



An Independent Licensee of the Blue Cross Blue Shield Association

Health
Choice

Política

Departamento: Servicios Médicos	Fecha de entrada en vigencia: 1/01/2022
Nombre de la política: Política de Transición de la Parte D	Fecha de revisión: 6/2/2021, 5/23/2020, 5/31/2019, 5/29/2018, 5/26/2017, 3/3/2017, 12/21/2016, 06/01/2016, 04/03/2015, 8/1/2014, 4/1/2014
Número de la política: M.5.048	
Archivos adjuntos: n/c	Aprobado por: Leslie Rodriguez, directora nacional de Farmacia Stephanie Sanders, administradora de Operaciones Clínicas de Farmacia, programas gubernamentales
Medicare <input checked="" type="checkbox"/> AZ	

DEFINICIONES

- Aviso Anual de Cambios (ANOC, por sus siglas en inglés):** Documento requerido por CMS que se debe enviar anualmente a todos los Beneficiarios actuales conforme a las indicaciones de CMS, y que describe los cambios a los beneficios existentes que se esperan para el inminente nuevo Año Contractual.
- Suministro correspondiente del mes:** Suministro de transición requerido por CMS, como mínimo (a menos que las recetas se escriban por menos días); el suministro está determinado como la cantidad de días presentados para el suministro correspondiente del mes del Paquete de Beneficios del Plan (PBP, por sus siglas en inglés), que se presenta a CMS para el año del plan pertinente. La aprobación de CMS determina el suministro aprobado del mes para los Beneficiarios tanto en los centros de cuidados a largo plazo como en los que no lo son. Se permiten múltiples surtidos, hasta un suministro mensual total aprobado, para proveer surtidos por cantidades menores a las recetadas.
- Beneficiario:** Individuo afiliado en un plan de la Parte D de Medicare del administrador de beneficios de farmacia (PBM, por sus siglas en inglés) delegado del Patrocinador, también conocido como Afiliado o Miembro.
- Biosimilares:** Producto biológico presentado en la FDA para su aprobación por medio de la vía biológica abreviada creada por la Ley de Atención Médica Asequible. Estos productos deben demostrar que son muy similares a los productos de referencia (originador). Es decir, no existen diferencias clínicamente significativas entre el producto biológico y el producto de referencia en cuanto a la seguridad, pureza y potencia. Los biosimilares tienen diferencias admisibles porque están hechos de organismos vivientes.

Health Choice Member Services / Servicios para Miembro 1-800-656-8991, TTY: 711

7 days a week / los 7 días de la semana, 8 a.m. – 8 p.m.

Visit us at / Visítenos en HealthChoicePathway.com

M.5.048 Part D Transition Policy

5. **CMS:** Centros de Servicios de Medicare y Medicaid en EE. UU.
6. **Año Contractual:** Período por el cual se aplica un paquete de beneficios del plan en particular. También se lo conoce como “año del plan”. En el caso del período de transición para los Beneficiarios actuales a lo largo de los años contractuales en planes no calendarios, el término “año contractual” hace referencia al año calendario por el cual está en vigencia el nuevo formulario.
7. **PBM Delegado:** Administrador de beneficios de farmacia del Patrocinador.
8. **DUR:** Revisión de Utilización de Medicamentos que no permite invalidar las selectas correcciones de seguridad de la DUR, que se configuran para su rechazo en el punto de venta.
9. **Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés):** Agencia federal del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Esta agencia se encarga de monitorear las normas de seguridad y comercialización en las industrias de medicamentos y alimentos.
10. **Identificador de Producto Genérico (GPI, por sus siglas en inglés):** Sistema de clasificación jerárquica de 14 caracteres creado por Medi-Span. Identifica los medicamentos disponibles con una receta en los Estados Unidos a nivel de la pastilla y el fabricante.
11. **Biológico intercambiable:** Un producto biológico intercambiable es biosimilar a un producto de referencia aprobado por la FDA y cumple con las normas adicionales de intercambiabilidad. Un farmacéutico puede sustituir un producto biológico intercambiable por el producto de referencia sin la intervención del proveedor de atención médica que recetó el producto de referencia.
12. **Cuidados a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés):** Hace referencia a los centros de atención o instituciones como hogares para ancianos y convalecientes y centros de enfermería especializada que brindan atención médica a las personas que no pueden manejarse de manera independiente en la comunidad. Estos cuidados pueden representar servicios de rehabilitación a corto plazo o la administración de cuidados crónicos o de custodia.
13. **Costos Compartidos por Bajos Ingresos Nivel III (LICS III, por sus siglas en inglés):** Designación proporcionada por CMS. La designación de elegibilidad de LICS III de CMS más los códigos presentados por la farmacia se evalúan para que una reclamación sea elegible para los beneficios de LICS III.
14. **Subsidio por Bajos Ingresos (LIS, por sus siglas en inglés):** Primas, deducibles y/o copagos subsidiados para los cuales pueden tener derecho los beneficiarios elegibles. También denominado Ayuda Adicional.
15. **Parte D de Medicare (Parte D):** Beneficio de medicamentos recetados de Medicare conforme a la Parte D de la Ley de Seguro Social.
16. **MME:** Miligramos equivalentes de morfina.
17. **Compuesto de Múltiples Ingredientes (MIC, por sus siglas en inglés):** Hace referencia a la lógica para determinar el reembolso y la cobertura de una reclamación que esté compuesta de múltiples ingredientes que son armados y despachados por una farmacia.
18. **Consejo Nacional de Programas de Medicamentos Recetados (NCPDP, por sus siglas en inglés):** Grupo habilitado por el Instituto Nacional Estadounidense de Estándares (ANSI, por sus siglas en inglés) que mantiene una cantidad de formatos estándar para el uso de la industria farmacéutica



An Independent Licensee of the Blue Cross Blue Shield Association

Health
Choice

minorista, algunos de los cuales se han adoptado como estándares de la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés).

19. **Código Nacional de Medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés):** Identificador numérico único de tres segmentos asignado a cada medicamento enumerado en la Sección 510 de la Ley Federal de Alimentos, Medicamentos y Cosméticos de los EE. UU.
20. **Medicamentos fuera del formulario:** Esto significa lo siguiente: (a.) medicamentos de la Parte D que no se encuentren en el formulario de un Patrocinador; (b.) medicamentos de la Parte D anteriormente aprobados para la cobertura conforme a una excepción, una vez que esta se vence y (c.) medicamentos de la Parte D que se encuentren en el formulario de un Patrocinador pero que requieran una autorización previa, terapia escalonada o límites de cantidad aprobados inferiores a la dosis actual del Beneficiario, conforme a las reglas de administración de utilización de un Patrocinador.
21. **Cuidados que no son a largo plazo:** Describe los centros de infusión en el domicilio, correo y minoristas.
22. **Comité de Farmacia y Terapéutica:** Comité que, entre otras cosas, evalúa la evidencia disponible con respecto a la seguridad, eficacia y efectividad relativas de los medicamentos recetados dentro de una clase de medicamentos recetados y estudia recomendaciones para el desarrollo de formularios. El comité se reúne por lo menos cada tres meses.
23. **PAMC:** Código de Certificación Médica/Autorización Previa. Es un campo en el diagrama de adjudicación de farmacia estandarizado para el ingreso de un código de autorización proporcionado por el procesador.
24. **Código de Ubicación de Pacientes (PLC, por sus siglas en inglés):** Valor del sistema heredado de adjudicación de reclamaciones de recetas médicas que mapea desde el Tipo de Servicio de la Farmacia y el Código de Tipo de Residencia del Paciente.
25. **Tipo de Residencia del Paciente (PR, por sus siglas en inglés):** Las farmacias recopilan y registran la residencia del paciente en el punto de venta en la reclamación.
26. **PCD:** Medicamento de clase protegida.
27. **Tipo de Servicio de Farmacia (PST, por sus siglas en inglés):** Tipo de servicio que presta una farmacia cuando existen diferentes términos contractuales entre un pagador y la farmacia, o cuando los beneficios se basan en el tipo de servicio prestado.
28. **Punto de venta (POS, por sus siglas en inglés):** Capacidad de las farmacias minoristas de acceder electrónicamente a la información de elegibilidad y al diseño del plan para procesar y transmitir datos de reclamaciones de medicamentos al momento de la compra.
29. **Cumplimiento de la impresión:** Unidades de negocios del PBM Delegado que se encargan del cumplimiento de la impresión de algunas notificaciones para Beneficiarios, incluidas las notificaciones de surtidos de transición para los Beneficiarios y médicos recetadores.
30. **Autorización Previa (PA, por sus siglas en inglés):** Evaluación del uso recetado del medicamento en comparación con un conjunto predeterminado de criterios para determinar si la clase de medicamento/el medicamento estará cubierto por el plan de seguro del beneficiario.
31. **Reclamación de recetas médicas:** Sistema de tecnología de la información del PBM Delegado que sirve para procesar y adjudicar reclamaciones de la Parte D. Es conocido de otro modo como el "sistema", la "plataforma" o la "plataforma del sistema".

Health Choice Member Services / Servicios para Miembro 1-800-656-8991, TTY: 711

7 days a week / los 7 días de la semana, 8 a.m. – 8 p.m.

Visit us at / Visítanos en HealthChoicePathway.com

M.5.048 Part D Transition Policy

32. **Patrocinador:** Un patrocinador de la Parte D que se compromete por contrato con el PBM Delegado para los servicios de administración de beneficios de farmacia, incluida la implementación de su proceso de transición. También se lo conoce como Plan, Patrocinador del Plan o Cliente. El Patrocinador es Steward Health Choice Pathway (HMO D-SNP).
33. **Código de Aclaración de Presentación (SCC, por sus siglas en inglés):** Elemento de datos del NCPDP que indica que el farmacéutico está aclarando la presentación de la reclamación.
34. **Ventana del TF:** La ventana del Surtido de Transición del Beneficiario es la cantidad de días especificada del Patrocinador (un mínimo de 90 días) durante la cual se aplican los beneficios de transición del Beneficiario.
35. **Surtido de Transición - Medicare (TF):** Suministro temporal de un medicamento cubierto de la Parte D de acuerdo con los requisitos de la Parte D de CMS.

POLÍTICA

1. El PBM Delegado implementa y mantiene un proceso de transición adecuado, según la aprobación de CMS y coherente con la orientación y las reglas de CMS. El proceso del PBM Delegado permite una transición significativa para los siguientes grupos de Beneficiarios cuyas terapias de medicamentos actuales pueden no estar cubiertas en el plan: (a.) nuevos Beneficiarios afiliados al plan tras el período de elección coordinada anual; (b.) Beneficiarios de Medicare recientemente elegibles desde otra cobertura; (c.) la transición de Beneficiarios que se pasan de un plan a otro después de empezado un Año Contractual; (d.) los Beneficiarios actuales que se ven afectados por los cambios negativos en el formulario a lo largo del Año Contractual; (e.) los Beneficiarios que residen en centros de cuidados a largo plazo (LTC), incluidos aquellos que son ingresados o dados de alta desde un centro de LTC.
2. El Patrocinador es responsable de presentar una copia de su proceso de políticas de transición en CMS. Los patrocinadores no pueden presentar esta política como propia, pero pueden utilizar el contenido apropiado para preparar sus propias políticas y procedimientos.
3. La política de transición se aplicará a los medicamentos fuera del formulario, lo que significa lo siguiente: (a.) medicamentos de la Parte D que no se encuentren en el formulario de un Patrocinador; (b.) medicamentos de la Parte D anteriormente aprobados para la cobertura conforme a una excepción, una vez que esta se vence y (c.) medicamentos de la Parte D que se encuentren en el formulario de un Patrocinador pero que requieran una autorización previa, terapia escalonada o límites de cantidad aprobados inferiores a la dosis actual del Beneficiario, conforme a las reglas de administración de utilización de un Patrocinador. El proceso de transición permite la revisión médica de las solicitudes de medicamentos fuera del formulario, y cuando corresponde, un proceso para pasar a los nuevos Beneficiarios del Patrocinador de la Parte D a alternativas del formulario adecuadas en términos terapéuticos a falta de una determinación de necesidad médica afirmativa. El PBM Delegado manejará los biosimilares como productos genéricos/de marca no intercambiables para sus programas y procesos que suponen surtido de transición y aplicarán el costo compartido adecuado según la orientación de CMS. Para los Patrocinadores que delegan la administración del formulario

Health Choice Member Services / Servicios para Miembro **1-800-656-8991, TTY: 711**

7 days a week / los 7 días de la semana, 8 a.m. – 8 p.m.

Visit us at / Visítanos en **HealthChoicePathway.com**

M.5.048 Part D Transition Policy



An Independent Licensee of the Blue Cross Blue Shield Association



al PBM Delegado, el Comité de Farmacia y Terapéutica estudia los procedimientos para las excepciones y la determinación de la cobertura, y si corresponde, un proceso para pasar a los nuevos Beneficiarios a alternativas del formulario adecuadas en términos terapéuticos a falta de una determinación de necesidad médica afirmativa. Para el 2022, el Patrocinador delegará la administración del formulario al PBM Delegado.

4. El PBM Delegado tendrá las capacidades de los sistemas que le permitan al PBM Delegado proporcionar un suministro temporal de medicamentos de la Parte D fuera del formulario para satisfacer las necesidades inmediatas de un Beneficiario, así como darle tiempo suficiente al Patrocinador y/o Beneficiario para trabajar con el médico recetador para hacer un cambio adecuado a una medicación equivalente en términos terapéuticos o finalizar una solicitud de excepción para mantener la cobertura de un medicamento existente en función de razones de necesidad médica. El procesamiento y la codificación del Surtido de Transición (TF) del PBM Delegado aplica mensajería a las farmacias en los puntos de venta (POS).
5. El proceso de transición del PBM Delegado se aplicará en el centro que no sea de LTC que proporcione la política de transición para un surtido temporal por única vez de al menos el suministro correspondiente del mes del medicamento (a menos que el Beneficiario presente una receta escrita menor al suministro de un mes, en cuyo caso el Patrocinador debe permitir múltiples surtidos para proporcionar hasta un total del suministro correspondiente del mes del medicamento) en cualquier momento durante los primeros 90 días de afiliación de un Beneficiario en un plan, desde la fecha de entrada en vigencia de la cobertura del Beneficiario. Estos límites del plan de tiempo y cantidad pueden ser mayores en función del diseño de beneficios del Patrocinador y estarán limitados por la cantidad recetada. Para el 2022, la configuración del plan del Patrocinador permite el suministro de un mes de por lo menos 30 días (o el suministro de un mes aplicable basado en la oferta del plan) dentro de la Ventana del TF de 90 días.
6. El PBM Delegado aplicará el nivel de costo compartido del Patrocinador durante un suministro temporal de medicamentos conforme a su proceso de transición de manera tal que no supere las cantidades de pago máximas establecidas por ley para los Beneficiarios elegibles del subsidio por bajos ingresos (LIS).

Para los beneficiarios que no son elegibles para el LIS:

- a. El suministro de transición de medicamentos de la Parte D fuera del formulario recibirá el mismo costo compartido que se aplicaría para los medicamentos fuera del formulario aprobados a través de una excepción en el formulario.
- b. El suministro de transición del formulario recibirá el mismo costo compartido para un medicamento del formulario sujeto a correcciones de administración de utilización proporcionadas durante la transición que se aplicaría si se cumplen los criterios de administración de utilización.
7. El proceso de transición del PBM Delegado en el centro de LTC incluirá los siguientes atributos: (a.) la política de transición proporcionará un surtido temporal por única vez de al menos el suministro correspondiente de un mes (a menos que el Beneficiario se presente con una prescripción escrita por menos) coherente con el incremento de despacho correspondiente en el centro de LTC con múltiples surtidos permitidos para proporcionar hasta un total del suministro de un mes de medicamentos si fueran necesarios durante los

Health Choice Member Services / Servicios para Miembro 1-800-656-8991, TTY: 711

7 days a week / los 7 días de la semana, 8 a.m. – 8 p.m.

Visit us at / Visítanos en HealthChoicePathway.com

M.5.048 Part D Transition Policy

primeros 90 días de la afiliación de un Beneficiario en un plan, desde la fecha de entrada en vigencia de la cobertura del Beneficiario; (b.) después de que haya vencido el período de transición o el suministro de los días esté agotado, la política de transición proporcionará al menos un suministro de emergencia de 31 días de medicamentos de la Parte D fuera del formulario (a menos que el Beneficiario se presente con una receta escrita por menos del suministro de 31 días) mientras está pendiente una determinación de Autorización Previa o una excepción; y (c.) para los Beneficiarios que son ingresados o dados de alta de un centro de LTC, no se usarán correcciones tempranas de resurtidos para limitar el acceso necesario y adecuado a su beneficio de la Parte D, y se les permitirá a dichos Beneficiarios acceder a un resurtido al momento del ingreso o del alta. Para el 2020, la configuración del plan del Patrocinador permite el suministro de un mes de 31 dentro de la Ventana del TF de 90 días para LTC y Nuevo Paciente/Cambio en el Nivel de Cuidados. El Suministro de Emergencia de LTC permite un suministro de 31 días; el Suministro de Emergencia de LTC se permite por 30 días consecutivos.

8. El PBM Delegado solo aplicará las siguientes correcciones de administración de utilización durante la transición en el POS: Correcciones para determinar la Parte A o B frente a la cobertura de la Parte D, correcciones para evitar la cobertura de medicamentos que no sean de la Parte D y correcciones para fomentar la utilización segura de un medicamento de la Parte D. Las correcciones de autorizaciones previas y terapias escalonadas se codificarán para ser resueltas en el POS.
9. El proceso de transición del PBM Delegado permitirá resurtidos para las recetas de transición despachadas por menos de la cantidad escrita debido a correcciones de seguridad en el límite de la cantidad o correcciones de utilización de medicamentos que se basen en el etiquetado de productos aprobados.
10. El PBM Delegado aplicará sus procesos de transición a una receta completamente nueva para un medicamento fuera del formulario si no puede hacer una distinción entre una receta completamente nueva para un medicamento fuera del formulario y una receta en curso para un medicamento fuera del formulario en el POS.
11. Para el 2022, el Patrocinador usará al PBM Delegado para cumplir con los avisos de transición. El PBM Delegado enviará un aviso por escrito por medio del correo de primera clase de los EE. UU. al Beneficiario en un plazo de tres días hábiles de la adjudicación de un surtido de transición temporal. El aviso incluirá (a.) una explicación de la naturaleza temporal del suministro de transición que ha recibido un Beneficiario; (b.) instrucciones para trabajar con el Patrocinador del Plan y el médico recetador del Beneficiario para satisfacer los requisitos de administración de utilización o para identificar las alternativas terapéuticas adecuadas que se encuentran en el formulario del Patrocinador; (c.) una explicación del derecho del Beneficiario de solicitar una excepción del formulario y (d.) una descripción de los procedimientos para solicitar una excepción del formulario. Para los residentes de LTC a quienes se despachan múltiples suministros de un medicamento de la Parte D en incrementos de 14 días o menos, el aviso por escrito se proporcionará en un plazo de tres días hábiles después de la adjudicación del primer surtido temporal. El PBM Delegado usará el Aviso de Transición proporcionado por el Patrocinador. El Patrocinador buscará obtener la aprobación de CMS para el aviso presentado usando el Aviso de

Health Choice Member Services / Servicios para Miembro **1-800-656-8991, TTY: 711**

7 days a week / los 7 días de la semana, 8 a.m. – 8 p.m.

Visit us at / Visítanos en **HealthChoicePathway.com**

M.5.048 Part D Transition Policy

Transición modelo de CMS por medio del proceso de archivo y uso, si es requerido, o presentando un Aviso de Transición que no sea modelo a CMS para una revisión de marketing sujeta a una revisión de 45 días. El PBM Delegado hará los esfuerzos razonables para proporcionar el aviso del TF a los médicos recetadores a fin de facilitar la transición de los Beneficiarios. Para los Patrocinadores que no usan un PBM Delegado para cumplir con los avisos de transición, se proporciona un archivo de extracción diario al Patrocinador, el cual contiene las transacciones pagadas del TF de la Parte D que requieren un aviso de transición.

12. Para el 2022, el Patrocinador se encargará de las determinaciones de cobertura. El Patrocinador pondrá a disposición formularios de solicitud de excepción o autorización previa mediante solicitud para los Beneficiarios y médicos recetadores a través del correo, fax, correo electrónico, y a través del sitio web de su plan.
13. El PBM Delegado extenderá su política de transición a lo largo de los Años Contractuales si un Beneficiario se afilia en un plan con una fecha de entrada en vigencia de la afiliación del 1 de noviembre o 1 de diciembre y necesita acceso al suministro de transición.
14. Los Patrocinadores se encargan de poner a disposición la información del proceso de transición general a los Beneficiarios a través del enlace del Buscador del Plan de Medicamentos Recetados de Medicare al sitio web del Patrocinador, así como el formulario del Beneficiario y materiales para antes y después de la afiliación.
15. El PBM Delegado proporcionará un proceso para que los Beneficiarios reciban los medicamentos necesarios de la Parte D por medio de una extensión del período de transición, caso por caso, hasta tal punto que sus apelaciones o solicitudes de excepción no hayan sido procesadas para el final del período de transacción mínimo y hasta que se haya hecho una transición (ya sea a través de un cambio a un medicamento del formulario adecuado o una decisión sobre una solicitud de excepción). Para el 2022, el Patrocinador permitirá un suministro de 30 días para la extensión de la transición.
16. El PBM Delegado implementará el proceso de transición para beneficiarios renovados cuyos medicamentos se verán afectados por cambios negativos en el formulario en el inminente Año Contractual. El PBM Delegado les ofrecerá a los Patrocinadores procesos de transición para fomentar una transición antes del comienzo del Año Contractual. La configuración del plan del Patrocinador para la revisión del historial del Beneficiario renovado se encuentra a un nivel de GPI 10 con una retrospección de 180 días.
17. El PBM Delegado mantendrá la capacidad de admitir informes de rutina y aquellos requeridos por CMS, así como la capacidad de responder a solicitudes especiales para lo siguiente: (a.) informes de reclamaciones denegadas y (b.) informes de reclamaciones del TF pagadas para Beneficiarios nuevos y renovados. También mantendrá la capacidad de admitir procesamiento de reclamaciones del TF de prueba en respuesta a las solicitudes especiales y revisará y auditará con regularidad las operaciones del sistema y los datos del programa del TF para monitorear la adhesión con los requisitos del Surtido de Transición de la Parte D.

PROCEDIMIENTOS

1. El PBM Delegado implementa el programa del TF del Patrocinador según el diseño de beneficios solicitado por el Patrocinador.
 - a. Los suministros de transición se proporcionan en el POS a los Beneficiarios elegibles, los cuales se codifican de la siguiente manera:
 - i. Nuevos Beneficiarios en el plan tras el período de elección coordinada anual.
 - ii. Beneficiarios de Medicare recientemente elegibles desde otra cobertura.
 - iii. Beneficiarios que se pasan desde otro Plan de la Parte D después de empezado un Año Contractual.
 - iv. Beneficiarios actuales que se ven afectados por los cambios negativos en el formulario (incluidos los nuevos requisitos de administración de utilización).
 - v. Beneficiarios que residen en centros de LTC.
 - b. Los límites de suministro de transición se definen como los suministros de días acumulados que se calculan en el Identificador de Producto Genérico (GPI) 14 y no se basan en la cantidad de surtidos.
 - c. Las reclamaciones elegibles de la transición presentadas para los Beneficiarios de LICS III se procesan según los códigos presentados por la farmacia y el nivel de LICS del Beneficiario para determinar si la reclamación recibida se procesará como LTC, LICS III o no LTC.
2. El PBM Delegado mantendrá un procedimiento y una política del TF de Med D y, de ser necesario, revisará el documento al menos una vez al año y como sea necesario cuando ocurran cambios de procesamiento.
3. Medicamentos fuera del formulario:
 - a. Los procedimientos para aplicar la política de transición a los medicamentos fuera del formulario son para obtener las correcciones de administración de utilización y los formularios aprobados del Comité de Farmacia y Terapéutica del Patrocinador, y se codifican en el sistema de adjudicación a fin de identificar la reclamación elegible del TF en el POS para que se pueda pagar.
 - b. A pesar de cualquier referencia en este documento a las excepciones de formularios vencidos, como CMS ha emitido una orientación en la que expresa que no espera que los patrocinadores de la Parte D incluyan excepciones de formularios vencidos en sus políticas de transición, el PBM Delegado no aplicará su política de transición a las excepciones de formularios vencidos a menos y hasta que CMS emita una orientación que requiera lo contrario.
 - c. Los procedimientos para la revisión médica y para identificar las alternativas de los formularios son los siguientes:
 - i. La Determinación de Cobertura del Patrocinador y los procesos y procedimientos de revisión médica garantizan que los Beneficiarios tengan acceso a los procesos para revisión médica de solicitudes de medicamentos fuera del formulario.
 - ii. La información con respecto a las alternativas de formularios adecuadas en términos terapéuticos se pone a disposición de los Beneficiarios y los médicos recetadores a falta de una determinación de necesidad médica afirmativa.

Health Choice Member Services / Servicios para Miembro **1-800-656-8991, TTY: 711**

7 days a week / los 7 días de la semana, 8 a.m. – 8 p.m.

Visit us at / Visítanos en **HealthChoicePathway.com**

M.5.048 Part D Transition Policy

- iii. Los Beneficiarios que se pongan en contacto con Atención al Cliente y las farmacias que se pongan en contacto con la Mesa de Ayuda de la Farmacia reciben información con respecto a las alternativas de formularios disponibles cuando se solicitan y son adecuadas para la atención del Beneficiario.
 - iv. En algunos casos, la revisión de los procedimientos para las excepciones y determinaciones de cobertura puede provocar la necesidad de un proceso para hacer la transición de un Beneficiario a una alternativa del formulario adecuada en términos terapéuticos.
4. Se encuentra disponible el procesamiento del surtido de transición en el POS y existen procedimientos para invalidaciones y extensiones de la transición, de ser necesarios, a través de la Atención al Cliente y la Mesa de Ayuda de la Farmacia. La mensajería en el POS del surtido de transición a las farmacias se aplica de la siguiente manera:
- a. El sistema de adjudicación del PBM Delegado paga y procesa automáticamente las reclamaciones elegibles del surtido de transición y transmite la mensajería del POS que indica que las reclamaciones se pagan conforme a las reglas del surtido de transición.
 - b. La mensajería del surtido de transición a las farmacias es coherente con las normas de reclamaciones de telecomunicación del Consejo Nacional de Programas de Medicamentos Recetados (al momento de esta publicación, la norma actual es D.0, de aquí en adelante denominada “Normas Actuales de Reclamaciones de Telecomunicaciones del NCPDP”). No se requiere que las farmacias presenten (o vuelvan a presentar) un Código de Certificación Médica/Autorización Previa (PAMC) u otro código específico del surtido de transición para que se paguen las reclamaciones elegibles de surtidos de transición.
 - c. El procesamiento del surtido de transición se aplica tanto a las recetas en curso como a las nuevas en el POS y a través de la Mesa de Ayuda de la Farmacia para los Beneficiarios que son nuevos en el plan.
 - d. La extensión educativa y la comunicación con las farmacias de la red están en curso durante todo el año a fin de proporcionar información e instrucciones con respecto al procesamiento de reclamaciones y las políticas del surtido de transición. Por lo menos una vez al año, y más a menudo según sea necesario, las comunicaciones de la farmacia del surtido de transición se distribuyen a través del departamento de redes de farmacias.
5. Surtido de transición para los Beneficiarios nuevos o renovados en el centro que no es de LTC.
- a. En un centro que no es de LTC, el sistema de adjudicación del PBM Delegado paga y procesa automáticamente las reclamaciones elegibles del surtido de transición y transmite la mensajería del POS que indica que las reclamaciones se pagan conforme a las reglas del Surtido de Transición por hasta un suministro de un mes aplicable acumulado.
 - b. No se requiere que las farmacias presenten (o vuelvan a presentar) un PAMC u otro código específico del surtido de transición para que se adjudiquen y paguen las reclamaciones elegibles del surtido de transición.
 - c. Los surtidos de transición se encuentran disponibles en el POS a través de su funcionalidad dentro de los primeros 90 días de afiliación, desde la fecha de entrada en vigencia de la afiliación.

Health Choice Member Services / Servicios para Miembro **1-800-656-8991, TTY: 711**

7 days a week / los 7 días de la semana, 8 a.m. – 8 p.m.

Visit us at / Visítenos en **HealthChoicePathway.com**

M.5.048 Part D Transition Policy

- d. Los beneficiarios nuevos y renovados en un centro que no es de LTC pueden tener mayores límites del plan de tiempo y cantidad en función del diseño de beneficios y estarán limitados por la cantidad recetada.
 - e. Cambio en el Nivel de Cuidados que no es de LTC

Para los residentes que no son de LTC, no se usará una corrección de resurtido temprana para limitar el acceso necesario y adecuado a un surtido de transición. Un surtido de transición se puede proporcionar automáticamente en el POS si el proceso de adjudicación indica un cambio de Nivel de Cuidados de LTC a no LTC con una corrección de resurtido temprana. De lo contrario, la farmacia llamará a la Mesa de Ayuda de la Farmacia del PBM Delegado para obtener una invalidación para presentar una solicitud de surtido de transición del Nivel de Cuidados.
6. El PBM Delegado establecerá el costo compartido de acuerdo con el diseño del plan del Patrocinador.
- a. El costo compartido para los medicamentos suministrados como surtido de transición se fija según la ley para los Beneficiarios del Subsidio por Bajos Ingresos (LIS).
 - b. Para los Beneficiarios que no son elegibles para el LIS:
 - i. El suministro de transición fuera del formulario recibirá el mismo costo compartido que se aplicaría si se hiciera una excepción fuera del formulario.
 - ii. El suministro de transición para los medicamentos del formulario con una corrección de administración de utilización recibirá el mismo costo compartido que se aplicaría si se cumplieran los criterios de administración de utilización.
7. Procesamiento de cuidados a largo plazo
- Para los surtidos de transición de LTC, el sistema de adjudicación del PBM Delegado paga y procesa automáticamente las reclamaciones de LTC elegibles del surtido de transición y transmite la mensajería del POS que indica que estos se pagan conforme al Surtido de Transición. Los surtidos de transición de LTC tienen permitido un suministro de un mes aplicable acumulado, excepto los sólidos orales de marca, que se limitan a surtidos de 14 días con excepciones, según lo requiere la orientación de CMS, a menos que se presenten con un Código de Aclaración de Presentación (SCC) de 21 a 36. Los códigos 21 a 36 del SCC indican un despacho de LTC de suministro de varios días. Se permiten múltiples surtidos para proporcionar hasta un total del suministro de un mes aplicable de medicamentos, coherentes con el incremento de despacho correspondiente en el centro de LTC. Estos límites del plan de tiempo y cantidad pueden ser mayores en función del diseño de los beneficios. No se requiere que las farmacias presenten (o vuelvan a presentar) un PAMC u otro código específico del surtido de transición para que se adjudiquen y paguen las reclamaciones elegibles del surtido de transición.
- a. Suministros de Emergencia (ES, por sus siglas en inglés) del Surtido de Transición de LTC
 - i. Para proveer surtidos de emergencia para los residentes de LTC después de haberse agotado o rebasado el suministro del TF nuevo o renovado o vencido la Ventana del TF, y mientras esté pendiente una excepción o autorización previa, la farmacia presenta un SCC en las reclamaciones del POS. Los Surtidos de Transición del Suministro de Emergencia tienen permitido hasta un suministro de 31 días acumulados, excepto los sólidos orales de marca, que se limitan a surtidos de 14 días

Health Choice Member Services / Servicios para Miembro 1-800-656-8991, TTY: 711

7 days a week / los 7 días de la semana, 8 a.m. – 8 p.m.

Visit us at / Visítenos en HealthChoicePathway.com

M.5.048 Part D Transition Policy

- con excepciones, según lo requiere la orientación de CMS, a menos que se presenten con un SCC de 21 a 36. De lo contrario, estas reclamaciones de medicamentos se rechazarían por estar fuera del formulario o en el formulario con autorización previa, terapia escalonada, límite de cantidad o correcciones de edad secundarias a los Beneficiarios con un TF agotado o rebasado y/o se encuentran fuera de la Ventana del TF.
- ii. Se permite el ES de LTC por día calendario, por Beneficiario, por medicamento, por farmacia, por plan, por el suministro de días acumulados durante un mes consecutivo, en función del diseño de beneficios.
 - iii. Estos límites del plan de cantidad pueden ser mayores en función del diseño de beneficios y estarán limitados por la cantidad recetada.
 - b. Cambios en el Nivel de Cuidados de LTC
 - i. Para los residentes de LTC, la farmacia presenta un SCC para permitir los surtidos de transición y para invalidar los rechazos elegibles del surtido de transición, rechazos por Surtido Demasiado Pronto y ciertos rechazos de servicios DUR para las nuevas admisiones. Los Suministros de Transición del Nivel de Cuidados tienen permitido hasta un suministro correspondiente del mes, excepto los sólidos orales de marca, que se limitan a surtidos de 14 días con excepciones, según lo requiere la orientación de CMS, a menos que se presenten con un SCC de 21 a 36. De lo contrario, estas reclamaciones de medicamentos se rechazarían por estar fuera del formulario o en el formulario con correcciones de administración de utilización.
 - ii. Se permiten los Surtidos de Transición del Nivel de Cuidados por día calendario, por Beneficiario, por medicamento, por farmacia, por plan para un suministro de días acumulados dentro del beneficio LOC de LTC.
 - iii. Para todos los Beneficiarios que experimenten un Cambio en el Nivel de Cuidados, si un cambio en la dosis provoca un “resurtido temprano”, rechazos por Resurtido Demasiado Pronto y ciertos rechazos de servicios DUR, la farmacia puede llamar a la Mesa de Ayuda de la Farmacia para obtener una invalidación.
 - iv. Los límites del plan de cantidad pueden ser mayores en función del diseño de beneficios y estarán limitados por la cantidad recetada.
 - 8. Correcciones de Administración de Utilización no elegibles del TF y procesamiento de Autorización Previa y Terapia Escalonada elegibles del TF
 - a. El PBM Delegado codifica las siguientes correcciones de administración de utilización en los medicamentos de manera tal que no se aplican las invalidaciones del surtido de transición:
 - i. Medicamentos que requieren determinación de cobertura de la Parte A o B frente a determinación de cobertura de la Parte D, según se identifican en la base de datos de medicamentos del PBM Delegado.
 - ii. Medicamentos excluidos del beneficio de la Parte D, según se identifican en la base de datos de medicamentos del PBM Delegado.
 - iii. Correcciones para admitir la determinación del Estado de Medicamentos de la Parte D.



An Independent Licensee of the Blue Cross Blue Shield Association

Health
Choice

- iv. Las correcciones de seguridad de la DUR como la duplicación terapéutica, paracetamol acumulado, miligramos equivalentes de morfina (MME), interacción de medicamentos y alertas por edad se configuran para el rechazo.

Las correcciones de los límites de cantidad que no son de seguridad, la Autorización previa y la Terapia Escalonada elegible del TF se resuelven en el POS.

9. Suministro de días acumulados

- a. Los resurtidos de transición para los suministros despachados por cantidades menores a las escritas, o menores a suministros de días disponibles conforme a las reglas de transición, tienen permitidos múltiples surtidos, hasta por lo menos un suministro de un mes aplicable.
- b. Para las correcciones de la DUR que se basan en la dosis diaria máxima recomendada por la FDA, las reclamaciones del Surtido de Transición que se despachan por menos de la cantidad recetada por esta corrección tienen permitidos resurtidos durante la Ventana del TF.
- c. El suministro de días acumulados del TF del PBM Delegado se acumula en el nivel GPI 14 del medicamento por Beneficiario y en todo el plan (o los códigos del plan). El Suministro de Emergencia de LTC y los beneficios de Nuevo Paciente/Cambio en el Nivel de Cuidados de LTC se acumulan por separado.
- d. Estos límites del plan de cantidad pueden ser mayores en función del diseño de beneficios y estarán limitados por la cantidad recetada.

10. El proceso de transición del PBM Delegado se codifica de manera tal que, si no se puede establecer una distinción entre una receta completamente nueva para un Medicamento fuera del formulario y una receta en curso para un Medicamento fuera del formulario en el POS, el proceso de transición del PBM Delegado se aplicará a la prescripción como si fuera una terapia de medicamentos en curso. Esto se denomina proceso de Nuevos Beneficiarios.

11. Avisos de transición

- a. Para los Patrocinadores que usan un PBM Delegado para cumplir con los avisos de transición, se envía un aviso de transición por escrito por medio del correo de primera clase de los EE. UU. al Beneficiario en un plazo de tres (3) días hábiles después de la adjudicación de un surtido temporal.
- b. Para el TF de LTC de sólidos orales de marca limitado a un suministro de 14 días, se enviará un aviso del TF solo después del *primer* surtido temporal.
- c. El aviso identifica lo siguiente:
 - i. La explicación de la naturaleza temporal del suministro de transición proporcionado al Beneficiario.
 - ii. Las instrucciones para trabajar con el PBM Delegado y el médico recetador para satisfacer los requisitos de administración de utilización o para identificar las alternativas del formulario adecuadas o equivalentes en términos terapéuticos.
 - iii. Una explicación del derecho del Beneficiario a solicitar una excepción del formulario.
 - iv. Una descripción de los procedimientos para solicitar una excepción del formulario.
- d. El PBM Delegado apoya el uso del "Aviso Modelo de Transición de la Parte D" actual de CMS para notificar a los Beneficiarios las razones de los surtidos de transición y las acciones recomendadas. A pesar de cualquier referencia en esta política de presentar un aviso de transición que use el aviso modelo de CMS por medio del sistema de archivo y

Health Choice Member Services / Servicios para Miembro 1-800-656-8991, TTY: 711

7 days a week / los 7 días de la semana, 8 a.m. – 8 p.m.

Visit us at / Visítanos en HealthChoicePathway.com

M.5.048 Part D Transition Policy



An Independent Licensee of the Blue Cross Blue Shield Association



uso, como CMS ha expresado que esto no es necesario, el aviso modelo no se presentará por medio del proceso de archivo y uso a menos y hasta que CMS requiera esto.

- e. Para el 2022, el Patrocinador usará al PBM Delegado para cumplir con los avisos de transición. Los avisos de transición a los médicos recetadores son proporcionados por el PBM Delegado cuando se produce un aviso del surtido de transición de un Beneficiario. El contenido de este aviso se basa en el contenido del aviso del surtido de transición del Beneficiario o el aviso modelo de CMS, si es proporcionado. Se hacen esfuerzos razonables para entregar el aviso al médico recetador.

12. Disponibilidad de formularios de Solicitud de Excepción y Autorización Previa

- a. El Patrocinador se asegurará de que se encuentran disponibles los formularios de solicitud de excepciones y autorización previa mediante solicitud del Beneficiario o médico recetador a través de diversos medios, entre los que se incluyen el correo electrónico, correo, fax y formularios publicados en los sitios web del PBM Delegado.

13. El proceso de transición del PBM Delegado para los nuevos Beneficiarios se codifica para aplicarse a lo largo de los Años Contractuales para los Beneficiarios con una fecha de entrada en vigencia de la afiliación al final del año del plan y que necesiten acceso a un suministro de transición para un cambio negativo en el formulario. Estos Beneficiarios son elegibles para un TF para un cambio negativo en el formulario desde la fecha en que se afilian en el Año Contractual actual a través de la Ventana del TF, que empieza el 1 de enero del próximo año del plan.

14. [Se dejó en blanco a propósito para mantener una numeración uniforme entre las secciones].

15. Extensiones de la transición

En caso por caso, el plan proporcionará una extensión del período de transición para complacer a los Beneficiarios que siguen esperando la resolución de una solicitud de excepción o autorización previa pendiente. Las extensiones se encuentran disponibles a través de el Departamento de Servicios para Miembros del plan.

16. En consonancia con el proceso de transición proporcionado a los nuevos Beneficiarios, el PBM Delegado proporciona surtidos de transición a los Beneficiarios renovados durante la Ventana del TF del Año Contractual, con un historial de utilización de medicamentos afectados cuando esos Beneficiarios no han hecho la transición a un medicamento del formulario equivalente en términos terapéuticos, o para quienes no se procesan autorizaciones previas/excepciones del formulario antes del nuevo Año Contractual. Esto se aplica en el POS a todos los Beneficiarios renovados, incluidos los que residen en centros de LTC.

- a. Los Surtidos de Transición para Beneficiarios renovados se encuentran disponibles durante la Ventana del TF para todos los Beneficiarios que se ven afectados por un cambio negativo del formulario.

Los Beneficiarios renovados deben tener un historial de utilización del medicamento por el cual se está solicitando la cobertura.

- b. Para estos Beneficiarios, el sistema de adjudicación del PBM Delegado paga y procesa automáticamente las reclamaciones elegibles del surtido de transición y transmite la mensajería del POS que indica que estas se pagan conforme a las reglas del surtido de transición.

Health Choice Member Services / Servicios para Miembro 1-800-656-8991, TTY: 711

7 days a week / los 7 días de la semana, 8 a.m. – 8 p.m.

Visit us at / Visítenos en HealthChoicePathway.com

M.5.048 Part D Transition Policy

- c. Se encuentran disponibles suministros de transición adicionales caso por caso a través de la Mesa de Ayuda de la Farmacia a fin de garantizar una transición adecuada. No se requiere que las farmacias presenten (o vuelvan a presentar) un PAMC u otro código específico del surtido de transición para que se adjudiquen y paguen las reclamaciones elegibles del surtido de transición.
 - d. Los límites del plan de tiempo y cantidad pueden ser mayores en función del diseño de beneficios y estarán limitados por la cantidad recetada.
17. Informe y monitoreo del programa del Surtido de Transición
- a. Los procesos del surtido de transición se monitorean dentro y en todas las áreas de cada programa que tenga responsabilidad sobre los procesos del TF. El monitoreo del programa del TF es cuantitativo y cualitativo.
 - b. Los datos de adjudicación de la reclamación de transición se usan para producir informes de reclamaciones rechazadas y reclamaciones pagadas estándar del TF para el monitoreo del programa cuantitativo. El monitoreo del desempeño del programa incluye informes y monitoreos de todos los tipos del TF: TF del Beneficiario nuevo y renovado; y TF del Suministro de Emergencia de LTC y Cambio en el Nivel de Cuidados.
 - c. Apoyo y respuestas a auditorías y otras solicitudes de datos.
 - i. Las solicitudes de auditorías para los datos del surtido de transición de CMS u otras entidades se responden dentro del período de tiempo designado en la solicitud o tan pronto como sea posible, el que sea más adecuado según el solicitante.
 - ii. Las solicitudes que no son urgentes para los datos del surtido de transición se responden en un plazo de diez días hábiles. Se encuentran disponibles otros tiempos de respuesta, caso por caso, según sea necesario.

Esta política se revisará todos los años.

H5587_TransitionPolicy2022_C es