্য প্রদানের জন্য উপযুক্ত সহায়ক সহযোগিতা এবং পরিষেবাদিও বিনামূল্যে উপলব্ধ রয়েছে। 1-855-645-8448 (TTY: 711) নম্বরে কল করুন অথবা আপনার প্রদানকারীর সাথে কথা বলুন।”

ગુજરાતી (Gujarati)

ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. યોગ્ય ઓક્ટિલરી સહાય અને એક્સેસિબલ ફોર્મેટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. 1-855-645-8448 (TTY: 711) પર કોલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.”

Deutsch (German)

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzen zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-855-645-8448 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.

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 1-855-645-8448 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

한국어 (Korean)

주의: 한국어를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-855-645-8448 (TTY: 711)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

ລາວ (Laotian, Laos)

ເຊີນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ຈະມີບໍລິການຊ່ວຍດ້ານພາສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ມີເຄື່ອງຊ່ວຍ ແລະ ການບໍລິການແບບບໍ່ເສຍຄ່າທີ່ເໝາະສົມເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້. ໂທຫາເບີ 1-855-645-8448 (TTY: 711) ຫຼື ນິມັກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ.”

healthplan.memorialhermann.org/medicare-advantage

Este formulario se actualizó el 10/1/2025. Para obtener información más reciente o si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente de Capital Rx al (888) 227-7940 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), disponible las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año, o visite <https://healthplan.memorialhermann.org/medicare-advantage>.