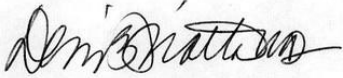




<b>Departamento:</b> Farmacia	<b>Política y procedimiento N.º:</b> PHARM-SEC-001	
<b>Título de la política y el procedimiento:</b> Política y procedimiento del surtido de transición de 2022		
<b>Aprobado por:</b> 	<b>Fecha de entrada en vigor:</b> 1/1/2022	<b>Fecha(s) de revisión:</b> 4/6/2021

**PROPÓSITO:** La presente política y procedimiento describe el proceso operativo utilizado por CVS Caremark Part D Services, LLC ("PBM delegado") para efectuar un plan de transición del formulario de HPMP of Florida Inc., d/b/a Florida Complete Care ("FC2" o "Patrocinador") que satisfaga los requisitos de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid ("CMS") para la Parte D de Medicare.

**ALCANCE:** Esta política aplica a todos los miembros inscritos en el Plan Institucional Medicare Advantage para Necesidades Especiales de FC2.

**POLÍTICA:**

A continuación se detallan las políticas de surtido de transición del PBM delegado:

1. El PBM delegado implementa y mantiene un proceso de transición apropiado, según lo aprobado por CMS y de conformidad con las reglas y directrices de CMS. El proceso de PBM delegado permite una transición significativa para los siguientes grupos de Beneficiarios cuya terapia farmacológica actual puede no estar cubierta por el plan: (a.) nuevos Beneficiarios inscritos en el plan después del período electoral anual coordinado; (b.) beneficiarios de Medicare recientemente elegibles de otra cobertura; (c.) la transición de los Beneficiarios que cambian de un plan a otro después del inicio de un Año del Contrato; (d.) Beneficiarios actuales afectados por cambios negativos en el formulario durante el Año del Contrato; (e.) Beneficiarios que residen en centros de atención a largo plazo (LTC), incluidos los Beneficiarios que son admitidos o dados de alta de un centro de LTC.
2. La política de transición se aplicará a los medicamentos no incluidos en el formulario, es decir: (a.) Medicamentos de la Parte D que no están en un formulario del Patrocinador; (b.) medicamentos de la Parte D previamente aprobados para cobertura en función de una excepción una vez que la excepción caduca; y (c.) medicamentos de la Parte D que están en el formulario de un Patrocinador pero que requieren autorización previa o terapia escalonada o límites de cantidad aprobados más bajos que la dosis actual del Beneficiario de acuerdo con las reglas de administración de utilización del Patrocinador. El proceso de transición permite la revisión médica de las solicitudes de medicamentos no incluidos en el formulario y, cuando corresponda, un proceso para cambiar a los Beneficiarios nuevos del Patrocinador de la Parte D a alternativas del formulario terapéuticamente apropiadas si no se obtiene una determinación afirmativa de necesidad médica. El PBM delegado manejará los Biosimilares como productos genéricos/de marca no intercambiables para sus programas y procesos que involucren el surtido de transición y aplicará la participación en el costo apropiado de acuerdo con las directrices de CMS. El comité delegado de PBM P&T revisa los procedimientos para la determinación de la cobertura

y las excepciones y, si corresponde, un proceso para cambiar a los nuevos Beneficiarios a alternativas de formulario terapéuticamente apropiadas en caso de una determinación afirmativa de la necesidad médica.

3. El PBM delegado tendrá capacidades de sistemas que le permitirán proporcionar un suministro temporal de medicamentos de la Parte D no incluidos en el formulario para satisfacer las necesidades inmediatas de un Beneficiario, así como para permitir que el Patrocinador y/o el Beneficiario den tiempo suficiente para trabajar con el prescriptor para hacer un cambio apropiado a un medicamento terapéuticamente equivalente o completar una solicitud de excepción para mantener la cobertura de un medicamento existente por razones de necesidad médica. El procesamiento y la codificación del surtido de transición (TF) del PBM delegado aplican mensajes de punto de venta (POS) a las farmacias.
4. El proceso de transición del PBM delegado se aplicará en el entorno no LTC de modo tal que la política de transición proporcione un suministro temporal de medicamentos por única vez de al menos el surtido del mes correspondiente (a menos que el Beneficiario presente una receta por escrito para un suministro de menos de un mes de surtido, en cuyo caso el Patrocinador deberá permitir que se proporcionen múltiples surtidos hasta un total del suministro de medicamentos del mes correspondiente) en cualquier momento durante los primeros 90 días de la inscripción de un Beneficiario en un plan, a partir de la fecha de entrada en vigor de la cobertura del Beneficiario. Estos límites de cantidad y tiempo del plan pueden ser mayores según el diseño de beneficios del Patrocinador y estarán limitados por la cantidad prescrita. Para 2022, el plan establecido por el Patrocinador permite un suministro mensual de 30 dentro del Periodo de TF de 90 días.
5. El PBM delegado aplicará el nivel de costos compartidos del Patrocinador para un suministro temporal de medicamentos proporcionados bajo su proceso de transición, de modo que no exceda los montos máximos legales de copago para los Beneficiarios elegibles para subsidios por bajos ingresos (LIS). Para los Beneficiarios no elegibles para LIS:
  - a. El suministro de transición de medicamentos de la Parte D no incluido en el formulario recibirá el mismo costo compartido que se aplicaría a un medicamento no incluido en el formulario aprobado a través de una excepción del formulario.
  - b. El suministro de transición del formulario recibirá la misma participación en los costos para un medicamento del formulario sujeto a las modificaciones de gestión de utilización proporcionadas durante la transición que se aplicarían si se cumplen los criterios de gestión de utilización.
6. El proceso de transición del PBM delegado en el entorno de LTC incluirá los siguientes atributos: (a.) la política de transición proporcionará un surtido temporal único de al menos un suministro correspondiente a un mes (a menos que el Beneficiario presente una receta en la que se indique un suministro menor) consistente con el incremento de dispensación aplicable en el entorno de LTC, con múltiples surtidos permitidos para proporcionar hasta un total de un suministro de medicamentos de un mes si es necesario durante los primeros 90 días de la inscripción de un Beneficiario en un plan, comenzando en la fecha de vigencia de la cobertura del Beneficiario; (b.) después de que el período de transición haya expirado o se hayan agotado los días de suministro, la política de transición proporcionará al menos un suministro de emergencia de 31 días de medicamentos de la Parte D no incluidos en el formulario (a menos que el Beneficiario presente una receta escrita por menos de los 31 días) mientras esté pendiente una excepción o determinación de Autorización Previa; y (c.) para los Beneficiarios admitidos o dados de alta de una instalación de LTC, las ediciones de reposición temprana no se utilizarán para limitar el acceso apropiado y necesario a su beneficio de la Parte D, y dichos Beneficiarios podrán acceder a una reposición al momento de la admisión o el alta. Para 2022, el plan establecido por el Patrocinador permite un suministro mensual de 31 durante la ventada de TF de 90 días para LTC y Cambio de Paciente Nuevo/Nivel de Atención.

El Surtido de Emergencia para LTC permite un suministro de 31 días; el Surtido de Emergencia para LTC se permite para 30 días consecutivos.

7. El PBM delegado solo aplicará las siguientes ediciones de gestión de utilización durante la transición en POS: ediciones para determinar la cobertura de la Parte A o B frente a la Parte D, ediciones para evitar la cobertura de medicamentos que no son de la Parte D y ediciones para promover la utilización segura de un medicamento de la Parte D. La terapia escalonada y las ediciones de autorización previa se codificarán para que se resuelvan en POS.
8. El proceso de transición del PBM delegado permitirá surtidos de recetas de transición dispensadas por menos de la cantidad escrita debido a ediciones de seguridad de límite de cantidad o ediciones de utilización de medicamentos que se basan en el etiquetado de productos aprobado.
9. El PBM delegado aplicará sus procesos de transición a una nueva receta para un medicamento no incluido en el formulario si no puede hacer la distinción entre una receta nueva para un medicamento no incluido en el formulario y una receta continua para un medicamento no incluido en el formulario en POS.
10. El PBM delegado enviará una notificación por escrito a través del correo postal de primera clase de los Estados Unidos al Beneficiario dentro de los tres días hábiles posteriores a la adjudicación de un TF temporal. El aviso incluirá (a.) una explicación de la naturaleza temporal del suministro de transición que un Beneficiario ha recibido; (b.) instrucciones para trabajar con Patrocinador del Plan y el prescriptor del Beneficiario para satisfacer los requisitos de gestión de utilización o para identificar alternativas terapéuticas apropiadas que están en el formulario del Patrocinador; (c.) una explicación del derecho del Beneficiario a solicitar una excepción del formulario; y (d.) una descripción de los procedimientos para solicitar una excepción del formulario. Para los residentes de LTC a los que se dispensan múltiples suministros de un medicamento de la Parte D en incrementos de 14 días o menos, el aviso por escrito se proporcionará dentro de los 3 días hábiles posteriores a la adjudicación del primer suministro temporal. El PBM delegado utilizará el Aviso de Transición proporcionado por el Patrocinador. El Patrocinador buscará obtener la aprobación de CMS para el aviso presentado utilizando el Aviso Modelo de Transición de CMS a través del proceso de archivo y uso si es necesario o presentando un Aviso No Modelo de Transición a CMS para su revisión de marketing sujeto a una revisión de 45 días. El PBM delegado hará todos los esfuerzos razonables para notificar el TF a los prescriptores a fin de facilitar la transición de los Beneficiarios. Para los Patrocinadores que no utilizan PBM delegado para cumplir con los avisos de transición, se proporciona un archivo de extracción diario al Patrocinador que contiene las transacciones de surtidos de transición pagados de la Parte D que requieren un aviso de transición. Para 2022, el Patrocinador está utilizando PBM delegado para cumplir con los avisos de transición.
11. El PBM delegado pondrá a disposición de los Beneficiarios y de los médicos prescriptores los formularios de autorización previa o solicitud de excepciones cuando estos lo soliciten por correo postal, fax, correo electrónico y al Patrocinador a través de los sitios web de sus planes. Para los Patrocinadores que no utilizan el PBM delegado para las determinaciones de cobertura y las excepciones, el Patrocinador es responsable de proporcionar estos formularios. Para 2022, el Patrocinador está utilizando PBM delegado para las determinaciones de cobertura.
12. El PBM delegado extenderá su política de transición a lo largo del Año del Contrato en caso de que un Beneficiario se inscriba en un plan con una fecha de inscripción efectiva del 1 de noviembre o 1 de diciembre y necesite acceso a un suministro de transición.

13. El Patrocinador es responsable de poner a disposición de los Beneficiarios la información general del proceso de transición a través del enlace del Buscador de planes de medicamentos recetados de Medicare al sitio web del Patrocinador, así como en el formulario de Beneficiarios y los materiales previos y posteriores a la inscripción.
14. El PBM delegado proporcionará un proceso para que los Beneficiarios reciban los medicamentos de la Parte D necesarios a través de una extensión del período de transición, caso por caso, en la medida en que sus solicitudes de excepción o apelaciones no hayan sido procesadas al final del período mínimo, período de transacción y hasta el momento en que se haya realizado una transición (ya sea mediante un cambio a un medicamento del formulario apropiado o una decisión sobre una solicitud de excepción). Para 2021, el Patrocinador permitirá el suministro de 30 días para la extensión de transición.
15. El PBM delegado implementará el proceso de transición para los beneficiarios renovados cuyos medicamentos se verán afectados por cambios negativos en el formulario durante el próximo Año del Contrato. El PBM delegado ofrecerá los procesos de transición de los Patrocinadores para alentar una transición antes del comienzo del Año del Contrato. El plan del Patrocinador establecido para la revisión del historial del Beneficiario Renovado está en un nivel GPI 10 con una mirada retrospectiva de 180 días.
16. El PBM delegado mantendrá la capacidad de apoyar la presentación de informes rutinarios y requeridos por CMS, así como la capacidad de responder a solicitudes ad hoc de: (a.) informes de reclamos denegados; y (b.) informes de reclamos de TF pagados para Beneficiarios nuevos y renovados. También mantendrá la capacidad de apoyar el procesamiento de reclamos de TF de prueba en respuesta a solicitudes ad hoc, y revisará y auditará regularmente los datos del programa de TF y las operaciones del sistema para monitorear el cumplimiento de los requisitos de Surtido de Transición de la Parte D.

#### **PROCEDIMIENTOS:**

1. El programa de TF del Patrocinador es implementado por el PBM delegado de acuerdo con el diseño de beneficios solicitado por el Patrocinador.
  - a. Los suministros de transición se proporcionan en POS a los Beneficiarios elegibles que se codifican de la siguiente manera:
    - i. Nuevos Beneficiarios en el plan después del período electoral anual coordinado
    - ii. Beneficiarios de Medicare recientemente elegibles de otra cobertura
    - iii. Beneficiarios que cambian de otro Plan de la Parte D después del inicio de un Año del Contrato
    - iv. Beneficiarios actuales afectados por cambios negativos en el formulario (incluidos los nuevos requisitos de gestión de la utilización)
    - v. Beneficiarios que residen en instalaciones de LTC
  - b. Los límites de suministro de transición se definen como suministros de días acumulados calculados en el Identificador Genérico de Producto (GPI) 14 y no se basan en la cantidad de surtidos.
  - c. Los reclamos elegibles para la transición presentados para los Beneficiarios de LICS III se procesan de acuerdo con el Nivel de LICS del Beneficiario y los códigos presentados por la farmacia para determinar si el reclamo recibido se procesará como no LTC, LICS III o LTC.
2. El PBM delegado mantendrá una política y un procedimiento de TF de la Parte D de Medicare, y si es necesario, revisará el documento al menos una vez al año y según sea necesario cuando se produzcan cambios en el procesamiento.

3. Medicamentos no incluidos en el formulario
  - a. Los procedimientos para aplicar la política de transición a los medicamentos no incluidos en el formulario implican la obtención del formulario aprobado por el Patrocinador y el Comité de P&T y las ediciones de UM, y la codificación en el sistema de adjudicación para identificar el reclamo elegible para TF en POS para que pueda pagarse.
  - b. A pesar de cualquier referencia incluida en este documento a las excepciones del formulario que vencen, dado que CMS ha emitido una directriz indicando que no espera que los patrocinadores de la Parte D incluyan excepciones del formulario que vencen en sus políticas de transición, el PBM delegado no aplicará su política de transición a las excepciones del formulario que vencen, a menos que y hasta que CMS emita una directriz que requiera lo contrario.
  - c. Los procedimientos para la revisión médica y la identificación de Alternativas al Formulario son los siguientes:
    - i. Si un Patrocinador utiliza el PBM delegado para respaldar las apelaciones operativas, los procesos y procedimientos de determinación de cobertura y revisión médica garantizan que los Beneficiarios tengan acceso a los procesos de revisión médica de solicitudes de medicamentos no incluidos en el formulario.
    - ii. La información sobre alternativas al formulario terapéuticamente apropiadas se pone a disposición de los Beneficiarios y prescriptores que no logran una determinación afirmativa de la necesidad médica.
    - iii. Los Beneficiarios que se comunican con el Servicio de Atención al Cliente y las Farmacias que se comunican con el Servicio de Asistencia a Farmacias reciben información sobre las alternativas al formulario disponibles cuando se solicitan y/o son apropiadas para la atención de los Beneficiarios.
    - iv. Para los Patrocinadores que delegan las determinaciones y redeterminaciones de cobertura al PBM delegado, se incluye en las responsabilidades delegadas la revisión de los procedimientos para las determinaciones de cobertura y las excepciones que, en algunos casos, pueden resultar en la necesidad de un proceso para la transición de un Beneficiario a una alternativa al formulario terapéuticamente apropiada.
4. El procesamiento de surtido de transición de POS está disponible y existen procedimientos para las extensiones y anulaciones de transición, si es necesario, a través del Servicio de Asistencia a Farmacias y la Atención al Cliente. Los mensajes POS de surtido de transición a las farmacias se aplican de la siguiente manera:
  - a. El sistema de adjudicación de PBM delegado procesa y paga automáticamente los reclamos elegibles para TF y transmite mensajes POS indicando que los reclamos se pagan según las reglas de TF.
  - b. Los mensajes de surtido de transición a las farmacias son consistentes con los estándares actuales de reclamos de telecomunicaciones del Consejo Nacional de Programas de Medicamentos Recetados (NCPDP) (al momento de esta publicación, el estándar actual es D.0 y en lo sucesivo se denomina “Estándares actuales de reclamos de telecomunicaciones NCPDP”). Las farmacias no están obligadas a presentar, o volver a presentar, un Código de Autorización Previa/Certificación Médica (PAMC), u otro código específico de TF para reclamos elegibles para TF para pagar.
  - c. El procesamiento de surtido de transición se aplica tanto a recetas nuevas y como a las que están en curso en POS y a través del Servicio de Asistencia a Farmacias para Beneficiarios que son nuevos en el plan.
  - d. La comunicación y el alcance educativo a las farmacias de la red están en curso durante todo el año para proporcionar información e instrucciones sobre las políticas de TF y el procesamiento de reclamos. Al menos una vez al año, y con más frecuencia según sea necesario, las comunicaciones de la farmacia TF se distribuyen a través del departamento de la red de farmacias.
5. Surtido de Transición para Beneficiarios nuevos o renovados en el entorno que no es LTC

- a. En un entorno que no es LTC, el sistema de adjudicación de PBM delegado procesa y paga automáticamente los reclamos elegibles para TF y transmite mensajes POS indicando que los reclamos se pagan según las reglas de TF por hasta un suministro mensual acumulativo aplicable (30 días).
  - b. Las farmacias no están obligadas a presentar, o volver a presentar, un PAMC u otro código específico de TF para reclamos elegibles para TF para adjudicar y pagar.
  - c. Los surtidos de transición están disponibles en POS a través de esta funcionalidad dentro de los primeros 90 días de la inscripción, a partir de la fecha de vigencia de la inscripción.
  - d. Los Beneficiarios nuevos y renovados en un entorno no LTC pueden tener mayores límites de cantidad y tiempo del plan según el diseño del beneficio y estarán limitados por la cantidad prescrita.
  - e. Cambio en el nivel de atención no LTC  
Para los no residentes de LTC, no se utilizará una edición de surtido temprano para limitar el acceso apropiado y necesario a un TF. Se puede proporcionar un TF automáticamente en POS, si el proceso de adjudicación indica un cambio de nivel de atención de LTC a no LTC con una edición de surtido temprano. De lo contrario, la farmacia llamará al Servicio de Asistencia a Farmacias de PBM delegado para obtener una anulación para enviar una solicitud de TF de Nivel de Atención.
6. El PBM delegado establecerá el costo compartido del diseño del plan del Patrocinador.
- a. La participación en los costos de los medicamentos suministrados como TF se establece por ley para los Beneficiarios de subsidios por bajos ingresos (LIS).
  - b. Para los Beneficiarios que no son LIS:
    - i. el suministro de transición no incluido en el formulario recibirá la misma participación en los costos que se aplicaría a una excepción no perteneciente al formulario
    - ii. el suministro de transición para medicamentos del formulario con una edición de gestión de utilización recibirá la misma participación en el costo que se aplicaría si se cumplieran los criterios de gestión de la utilización.
7. Procesamiento de Atención a Largo Plazo para los surtidos de transición de LTC, el sistema de adjudicación de PBM delegado procesa y paga automáticamente los reclamos de LTC elegibles para el surtido de transición y transmite mensajes POS indicando que estos se pagan en función de un surtido de transición. A los surtidos de transición de LTC se les permiten múltiples surtidos hasta el suministro mensual acumulativo aplicable (31 días), excepto para los sólidos orales de marca que están limitados a surtidos de 14 días con excepciones según lo requerido por la directriz de CMS, a menos que se presenten con un código de aclaración de presentación (SCC) de 21-36. Los códigos SCC 21-36 indican la dispensación LTC de diferentes días de suministro. Los múltiples surtidos para proporcionar hasta un total del suministro mensual aplicable (31 días) consistente con el incremento de dispensación aplicable en el entorno de LTC. Estos límites de cantidad y plan de tiempo pueden ser mayores según el diseño del beneficio. Las farmacias no están obligadas a presentar o volver a presentar, un PAMC u otro código específico de TF para reclamos elegibles para TF para adjudicar y pagar.
- a. Suministros de Emergencia (ES) de Surtidos de Transición de LTC
    - i. Para acomodar los surtidos de emergencia para los residentes de LTC después de que se haya agotado el suministro de días de TF nuevo o renovado o de que el Periodo de TF haya expirado, y mientras esté pendiente una excepción o autorización previa, la farmacia presenta un SCC sobre reclamos de POS. Los Surtidos de Transición de los Suministros de Emergencia se permiten hasta un suministro acumulativo de 31 días, excepto para los sólidos orales de marca que están limitados a surtidos de 14 días con excepciones según lo requerido por la directriz de CMS, a menos que se presenten con un SCC de 21-36. De lo contrario, estos reclamos de medicamentos se rechazarían por no pertenecer al formulario o formulario con autorización previa, terapia escalonada, límite de cantidad o ediciones de edad secundarias a Beneficiarios

- que han agotado o excedido el suministro de TF nuevo o renovado y/o estar fuera del Periodo de TF.
- ii. Los ES para LTC están permitidos por día calendario, por Beneficiario, por medicamento, por farmacia, por plan, para el suministro de días acumulativos durante un mes móvil, según el diseño del beneficio.
  - iii. Estos límites del plan de cantidad pueden ser mayores según el diseño del beneficio y estarán limitados por la cantidad prescrita.
- b. Cambios en el Nivel de Atención de LTC
- i. Para los residentes de LTC, la farmacia envía un SCC para permitir TF y para anular los rechazos elegibles para TF, los rechazos de Surtido Demasiado Pronto y ciertos rechazos de servicio DUR para nuevas admisiones. Los Surtidos de Transición de Nivel de Atención están permitidos para el suministro mensual aplicable (31 días), excepto para los sólidos orales de marca que están limitados a surtidos de 14 días con excepciones según lo requerido por la directriz de CMS, a menos que se presenten con un SCC 21-36. De lo contrario, estos reclamos de medicamentos se rechazarían por no ser un formulario o un formulario con ediciones de gestión de utilización.
  - ii. Los TF de Nivel de Atención están permitidos por día calendario, por beneficiario, por medicamento, por farmacia, por plan para un suministro de días acumulativos dentro del beneficio de LOC de LTC.
  - iii. Para todos los Beneficiarios que experimentan un Cambio en el Nivel de Atención, si un cambio de dosis resulta en un “surtido temprano”, un rechazo de Surtido Demasiado Pronto o un rechazo de servicio DUR, la farmacia puede llamar al Servicio de Asistencia a Farmacias para obtener una anulación.
  - iv. Los límites del plan de cantidad pueden ser mayores según el diseño del beneficio y estarán limitados por la cantidad prescrita.
8. Procesamiento de Autorizaciones Previas y Terapia Escalonada Elegibles y No Elegibles para TF con Ediciones de Gestión de Utilización
- a. El PBM delegado codifica las siguientes ediciones de gestión de utilización en medicamentos de modo que no se apliquen anulaciones de TF:
    - i. Medicamentos que requieren determinación de cobertura de la Parte A o B frente a la Parte D según lo identificado en la base de datos de medicamentos del PBM delegado.
    - ii. Los medicamentos excluidos de la Parte D se benefician según lo identificado en la base de datos de medicamentos del PBM delegado.
    - iii. Ediciones para apoyar la determinación del estado del medicamento de la Parte D.
    - iv. Las ediciones de seguridad de DUR, como la duplicación terapéutica, el paracetamol acumulativo, los equivalentes en miligramos de morfina (MME), la interacción farmacológica y las alertas de edad están configuradas para rechazar.

La terapia escalonada elegible para TF, la autorización previa y las ediciones de límite de cantidad que no son de seguridad se resuelven en POS.
9. Suministro de días acumulados
- a. Los surtidos de transición para suministros dispensados a menos de la cantidad escrita, o menos de los días de suministro disponibles bajo las reglas de transición, se permiten múltiples surtidos hasta al menos el suministro del mes aplicable.
  - b. Para las ediciones DUR que se basan en una dosis diaria máxima recomendada por la FDA, las afirmaciones de TF que se dispensan a menos de la cantidad prescrita debido a esta edición se permiten surtidos durante el Periodo de TF.
  - c. El suministro de días acumulados de TF del PBM delegado se acumula en el nivel GPI 14 del medicamento por Beneficiario y en todo el plan (o códigos del plan). El Suministro de Emergencia de LTC y los beneficios de Cambio de Nivel de Atención/Paciente Nuevo de LTC se acumulan por separado.

- d. Estos límites del plan de cantidad pueden ser mayores según el diseño del beneficio y estarán limitados por la cantidad prescrita.
10. El proceso de transición del PBM delegado está codificado de tal manera que si no se puede hacer la distinción entre una receta nueva para un medicamento no incluido en el formulario y una receta continua para un medicamento no incluido en el formulario en el POS, el proceso de transición del PBM delegado se aplicará a la receta como si fuera una terapia farmacológica en curso. Esto se conoce como el proceso de Nuevo Beneficiario.
11. Avisos de Transición
- a. Se envía un aviso de transición por escrito por correo de primera clase de EE. UU. al Beneficiario dentro de los tres (3) días hábiles posteriores a la adjudicación de un surtido temporal.
  - b. Para los TF de LTC para sólidos orales de marca limitados a un suministro de 14 días, se enviará un aviso de TF solo después del *primer* surtido temporal.
  - c. El aviso identifica lo siguiente:
    - i. una explicación del carácter temporal del suministro de transición facilitado al Beneficiario
    - ii. instrucciones para trabajar con el PBM delegado y el prescriptor para satisfacer los requisitos de gestión de la utilización o para identificar alternativas al formulario terapéuticamente equivalentes y apropiadas
    - 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 actual "Aviso Modelo de Transición de la Parte D" de CMS para notificar a los Beneficiarios las razones de sus surtidos de transición y recomendaciones de acciones. A pesar de cualquier referencia en esta política a la presentación de un aviso de transición que utiliza el aviso modelo de CMS a través del sistema de archivo y uso, ya que CMS ha declarado que esto no es necesario, el aviso modelo no se enviará a través del proceso de archivo y uso a menos que, y hasta que, CMS lo requiera.
  - e. Los avisos de transición a los prescriptores se proporcionan cuando se produce un aviso de surtido de transición del Beneficiario. El contenido de este aviso se basa en el contenido del aviso de surtido de transición del Beneficiario o el aviso modelo de CMS si se proporciona. Se hacen esfuerzos razonables para entregar el aviso al prescriptor.
12. Disponibilidad de formularios de autorización previa y solicitud de excepción
- a. Los formularios de autorización previa y solicitud de excepción están disponibles a solicitud del Beneficiario o prescriptor a través de una variedad de medios, incluidos correos electrónicos, correo, fax y formularios publicados en los sitios web del plan y del PBM delegado.
  - b. El Patrocinador es responsable de proporcionar estos formularios.
13. El proceso de transición de PBM delegado para nuevos Beneficiarios está codificado para aplicarse a través de los Años de Contrato para Beneficiarios con una fecha de inscripción efectiva al final del año del plan y que necesitan 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 inscriben en el año del contrato actual a través del Periodo de TF que comienza el 1 de enero del próximo año del plan.
14. Extensiones de transición
- Para los Patrocinadores que utilizan el Servicio de Atención al Cliente del PBM delegado caso por caso, el Servicio de Atención al Cliente del PBM delegado proporcionará una extensión del período de transición para acomodar



a los Beneficiarios que continúan esperando la resolución de una autorización previa pendiente o una solicitud de excepción. Las extensiones están disponibles a través del Servicio de Asistencia a Farmacias o Atención al Cliente y según el diseño del plan del Patrocinador.

15. De acuerdo con el proceso de TF proporcionado a los nuevos Beneficiarios, el PBM delegado proporciona surtidos de transición a los Beneficiarios renovados durante el Periodo de TF del Año del Contrato con un historial de utilización de medicamentos afectados cuando esos Beneficiarios no han sido transferidos a un medicamento del formulario terapéuticamente equivalente; o para quienes las excepciones del formulario/autorizaciones previas no se procesan antes del nuevo Año del Contrato. Esto se aplica en POS a todos los Beneficiarios renovados, incluidos los que residen en las instalaciones de LTC.
  - a. Los Surtidos de Transición de Beneficiarios Renovados están disponibles para todos los Beneficiarios durante el Periodo de TF que se ven afectados por un cambio negativo en el formulario. Los Beneficiarios Renovados deben tener un historial de utilización del medicamento para el cual se solicita la cobertura.
  - b. Para estos Beneficiarios, el sistema de adjudicación de PBM delegado procesa y paga automáticamente los reclamos elegibles para el surtido de transición y transmite mensajes de POS de que se pagan según las reglas del surtido de transición.
  - c. Los suministros de transición adicionales están disponibles caso por caso a través del Servicio de Asistencia a Farmacias para garantizar una transición adecuada. Las farmacias no están obligadas a presentar o volver a presentar, un PAMC u otro código específico de TF para reclamos elegibles para TF para adjudicar y pagar.
  - d. Los límites de cantidad y tiempo del plan pueden ser mayores según el diseño de los beneficios y estarán limitados por la cantidad prescrita.
  
17. Monitoreo e informes del programa de suministro de transición
  - a. Los procesos de surtido de transición se monitorean en y dentro de cada área del programa que tiene la responsabilidad de los procesos de FT. El monitoreo del programa de FT es tanto cuantitativo como cualitativo.
  - b. Los datos de adjudicación de reclamos de transición se utilizan para elaborar informes estándar de reclamos de TF pagados y reclamos rechazados para el monitoreo cuantitativo del programa. El monitoreo del desempeño del programa incluye informes y control de todos los tipos de TF: TF para Beneficiarios nuevos y que renuevan; y Cambio de nivel de atención y suministro de emergencia de TF de LTC.
  - c. Soporte y respuesta a auditorías y otras solicitudes de datos
    - i. Las solicitudes de auditoría de datos de surtido de transición de los CMS u otras entidades apropiadas se responden dentro del período designado en la solicitud; o tan pronto como sea razonablemente posible, lo que sea más apropiado según el solicitante.
    - ii. Las solicitudes no urgentes de datos de surtido de transición se responden dentro de un plazo de diez días hábiles. Otros tiempos de respuesta están disponibles para cada caso en particular, según sea necesario.

## **DECLARACIÓN DE IMPLEMENTACIÓN**

A continuación se presenta un resumen de cómo se procesan los reclamos elegibles según las reglas del sistema de adjudicación del TF en el punto de venta (POS) y la presentación manual para permitir la anulación de las ediciones del sistema que de otro modo darían lugar a reclamos rechazados. El objetivo de estas reglas del sistema de adjudicación del TF es garantizar que las farmacias puedan resolver y anular las ediciones elegibles para TF en el POS



con el fin de garantizar el acceso de los Beneficiarios a los medicamentos según los requisitos y las pautas de la Parte D.

1. El sistema de adjudicación del TF garantiza que:
  - a. Los reclamos elegibles para TF para recetas nuevas y en curso se adjudiquen automáticamente al presentarse en el POS para:
    - i. Nuevos Beneficiarios en el plan después del período electoral anual coordinado
    - ii. Beneficiarios de Medicare recientemente elegibles de otra cobertura
    - iii. Beneficiarios que cambian de otro Plan de la Parte D después del inicio de un Año del Contrato
    - iv. Beneficiarios actuales afectados por cambios negativos en el formulario (incluidos los nuevos requisitos de gestión de uso) de un Año del contrato al siguiente
    - v. Beneficiarios que residen en instalaciones de LTC
  - b. El procesamiento de surtido de transición también está disponible mediante anulaciones manuales a través del Servicio de Asistencia a Farmacias.
  - c. Se aplican el período de TF y la verificación de elegibilidad al reclamo. El Patrocinador proporciona la fecha de inicio de la elegibilidad para el TF del Beneficiario y se basa en el diseño del plan. La lógica del TF no se invoca si un reclamo excede los parámetros del período del TF o del suministro de días acumulados según la elegibilidad del Beneficiario.
  - d. El procesamiento del TF permite suministros de transición de diferentes concentraciones de medicamentos. Los beneficios del TF (incluido el suministro de días acumulados) se establecen en función del Identificador de producto genérico (GPI) 14 del medicamento para permitir el procesamiento de TF de diferentes concentraciones de un medicamento según las reglas del sistema de TF. Esto garantiza que un Beneficiario que toma un medicamento con una concentración determinada pueda recibir un TF para el mismo medicamento/una concentración diferente si se presenta con una nueva receta dentro del período elegible para el TF
  - e. Para aquellos Beneficiarios que son nuevos en el plan, los Beneficiarios que renuevan durante el período del TF, y para el Cambio de nivel de atención de LTC y suministros de emergencia, se permite el TF para dosis escalonada, según corresponda, mediante una anulación manual a través del Servicio de asistencia para farmacias del PBM delegado.
  - f. Medicamentos Med D solo permitidos para TF. Los medicamentos que no son de Med D están excluidos del procesamiento de TF. Los medicamentos que no son de Med D se identifican con una "N" en el campo "Med D" en la base de datos de medicamentos del PBM delegado. Esto permite que la lógica del sistema del TF los excluya del procesamiento de surtido de transición cuando las farmacias envían reclamos por estos medicamentos. Los medicamentos que están cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare y, por lo tanto, son potencialmente elegibles para TF, se identifican con una "S" en el campo Med D en la base de datos de medicamentos del PBM delegado.
  - g. Compuestos con múltiples ingredientes procesados para TF. El procesamiento del TF para los medicamentos compuestos con múltiples ingredientes (MIC) se basa en el estado del formulario del reclamo. Según la configuración del diseño de beneficios de MIC seleccionada, el estado del formulario del reclamo de MIC puede basarse en el estado del formulario del ingrediente más caro presentado o el estado del formulario de todo el reclamo (si todos los MIC

se consideran incluidos en el formulario, o no incluidos en el formulario, o solo los MIC tópicos se consideran no incluidos en el formulario y los MIC no tópicos se basan en el ingrediente más caro presentado). Los medicamentos que no están incluidos en el formulario se procesarán según las reglas de MIC del TF. Las ediciones escalonadas, QvT, de dosis diarias y de edad se pueden omitir para medicamentos MIC y reclamos pagados fuera del TF según la configuración del diseño de beneficios. Para los MIC que son Medicamentos no incluidos en el formulario y suelen estar cubiertos solo de conformidad con una solicitud de excepción aprobada, a los medicamentos MIC procesados para TF se les asigna el costo compartido correspondiente al nivel de excepción (es decir, el costo compartido aplicable a los Medicamentos no incluidos en el formulario aprobados de conformidad con una solicitud de excepción.) El suministro de transición de MIC para medicamentos incluidos en el formulario con una edición de UM recibirá el mismo costo compartido que se aplicaría si se cumplieran los criterios de UM.

Paso 1: La adjudicación de MIC determina el tipo de compuesto; determina si el MIC es un medicamento de la Parte A o B o de la Parte D. Si se determina que el MIC es un medicamento elegible de la Parte D (sin ingredientes de la Parte A o B y al menos un ingrediente de la Parte D), continúe con el Paso 2.

Paso 2: La adjudicación determina el estado del formulario del reclamo de MIC de la Parte D según el diseño de beneficios; la configuración de los beneficios determina si está incluido en el formulario o si no está incluido en el formulario.

- i. Si el plan ha designado todos los compuestos o solo los compuestos tópicos como No incluidos en el formulario, entonces toda el reclamo se considera No incluido en el formulario y se aplicará el TF.
  - ii. Si el plan basa el estado del formulario en el ingrediente de la Parte D más caro:
    1. Si el ingrediente más caro es un medicamento incluido en el formulario, entonces todos los ingredientes de la Parte D del MIC se pagan según las tarifas contratadas.
    2. Si el ingrediente más caro no está incluido en el formulario y es elegible para TF, entonces todos los ingredientes de la Parte D del MIC se pagan como TF. La carta de TF se refiere a esta receta como una receta "compuesta".
    3. Si el ingrediente más caro no es elegible para TF, todo el MIC se rechazará/ no se pagará como TF.
2. Esta política y procedimiento se actualizan al menos una vez al año antes del período de confirmación del TF de los CMS con los cambios de proceso previstos para el año siguiente. La política también se actualiza según sea necesario para cambios adicionales.
3. Los reclamos por medicamentos no incluidos en el formulario son elegibles para el procesamiento de TF.
- a. Presentación de medicamentos genéricos
    - i. El Medicamento de marca se mantiene dentro del formulario cuando se presenta un genérico: En el caso de la presentación de un nuevo medicamento genérico, el Patrocinador elige si mantiene la marca dentro del formulario y no agrega el genérico al formulario. Un Beneficiario con el medicamento de marca equivalente en el historial retroactivo no será elegible para un surtido de transición del genérico con la misma formulación, si el Patrocinador elige no ofrecer el TF. Se enviará un mensaje a la farmacia para que dispense la marca. La marca estaría disponible sin necesitar el TF. Si un Beneficiario está tomando actualmente un medicamento de marca, se proporcionará un surtido de transición para el medicamento de marca con un cambio del formulario para que el Beneficiario tenga tiempo suficiente para trabajar con el profesional que receta para obtener un cambio apropiado a un medicamento terapéuticamente equivalente o completar una solicitud de excepción para mantener la cobertura de un medicamento existente por razones de necesidad médica.



- ii. Sustitución inmediata de medicamentos genéricos: En el caso de la presentación de un nuevo medicamento genérico, el Patrocinador o PBM delegado, en nombre del Patrocinador de la plantilla del formulario delegado, evaluará si el medicamento genérico se agregará inmediatamente al formulario y si el medicamento de marca cambiará a un estado de No incluido en el formulario que no es elegible para TF.
  - b. Los Beneficiarios con un reclamo actual por un medicamento que requiere un límite de cantidad inferior al límite de cantidad en el historial de dosis del beneficiario serán elegibles para el procesamiento de TF.
4. Existen capacidades de sistemas para proporcionar suministros de transición en el POS. Las farmacias no están obligadas a enviar o volver a enviar un PAMC u otros códigos específicos de TF para adjudicar un reclamo elegible para TF.
- a. Notificación del POS al proveedor de farmacia
    - i. Se notifica a las farmacias en el punto de venta que los reclamos se han pagado según las reglas del TF, cuyo objetivo es ayudar a las farmacias a analizar los próximos pasos con los Beneficiarios.
    - ii. La información y las comunicaciones de procesamiento del TF se envían a todas las farmacias de la red. La información y las comunicaciones de procesamiento del TF incluyen, entre otros: Manual del proveedor de farmacia y todas las actualizaciones relacionadas; y el documento Información/Recordatorios de la Parte D de Medicare que se envía anualmente a las farmacias de la red antes del comienzo de cada nuevo Año del contrato.
    - iii. Servicio de Asistencia a Farmacias (PHD) del PBM delegado: Las farmacias que se comunican con el PHD reciben información verbal sobre la disponibilidad, el proceso y los derechos del TF del Beneficiario para solicitar autorizaciones previas y/o excepciones, y cómo enviar una solicitud de TF automatizada.
    - iv. Pago automático de reclamos elegibles para TF  
Cuando los reclamos enviados son elegibles para el pago según las reglas del TF, la lógica del sistema de adjudicación de RxClaim aplica el TF PAMC 22223333444 al reclamo, etiqueta el reclamo como TF pagado y devuelve el siguiente mensaje en los reclamos de TF pagados.  
Las farmacias no están obligadas a enviar o volver a enviar un PAMC u otros códigos específicos de TF para adjudicar un reclamo elegible para TF. Los códigos y mensajes relacionados con el TF que se devuelven a las farmacias en los reclamos de TF pagados cumplen con los Estándares actuales de reclamos de telecomunicaciones NCPDP. De acuerdo con estos estándares, el mensaje "Pagado según el surtido de transición" sigue a los mensajes ADDINS (seguro adicional) y Ahorros genéricos/de marca cuando éstos corresponden. De lo contrario, se devuelve "Pagado según el surtido de transición" como el primer mensaje en los reclamos de TF pagados. Los reclamos que no son elegibles para TF se rechazan y no se pagan según las reglas del TF.

"Pagado según el surtido de transición. No incluido en el formulario".
"Pagado según el surtido de transición. Requiere PA".
"Pagado según el surtido de transición. Otro motivo de rechazo". (Nota: Esto incluye requisitos de escalonado, QvT, dosis diarias y edad)

Además de los mensajes del POS anteriores, y de acuerdo con los Estándares actuales de reclamos de telecomunicaciones NCPDP, los siguientes códigos de mensaje de aprobación también se devuelven en los reclamos de TF pagados.

**CÓDIGOS DE MENSAJES DE APROBACIÓN DEL TF**

<b>Código de mensaje de aprobación de farmacia NCPDP</b>	<b>Condición de TF</b>
005	El reclamo de TF se paga durante el período de transición, pero requiere una autorización previa
006	El reclamo de TF se paga durante el período de transición y se consideró no incluido en el formulario
007	El reclamo de TF se paga durante el período de transición debido a cualquier otra circunstancia
009	El reclamo de TF se paga por una situación de surtido de emergencia, pero requiere una autorización previa
010	El reclamo de TF se paga por una situación de surtido de emergencia y se consideró no incluido en el formulario
011	El reclamo de TF se paga por una situación de surtido de emergencia debido a cualquier otra circunstancia
013	El reclamo de TF se paga por una situación de cambio de nivel de atención, pero requiere una autorización previa
014	El reclamo de TF se paga por una situación de cambio de nivel de atención y se consideró no incluido en el formulario
015	El reclamo de TF se paga por una situación de cambio de nivel de atención debido a cualquier otra circunstancia

- b. Hay condiciones bajo las cuales puede ser necesario que el PHD o CC del PBM delegado ingrese una anulación de TF manual. Estas situaciones incluyen, entre otras:
- i. El Beneficiario que no es de LTC pasa de un entorno de tratamiento a otro, si no se identifica automáticamente a través del proceso de adjudicación
  - ii. El Beneficiario ha solicitado una excepción y la decisión está pendiente al momento en que expira el período del TF o se agota el suministro de días acumulados del TF

- iii. Se necesita un TF para aumentar la dosis
- c. Cuando se ingresan manualmente con el PAMC del TF, estas anulaciones de TF se adjudican y etiquetan a través de los mismos procesos que los TF del POS automatizados. En las anulaciones de TF manuales se devuelve a las farmacias el mismo mensaje de “Pagado según el surtido de transición...” que se devuelve en los reclamos de TF con pagos automatizados. Las cartas de TF se producen y envían al Beneficiario para las anulaciones de TF manuales al igual que anulaciones del POS.
5. Parámetros de días de suministro de TF y período (y días de suministro de LTC para la declaración 7)

Descripción	Días de suministro de TF
<i>Beneficiarios nuevos y que renuevan</i>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Estos límites de cantidad y tiempo del plan pueden ser mayores según el diseño de beneficios y estarán limitados por la cantidad recetada.</i></li> <li>• <i>No de LTC: suministro acumulado del mes aplicable dentro de los primeros 90 días en el plan; se permiten surtidos múltiples hasta el suministro de un mes acumulado aplicable para ajustarse a surtidos por cantidades inferiores a las recetadas.</i></li> <li>• <i>LTC: suministro acumulado del mes aplicable dentro de los primeros 90 días en el plan, los sólidos orales de marca están limitados a un suministro de 14 días con las excepciones requeridas por las pautas de los CMS, a menos que se presenten con un SCC de 21-36; se permiten varios surtidos para un suministro de un mes acumulado aplicable para ajustarse a surtidos por cantidades inferiores a las recetadas/primeros 90 días</i></li> </ul>
<i>Cambio en el nivel de atención de los residentes que no son de centros de LTC</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Beneficiario dado de alta de un centro de LTC en los últimos 30 días</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Estos límites de cantidad del plan pueden ser mayores según el diseño de beneficios y estarán limitados por la cantidad recetada</i></li> <li>• <i>No de LTC: suministro acumulado del mes aplicable; se permiten surtidos múltiples hasta el suministro de un mes acumulado aplicable para ajustarse a surtidos por cantidades inferiores a las recetadas.</i></li> <li>• <i>TF disponible en el POS si se identifica mediante adjudicación; de lo contrario, mediante anulación manual a través del servicio de asistencia para farmacias, según cada caso particular</i></li> </ul>

<p><i>Extensión de TF para nuevos y quienes renuevan</i></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Beneficiarios nuevos o existentes</i></li> <li>• <i>Fuera de los parámetros estándar de días de suministro de TF o período</i></li> <li>• <i>Se han alcanzado los parámetros del TF y el Beneficiario aún espera la decisión de determinación de cobertura/excepción</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Estos límites del plan estarán limitados por la cantidad recetada</i></li> <li>• <i>No de LTC: Según el diseño del plan del Patrocinador, mediante anulación manual, adicional según sea necesario, siempre que la decisión de determinación de cobertura o de excepción esté pendiente</i></li> <li>• <i>LTC: según el diseño del plan del Patrocinador, mediante anulación manual, adicional según sea necesario, siempre que la decisión de determinación de cobertura o de excepción esté pendiente</i></li> </ul>

- a. Cambio en el nivel de atención de los residentes que no son de centros de LTC
  - i. Para los residentes que no son de centros de LTC, se puede proporcionar un surtido de transición automáticamente en el POS, si el proceso de adjudicación indica un cambio de Nivel de atención de LTC a no de LTC y el reclamo se rechaza por Reposición demasiado temprana (R79) o DUR (R88). De lo contrario, la farmacia puede llamar al Servicio de asistencia para farmacias del PBM delegado para obtener una anulación que le permita presentar una solicitud de surtido de transición de Nivel de atención.
  - ii. Se indica un cambio de Nivel de atención de LTC a no de LTC en el proceso de adjudicación si el medicamento presentado coincide con un reclamo en los 120 días más recientes del historial en el GPI 14 con un Código de ubicación del paciente que indica LTC. A los residentes que no son de centros de LTC se les permite un suministro de hasta un mes acumulado aplicable (o más según el diseño de beneficios); se permiten surtidos múltiples hasta el suministro de un mes acumulado aplicable para ajustarse a surtidos por cantidades inferiores a las recetadas.
  
6. El sistema de adjudicación garantiza que los costos compartidos aplicados a los TF para los Beneficiarios del subsidio por bajos ingresos (LIS) nunca exceda los montos máximos de copago establecidos por la ley; y para los Beneficiarios que no aplican para el LIS, el costo compartido se basa en uno de los niveles de costo compartido aprobados del plan y es consistente con lo que se cobra por los medicamentos no incluidos en el formulario aprobados bajo una excepción de cobertura. El suministro de transición no incluido en el formulario recibirá el mismo costo compartido que se aplicaría para una excepción no incluida en el formulario, y el suministro de transición para medicamentos incluidos en el formulario con una edición de UM recibirá el mismo costo compartido que se aplicaría si se cumplieran los criterios de UM.
  
7. Procesamiento para un entorno de LTC
  - a. Códigos de red de farmacias y tipo de residencia del paciente  
 Los parámetros del TF pueden variar según el nivel de la red (o de la lista de redes) mediante el uso de las listas de redes o de farmacias. Por lo tanto, se pueden ajustar distintos días de suministro de TF para proveedores minoristas, por correo, de LTC y/o infusiones en el hogar. Los códigos de tipo de servicio de farmacia y tipo de residencia del paciente en los reclamos enviados se utilizan para identificar al reclamo como de LTC o no de LTC a los efectos del reembolso y los días de suministro de TF permitidos.

- i. Los valores definidos como de LTC por las operaciones de la red de farmacias del PBM delegado se cruzan internamente durante la adjudicación de RxClaim al valor del sistema existente "Código de ubicación del paciente" (PLC) 03.
- b. Se permiten límites de suministro de días acumulados de TF de LTC para reclamos calificados enviados con los PLC que designen LTC.
- c. El suministro de emergencia (ES) de LTC se permite después de que los parámetros de suministro de transición se agotan, superan o vencen para los Beneficiarios nuevos y los que renuevan y aún está pendiente una determinación de cobertura o una excepción. La política de transición de ES de LTC proporciona un suministro acumulado de 31 días, excepto para los sólidos orales de marca oral que están limitados a un suministro de 14 días con las excepciones requeridas por las pautas de los CMS, a menos que se presenten con un SCC de 21-36.
- d. El cambio de nivel de atención del TF de LTC y el suministro de emergencia de LTC se automatizan según las reglas específicas de presentación de reclamos de POS. Las farmacias reciben instrucciones sobre cómo enviar correctamente los reclamos que califican mediante las actualizaciones del Manual del proveedor y las comunicaciones continuas de la red para que estos reclamos se procesen correctamente como TF bajo las condiciones aplicables de TF de LTC.

CAMBIOS EN EL NIVEL DE ATENCIÓN DE LTC Y LTC SUMINISTRO DE LTC DE EMERGENCIA	
<i>Descripción</i>	<i>Días de suministro de TF</i>
Cambios en el nivel de atención (LOC) de LTC El beneficiario reside en un centro de LTC y es un Nuevo paciente admitido	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beneficiario admitido en un centro de LTC en los últimos 30 días</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estos límites de cantidad del plan pueden ser mayores según el diseño de beneficios y estarán limitados por la cantidad recetada</li> <li>• Suministro mensual acumulado aplicable, excepto para sólidos orales de marca que están limitados a un suministro de 14 días con las excepciones requeridas por las pautas de los CMS, a menos que se presenten con un SCC de 21-36;</li> </ul> <p>En POS presentado con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Código de aclaración de presentación 420-DK Valor "18"</li> <li>• Código de ubicación del paciente identificado como LTC</li> <li>• Los surtidos adicionales, según sea necesario, están disponibles mediante anulaciones de TF manuales a través del Servicio de asistencia para farmacias</li> <li>• Se permiten múltiples surtidos para ajustarse a los cambios de LOC</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El TF por LOC de LTC se permite por día calendario, por Beneficiario, por medicamento, por farmacia, por plan para un suministro de días acumulados dentro del beneficio definido por LOC de LTC.</li> <li>• Los Beneficiarios nuevos y que renuevan deben haber agotado o excedido los días de suministro del TF o debe haber vencido el período para el TF</li> <li>• Para los reclamos de LTC, donde se aplica el SCC 18 al lado principal de una coordinación de transacción única en el reclamo de beneficios para anular la Reposición demasiado temprana (RTS) (R79, R88), esa misma anulación para la RTS (R79, R88) también se aplicará al lado secundario de la transacción.</li> <li>• Si el beneficio para LOC de LTC se contrata y paga, contará para el beneficio de LOC de LTC. Los beneficios restantes de TF que no sean de LTC o que sean de LTC seguirán estando disponibles durante el período del TF.</li> <li>• Si los próximos días de suministro del reclamo por LOC de LTC entranantes excede el beneficio máximo del LOC de LTC, se enviará un mensaje a la farmacia para notificar del beneficio de TF restante de LTC o no de LTC disponible durante el período del TF.</li> </ul>
<p>El Beneficiario de Suministro de emergencia de LTC reside en un centro de LTC</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suministro de emergencia (ES) de LTC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estos suministros pueden ser mayores según el diseño de beneficios y estarán limitados por la cantidad recetada.</li> <li>• Suministro acumulado para 31 días, excepto los sólidos orales de marca que están limitados a un suministro de 14 días con las excepciones requeridas por las pautas de los CMS, a menos que se presenten con un SCC de 21-36.</li> </ul> <p>En POS presentado con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Código de aclaración de presentación 420-DK Valor "7"</li> <li>• Código de ubicación del paciente identificado como LTC</li> <li>• El TF automatizado en POS para ES de LTC está configurado para permitir un ES cada 30 días consecutivos, limitado a un ES por estadía en un LTC. La lógica de adjudicación se remonta a 30 días a partir del día posterior</li> </ul>

	<p>a la fecha del surtido.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se permiten ES de LTC por día calendario, por Beneficiario, por medicamento, por farmacia, por plan para el suministro de días acumulados durante un mes consecutivo</li> <li>• Los Beneficiarios nuevos y que renuevan deben haber agorado o excedido los días de suministro del TF o debe haber vencido el período para el TF, y mientras haya una excepción o autorización previa pendiente</li> <li>• Si el beneficio para ES de LTC se contrata y paga, contará para el beneficio de ES de LTC. Los beneficios restantes de TF que no sean de LTC o que sean de LTC seguirán estando disponibles durante el período del TF.</li> <li>• Si los próximos días de suministro del reclamo por ES de LTC entrantes exceden el beneficio máximo del ES de LTC, se enviará un mensaje a la farmacia para notificar del beneficio de TF restante de LTC o no de LTC disponible durante el período del TF.</li> </ul>
--	---

- e. Cambio en el nivel de atención de LTC para los Beneficiarios admitidos o dados de alta de un centro de LTC: las ediciones de reposición temprana no se utilizan para limitar el acceso adecuado y necesario a su beneficio de la Parte D, y tales Beneficiarios podrán acceder a una reposición al momento de la admisión o el alta.

**CAMBIOS EN EL NIVEL DE ATENCIÓN DE LTC Y LTC SUMINISTRO DE LTC DE EMERGENCIA**

**REPOSICIÓN DEMASIADO TEMPRANA (RTS) Y ANULACIONES DE REVISIÓN DE USO DE MEDICAMENTOS (DUR)**

Descripción	Edición	Código de rechazo	Punto de venta	Anulación manual disponible
Cambio en el nivel de atención de LTC	RTS/Opción de plan 15	79	S	S (si el fármaco califica como TF, se utiliza la anulación de TF)
Suministro de emergencia de LTC	RTS/Opción de plan 15	79	N	S (si el fármaco califica como TF, se utiliza la anulación de TF)

Cambio en el nivel de atención de LTC	DUR - Opción de plan 30	88	S	S (si el fármaco califica como TF, se utiliza la anulación de TF)
Suministro de emergencia de LTC	DUR - Opción de plan 30	88	N	S (si el fármaco califica como TF, se utiliza la anulación de TF)

8. Ediciones de surtido de transición

a. **Anular ediciones no aplicadas durante el TF**

Las anulaciones de TF no se aplican en el POS, o de forma manual a los medicamentos con límites de dosis basados en el etiquetado máximo de la FDA, medicamentos A o B vs D que requieren determinación de cobertura antes de la aplicación de los beneficios del TF, o medicamentos no cubiertos por los CMS bajo los beneficios del programa de la Parte D, que incluyen medicamentos que requieren una indicación médicamente aceptada.

i. **Reposición demasiado temprana (RTS)**

La lógica del sistema de TF automatizado para Beneficiarios nuevos y que renuevan no permite anular las ediciones de RTS (excepto para el Cambio de nivel de atención de LTC). En cambio, el rechazo 79 (RTS) se devuelve a las farmacias cuando los reclamos enviados llegan a esta edición.

ii. **Ediciones de seguridad de DUR**

La lógica del sistema de TF automatizado para Beneficiarios nuevos y que renuevan no permite anular las ediciones de seguridad de DUR que están configuradas para ser rechazadas en el punto de venta. En cambio, el rechazo 88 (DUR) se devuelve a las farmacias con las instrucciones adecuadas cuando los reclamos enviados llegan a esta edición.

iii. **Medicamentos solo de la Parte A o B**

La lógica de adjudicación automática de TF no se aplica a los reclamos de medicamentos de la Parte A o B. Todos los medicamentos que son "solo" de Med A o B están excluidos de los procesos y pagos del TF según las reglas del TF y están etiquetados con un estado "N" en el campo de estado "Med D" en la base de datos de medicamentos del PBM delegado. Los medicamentos de la Parte A o B solo se rechazan mediante los códigos de rechazo apropiados y los mensajes de rechazo estructurados de los Estándares actuales de reclamos de telecomunicaciones NCPDP aplicables.

iv. **Parte A o B versus Parte D (A o B vs D)**

Los medicamentos de la Parte A o B vs la D no se proporcionan como TF de la Parte D para determinar la cobertura apropiada de la Parte A o la Parte B vs la D. Se necesita una determinación para identificar la cobertura correcta del medicamento. Los medicamentos de la Parte A o B vs la D se rechazan mediante los códigos de rechazo apropiados y los mensajes de rechazo estructurados de los Estándares actuales de reclamos de telecomunicaciones NCPDP aplicables. Se informa al Beneficiario, al médico que receta o a la farmacia que llamen al PBM delegado para la revisión clínica para determinar la cobertura aplicable. En el sistema de adjudicación de RxClaim, los medicamentos de la Parte A o B vs la D se configuran con un indicador de identificación en la tabla de Autorización previa de RxClaim. El indicador de identificación específica que un medicamento está clasificado como medicamento de la Parte A o B vs la D.

Reclamos de la Parte A o B versus la D rechazados con A3 (este producto puede estar cubierto bajo hospicio - Medicare A); A4 (este producto puede estar cubierto bajo el pago combinado de Medicare para un centro de diálisis para ESRD); A5 (no cubierto bajo la ley de la Parte D); o A6 (este producto/servicio puede estar cubierto bajo la Parte B de Medicare. En el mensaje de rechazo de estos reclamos de medicamentos, se proporcionan los números de teléfono a nivel del plan para ayudar a comunicarse con el plan para obtener una determinación, si es necesario. Si las determinaciones de la Parte A o B vs la D se delegan al PBM delegado; se tomará una determinación de la cobertura correcta. Si un medicamento incluido en el formulario está cubierto por la Parte D, se ingresa una PA en el sistema RxClaim para permitir que el reclamo se pague bajo la cobertura de la Parte D del Beneficiario si es elegible según la cobertura estándar de la Parte D. Si un medicamento no incluido en el formulario está cubierto por la Parte D, el reclamo se evalúa para determinar si es elegible

para el surtido de transición. Si el reclamo es elegible para TF, entonces se proporciona un TF y el Beneficiario recibe la notificación de TF correspondiente.

v. **Medicamentos excluidos: no cubiertos por los CMS según los beneficios del programa de la Parte D**

Los CMS requieren que algunos medicamentos se revisen para determinar el estado de los medicamentos de la Parte D. Estos medicamentos requieren una indicación médicamente aceptada sobre la base de la etiqueta de aprobación de la FDA o del compendio aprobado por los CMS para determinar si es elegible para la cobertura de la Parte D. Los Beneficiarios pueden solicitar una excepción al formulario para estos medicamentos. Los medicamentos solo se aprobarán para aquellos Beneficiarios que proporcionen el diagnóstico que demuestre que el medicamento se recetó para una indicación médicamente aceptada. Los Beneficiarios que tengan una determinación de cobertura (autorización previa o excepción del formulario) rechazada, recibirán una carta de rechazo que indica que su medicamento no es un medicamento de la Parte D. Los Beneficiarios tendrán derecho a apelar la decisión. Si se determina que el medicamento es para una indicación médicamente aceptada y, por lo tanto, se trata de un medicamento de la Parte D, pero no se cumplen los criterios de gestión de uso adicionales, entonces se revisa el reclamo para determinar la elegibilidad del TF y se ingresa una PA si corresponde.

Los medicamentos excluidos pueden rechazarse por las siguientes razones:

1. Los medicamentos incluidos en el formulario se rechazarán si se requiere autorización previa (PA) (R75).
2. Los medicamentos no incluidos en el formulario se rechazarán como no incluidos en el formulario (R70).

b. **Ediciones elegibles para TF**

Los parámetros de días de suministro y tiempo del TF se aplican a los reclamos enviados para:

- Medicamentos no incluidos en el formulario
- Medicamentos incluidos en el formulario con autorización previa, terapia escalonada, QL (cantidad vs tiempo, dosis diaria) o ediciones de edad. La lógica del TF puede aplicarse o no, de acuerdo con el diseño de beneficios del Patrocinador, en situaciones en las que existe una dosis máxima etiquetada por la FDA que no debe excederse por razones de seguridad. El siguiente es el orden de procesamiento de los medicamentos a los que se aplican ediciones: terapia escalonada; autorización previa; límites de cantidad (incluida la dosis diaria y la edad).

A continuación se enumeran los tipos únicos de condiciones para el surtido de transición.

i. **No incluido en el formulario (NF)**

Medicamentos que no están cubiertos en un formulario cerrado. El TF NF anula un código de rechazo 70 para el NDC No cubierto (rechazo 70 del plan). Código Nacional de Medicamentos (NDC).

ii. **Autorización previa (PA)**

Medicamentos que están cubiertos en el formulario pero requieren autorización previa. La PA de TF anula un código de rechazo 75 para autorización previa.

iii. **Terapia escalonada**

Los medicamentos incluidos en el formulario que se rechazan para los requisitos previos de la Terapia escalonada pueden ser elegibles para TF. El procesamiento de TF permite que se anule el rechazo de la Terapia escalonada y que el reclamo se procese a través de la lógica del programa de Terapia escalonada y se publique en el historial de manera adecuada. Para algunos medicamentos con ediciones de terapia escalonada donde el Beneficiario obtuvo un TF ("eximido" o ST-PA Tipo 2 que significa que fue enviado a los CMS como paso solo para nuevos inicios de terapia), el TF en sí mismo satisface los requisitos de terapia escalonada para ese medicamento. Esto

significa que el Beneficiario ya ha cumplido con los requisitos de la terapia escalonada y podrá seguir recibiendo futuros surtidos de ese medicamento sin encontrar un rechazo.

**iv. Límites de cantidad (QL)**

Cantidad vs tiempo (QvT) o dosis diaria (DD) máxima

Los límites de cantidad de los medicamentos se utilizan para establecer las cantidades permitidas para la cobertura de ciertos medicamentos a valores específicos durante un período de tiempo establecido. Para los propósitos del TF, un límite de cantidad se considera un tipo de surtido de transición para medicamentos que requieren un suministro limitado a ser dispensado en base a los días de suministro o la cantidad permitida a lo largo del tiempo o en dosis máximas por día.

1. Los medicamentos que de otro modo se rechazarían por limitaciones de cantidad cuando se presentan por más de la cantidad permitida son elegibles para el procesamiento de surtido de transición durante el período de transición. La lógica del sistema del TF permite que se anule el rechazo del límite de cantidad y que el reclamo se procese a través de la lógica del programa TF y se publique en el historial de manera apropiada. Si un reclamo no es elegible para la anulación del TF y se rechaza por límites de cantidad (es decir, se agotaron los días de suministro del TF o el período del TF venció), continuará rechazándose de acuerdo con los parámetros del límite de cantidad mediante el Rechazo 76. El TF anula las ediciones de "cantidad a lo largo del tiempo" que se configuran para contar el historial de surtido continuo a lo largo de los Años del contrato (configuración de la cantidad del "período hasta la fecha" del tipo D) o para contar el historial de surtido a partir del 1 de enero de cada Año del contrato. El TF de QL/QvT anula el código de rechazo 76.
2. Además del TF para QL/QvT, el TF está disponible para ediciones de medicamentos con DD. Las ediciones de DD y QL/QvT son mutuamente excluyentes. Si alguna vez se configuraran ambos juntos en el mismo plan, el TF para las ediciones de QL/QvT tiene prioridad sobre el TF de DD. El TF de DD anula el rechazo 76.
3. Para el TF de QvT y Limitaciones del plan, un QvT configurado en un medicamento NDC (Opción del plan 10) y/o GPI (Opción del plan 11) anulará las Limitaciones del plan establecidas en las Opciones del plan 26.1 y 26.2, Preferidos del formulario. Por lo tanto, cuando se permite un TF por razones QvT, las Limitaciones del Plan en 26.1 y 26.2 también se anulan. Sin embargo, el suministro de días acumulados de TF no se anula una vez que se usa/agota.
4. Para los cambios de QL, el sistema buscará la edición de QL en el historial y la comparará con la edición de QL actual/activa. Si la edición de QL actual es inferior que la edición del historial, la edición de QL se anula y el reclamo se procesa a través de la lógica del programa del TF.

**v. Ediciones de edad**

El TF está disponible para medicamentos incluidos en el formulario que están configurados con Ediciones de edad por razones de seguridad. El TF de Edición de edad anula un rechazo 76.

**vi. Rechazo AG**

Un rechazo AG es un rechazo de un reclamo debido a una limitación de días de suministro. Los reclamos enviados por más días de suministro del TF restante permitido devuelven un código de rechazo "AG" y el mensaje "Reenviar para el suministro de días restantes de XX", siendo XX el número de días acumulados de suministro del TF permitidos restantes. El código de rechazo "AG" se devuelve como el código de rechazo principal, a menos que, de acuerdo a los Estándares actuales de reclamos de telecomunicaciones NCPDP, este rechazo deba seguir los mensajes de ADDINS (seguro adicional)

- y/o de Ahorros por genéricos/de marca cuando correspondan. Los rechazos de AG se devuelven tanto en los reclamos iniciales sin TF anterior en el historial, como en las presentaciones posteriores cuando los días acumulados del suministro de TF no se hayan agotado con el TF pagado anteriormente. Cuando una farmacia reduce el suministro de días del reclamo y lo vuelve a enviar, los reclamos elegibles para TF se procesan a través de las reglas del TF.
- vii. **Lógica de medicamentos preenvasados irrompibles**  
Los medicamentos para los cuales el envase fabricado no se puede dividir para dispensar una receta se puede considerar como medicamentos preenvasados irrompibles para los que se puede dispensar el suministro de días de medicamentos preenvasados. La intención de esta lógica es asegurar que un Beneficiario reciba sus días de suministro completos (DS) aunque el DS exceda el beneficio máximo, debido al tipo de envase del medicamento. Esta lógica se aplicará si el DS acumulado del medicamento preenvasado es inferior al beneficio requerido, antes del surtido actual. Si el DS acumulado del medicamento preenvasado, incluida la cantidad del surtido actual, excede el beneficio máximo y es inferior o igual a la cantidad de un solo envase de medicamento, el TF lo pagará. Si el DS acumulado del medicamento preenvasado, incluida la cantidad del surtido actual, excede el beneficio máximo, y la cantidad del surtido actual excede la cantidad de un solo envase de medicamento, se enviará un mensaje a la farmacia para que vuelva a enviar un solo envase del medicamento. El reclamo conservará los mensajes y los rechazos asociados con el procesamiento.
- viii. **Nivel del beneficiario/Autorizaciones clínicas previas (PA)**  
Se ingresarán autorizaciones clínicas previas a nivel de beneficiario para anular todas las ediciones elegibles para TF. De lo contrario, se permitirá un TF para cualquier edición elegible para TF para la que no se haya ingresado la PA. Cuando un Beneficiario/PA clínica ya existe en el registro del Beneficiario para anular todas las ediciones elegibles para TF, el procesamiento del TF no es aplicable. Bajo esta condición, los reclamos no se procesan como TF y las cartas de TF no se envían a los Beneficiarios.
- c. **Procesado sin TF**
- i. **Lógica de medicamentos de clase protegida (PCD)**  
La lógica de PCD pagará el reclamo sin TF de acuerdo con los criterios del plan, el procesamiento se aplicará a cualquier otra edición elegible para TF que la lógica de PCD no haya anulado.
- ii. **Lógica de medicamentos adquiridos**  
La lógica de medicamentos adquiridos anulará la edición de NF, escalonada y PA y pagará el reclamo sin TF de acuerdo con los criterios del plan. El procesamiento de TF se aplicará a cualquier edición elegible para TF que la lógica de medicamentos adquiridos no haya anulado.
- iii. **Lógica de medicamentos ST-PA de tipo 2**  
Las ediciones de medicamentos ST-PA de tipo 2 son ediciones enviadas a los CMS como paso solo para nuevos inicios de terapia. La lógica de adjudicación del PBM delegado utiliza un período retroactivo mínimo de 108 días para determinar nuevos inicios. La lógica de los medicamentos ST-PA de tipo 2 pagará el reclamo sin la lógica del TF, según los criterios del plan. El procesamiento del TF se aplicará a cualquier edición elegible para TF que la lógica de los medicamentos ST-PA de tipo 2 no haya anulado.
9. **Historial de reclamos de TF**  
Se cuenta todo el historial de un medicamento durante el período de transición, independientemente de la farmacia/red de distribución. Los reclamos de POS, ingresados de forma manual y enviados por el Beneficiario (impresos) para las redes de venta minorista, correo,

atención a largo plazo e infusiones en el hogar se cuentan juntas para determinar el suministro total acumulado de días para un medicamento. Los límites de suministro de días de TF se definen como suministros acumulados basados en los requisitos de días de suministro de la Parte D para garantizar que las reposiciones de medicamentos elegibles para TF estén disponibles cuando se dispense el TF en una cantidad inferior a la escrita secundaria a los límites de cantidad debido a la seguridad, o ediciones basadas en el etiquetado de productos aprobados; el sistema "cuenta" automáticamente los reclamos de TF anteriores relacionados para permitir que se apliquen los parámetros correctos de acumulación de días de suministro del TF.

10. Si no se puede hacer la distinción entre una receta nueva para un Medicamento no incluido en el formulario y una receta en curso para un Medicamento no incluido en el formulario en el POS, el proceso de transición se aplica a una receta nueva para un Medicamento no incluido en el formulario.
  - a. Los beneficiarios que son nuevos en el plan incluyen: Beneficiarios nuevos en el plan al inicio del Año del contrato; Beneficiarios recientemente elegibles de otra cobertura; y Beneficiarios que cambian de un plan a otro después del inicio de un Año del contrato.
  - b. Los surtidos de transición están disponibles en POS a través del procesamiento de transición durante el período de TF.
  - c. Los suministros de transición adicionales están disponibles caso por caso a través del Servicio de Asistencia a Farmacias para garantizar una transición adecuada.
  - d. Los límites de cantidad y tiempo del plan pueden ser mayores según el diseño de los beneficios y estarán limitados por la cantidad prescrita.
  
11. Las Cartas de TF se envían a los Beneficiarios dentro de los tres (3) días hábiles posteriores al reclamo de TF adjudicado; también se hacen los mejores esfuerzos razonables para identificar la dirección/información de contacto actual del profesional que receta y proporcionar un aviso de TF a los mismos para facilitar la transición de los Beneficiarios. Para los residentes de centros de LTC a los que se les hayan dispensado varios suministros de un medicamento de la Parte D en incrementos de 14 días o menos según lo requieran las pautas de los CMS, se les proporcionará la notificación por escrito dentro de los 3 días hábiles posteriores a la adjudicación del *primer* surtido temporal. Las Cartas de TF se generan a partir de las Etiquetas de reclamo y cartas de TF que se extraen al Archivo de cartas de TF diario.
  - a. Indicadores de Etiquetas de reclamo y cartas de TF basados en ediciones elegibles para TF
    - i. Etiqueta de reclamo de TF: Esta es la etiqueta del sistema de adjudicación que se aplica al reclamo cuando se adjudica según las reglas del sistema de TF. Esta etiqueta representa el motivo por el cual se pagó el reclamo en virtud de los procesos del TF y qué ediciones fueron anuladas por el TF en lugar de rechazarlas como sucedería cuando el TF no está disponible. Estas etiquetas pueden representar un solo motivo de TF (p. ej., no incluido en el formulario, PA, paso o límite de cantidad); o también puede representar una combinación de motivos de TF (p. ej., PA con límite de cantidad; no incluido en el formulario con límite de cantidad, etc.).
    - ii. Etiqueta de carta de TF: Esta etiqueta se utiliza para designar el contenido específico de la carta del TF para el aviso de TF a los Beneficiarios y profesionales que recetan.
    - iii. Etiqueta combinada de TF: Esta etiqueta se utiliza para designar el contenido específico de la carta del TF para el aviso de TF a los Beneficiarios y profesionales que recetan de los Patrocinadores que eligen imprimir un párrafo para cada edición que el TF anuló.
  - b. Archivo de cartas de TF diario
    - i. Los reclamos de TF pagados se extraen automáticamente a un Archivo de reclamos de TF diario. Para cada reclamo de TF pagado, hay un registro correspondiente en el Archivo de cartas de TF diario correlacionado, o el registro se captura en el archivo de Excepción interno diario con el motivo por el que el registro no se incluye en el Archivo de cartas de TF (ejemplo: pagado el mismo día/cancelado).

- ii. El contenido del archivo de Cartas de TF se utiliza para impulsar la producción de las cartas de TF apropiadas para el Beneficiario y el profesional que receta.
12. El PBM delegado pone formularios de solicitud de Autorización previa y excepción a disposición de los Beneficiarios, los profesionales que recetan, las farmacias y otros a pedido, a través de varios medios que incluyen correo, fax, correo electrónico y con el Patrocinador a través del sitio web del Plan.
13. El proceso de transición del PBM delegado para nuevos beneficiarios se aplica desde la fecha de inscripción durante el período de TF. No es necesario que la fecha de inscripción sea el inicio del Año del contrato y el proceso de transición puede extenderse a lo largo de los Años del contrato cuando el período de TF se extiende a lo largo de los Años del contrato.
14. Las Extensiones de TF están disponibles para Beneficiarios nuevos o existentes, sean o no de LTC, a través del PHD o CC. La solicitud se revisa para lo siguiente y se procesa de acuerdo con las instrucciones del Patrocinador:
- a. Fuera de los parámetros estándar de días de suministro de TF o período
  - b. Se han alcanzado los parámetros del TF y el Beneficiario aún espera la decisión de determinación de cobertura/excepción
15. Transición para Beneficiarios actuales
- a. Los Beneficiarios que renuevan deben tener un historial de uso de los Medicamentos no incluidos en el Formulario que experimentan un cambio de formulario negativo de un año a otro. Para el historial de uso se requieren los siguientes criterios:
    - i. El historial se remonta desde la fecha actual de surtido, especificada como número de días en la configuración del plan, para identificar el reclamo histórico calificado más reciente
    - ii. Historial retroactivo del nivel de coincidencia del GPI de medicamentos especificado en la configuración del plan
    - iii. Reclamos históricos para el mismo medicamento
      - 1. Los reclamos entrantes para los Beneficiarios que se encuentren dentro de su período de transición para renovación de Beneficiarios serán evaluados para determinar si el medicamento que se solicita se ha visto afectado por un cambio negativo en el formulario.
      - 2. Los cambios negativos en el formulario se evalúan mediante un proceso de adjudicación que compara las ediciones actuales del formulario para el medicamento que se solicita con las ediciones de formulario históricas implementadas previamente para el medicamento.
      - 3. La evaluación de los cambios negativos en el formulario se realizará al momento de la adjudicación en el POS.
    - iv. Las autorizaciones clínicas previas del Beneficiario aún no están efectivas
    - v. Para los casos en los que el Beneficiario recibe un surtido de transición parcial, la lógica garantizará que el suministro de días restantes del Beneficiario que renueve sea elegible para el surtido de transición durante el período del TF.
  - b. Los siguientes procesos son opciones que los Patrocinadores pueden solicitar que implemente el PBM delegado para Beneficiarios que renuevan:
    - i. Utilizar el ANOC como aviso previo de cualquier cambio en el formulario.
    - ii. Trabajar de manera prospectiva para informar y hacer la transición de los Beneficiarios actuales en los medicamentos que ya no estarán incluidos en el formulario en el nuevo Año del Contrato o que requerirán autorización previa, terapia escalonada o ediciones de gestión de uso del límite de cantidad en el nuevo Año del contrato.



- iii. Fomentar el procesamiento de excepciones del formulario/autorizaciones previas antes del 1 de enero de un nuevo Año del contrato.
  - iv. De acuerdo con el proceso de surtido de transición proporcionado a los nuevos Beneficiarios, el PBM delegado proporciona surtidos de transición a los Beneficiarios que renuevan durante los primeros 90 días del Año del contrato con un historial de uso de medicamentos afectados cuando esos Beneficiarios no han cambiado a un medicamento incluido en el formulario terapéuticamente equivalente; o para quienes las excepciones del formulario/autorizaciones previas no se procesan antes del nuevo Año del contrato. Esto se aplica a todos los Beneficiarios que renuevan, incluidos los que residen en centros de atención a largo plazo.
  - c. El Servicio de asistencia para farmacias tiene instrucciones de proporcionar suministros de transición según el diseño del plan del Patrocinador para los Beneficiarios que renuevan que tomaban medicamentos en el Año del contrato anterior que no están incluidos en el formulario. Para cada caso en particular, el Servicio de atención al cliente del PBM delegado puede proporcionar extensiones según las instrucciones del Patrocinador para ajustarse a los beneficiarios que siguen a la espera de la resolución de una autorización previa pendiente o una solicitud de excepción.
17. El monitoreo y la presentación de informes sobre el desempeño del programa de TF incluyen la producción y la revisión continua de los siguientes elementos:
- a. Control de extracciones de reclamos de TF e informes de excepción (informe de monitoreo interno) Estos informes sirven como controles internos para confirmar que todos los registros de reclamos de TF pagados se extraen al archivo de extracciones de TF diario, que se utiliza para producir cartas de TF, o al archivo de excepción.
  - b. Revisiones de control de calidad de cartas impresas de TF (monitoreo interno)  
Las revisiones de control de calidad de las cartas impresas de TF son utilizadas por el cumplimiento de impresiones para validar la calidad de las cartas impresas y la confiabilidad del proceso de fusión de la impresión cuando se realizan cambios en las plantillas o en el proceso.
  - c. Archivo de respuestas de TF (archivo de monitoreo interno)  
Este archivo sirve para confirmar que por cada registro de TF válido recibido de la adjudicación, hay una carta de TF correspondiente impresa/enviada por correo o distribuida por otro método aprobado.
  - d. Informes de tiempo de respuesta de cartas (TAT) de TF (informe de seguimiento interno y del Patrocinador) Estos informes hacen un seguimiento de los días transcurridos entre los reclamos de TF pagados y la fecha de las cartas de TF entregadas a los Beneficiarios. Se utilizan para monitorear el cumplimiento de los requisitos para enviar cartas de TF al Beneficiario en un plazo de tres (3) días hábiles desde la adjudicación del TF.
  - e. Archivo de reclamos de TF pagados (informe de seguimiento interno y del Patrocinador)  
Este archivo admite el monitoreo de los TF pagados para validar los reclamos que deberían haberse pagado según las reglas del TF y a los que se deberían haber aplicado las etiquetas de TF correctas durante la adjudicación.
  - f. Archivo de reclamos rechazados (archivo de seguimiento interno y del Patrocinador)  
Los informes de reclamos rechazados diarios se producen y revisan para monitorear los reclamos rechazados a fin de validar que estos no deberían haberse pagado según las reglas del TF.
  - g. Simulacros y reclamos de prueba de TF  
RxClaim mantiene la capacidad de procesar simulacros de reclamos de TF a pedido para respaldar las pruebas de reclamos. Estos permiten que el Servicio de asistencia para farmacias y los Servicios de atención al cliente procesen reclamos para confirmar los costos asociados, los copagos y cómo se procesarían y pagarían los reclamos "en vivo" bajo el TF. Los simulacros de reclamos de TF "pagados" devuelven los mensajes estándar de TF pagado como se devuelven en los reclamos del POS.

## **DEFINICIONES:**

1. **Annual Notice of Change (ANOC) (Aviso anual de cambio):** El documento requerido por los CMS que debe enviarse a todos los Beneficiarios actuales anualmente de acuerdo con las instrucciones de los CMS, y que describe los cambios a los beneficios existentes que se esperan para el próximo Año de contrato nuevo.
2. **Applicable Month's Supply (Suministro del mes aplicable):** El suministro de transición requerido por los CMS, como mínimo (a menos que las recetas estén escritas para menos días); el suministro se determina como el número de días presentados para el suministro del mes aplicable del Paquete de beneficios del plan (PBP) enviado a los CMS para el año del plan correspondiente. La aprobación de los CMS determina el suministro del mes aprobado para los Beneficiarios tanto en entornos de LTC como aquellos que no son de LTC. Se permiten múltiples surtidos hasta el total del suministro del mes aprobado para ajustarse a surtidos por cantidades inferiores a las recetadas.
3. **Beneficiary (Beneficiario):** Una persona inscrita en un plan de la Parte D de Medicare de un cliente del PBM delegado, también conocido como Afiliado o Miembro.
4. **Biosimilars (Biosimilares):** Un producto biológico enviado a la FDA para su aprobación a través de mecanismos biológicos abreviados creada por la Ley de Cuidado de Salud Asequible. Estos productos deben demostrar que son muy similares a los productos de referencia (originales); es decir: no existen diferencias clínicamente significativas entre el producto biológico y el producto de referencia en términos de seguridad, pureza y potencia. Los biosimilares tienen diferencias permitidas porque están hechos de organismos vivos.
5. **CMS:** Centros de Servicios de Medicare y Medicaid de EE. UU.
6. **Contract Year (Año del Contrato):** El período durante el cual se aplica un paquete de beneficios del plan en particular. También se conoce como el "año del plan". En el caso del período de transición para los Beneficiarios actuales a través de los años del contrato en los planes diferidos, el término "año del contrato" se refiere al año calendario para el cual el nuevo formulario entra en vigencia.
7. **Delegated PBM® (PBM® delegado):** El PBM delegado y cada una de sus subsidiarias y filiales.
8. **Drug Utilization Review (DUR) (Revisión de uso de medicamentos):** Un análisis del uso indicado en la receta del medicamento destinado a garantizar la terapia con medicamentos clínicamente apropiados y la calidad de la atención al paciente; puede realizarse en simultáneo (entre el momento en que se escribe la receta y el inicio de la terapia), de manera retrospectiva (después de que se dispensa el medicamento) y de manera prospectiva (antes de que se receten medicamentos para influir en los patrones de uso futuros).
9. **Food and Drug Administration (FDA) (Administración de Alimentos y Medicamentos):** La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos es la agencia gubernamental responsable de revisar, aprobar y regular los productos médicos, incluidos los medicamentos y dispositivos médicos.

10. **Generic Product Identifier (GPI) (Identificador de producto genérico):** Un sistema de clasificación jerárquica de 14 caracteres creado por Medi-Span. Identifica los medicamentos disponibles con receta en los Estados Unidos a nivel de fabricante y de píldora.
11. **Interchangeable Biological (Biológico intercambiable):** Un producto biológico intercambiable es biosimilar a un producto de referencia aprobado por la FDA y cumple con los estándares 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. **Long-term Care (LTC) (Atención a largo plazo):** Una variedad de servicios que ayudan a las personas con necesidades de salud o personales y actividades de la vida diaria durante un período de tiempo. La atención a largo plazo se puede proporcionar en el hogar, en la comunidad o en varios tipos de centros, incluidos hogares de ancianos y centros de vida asistida. La mayoría de los cuidados a largo plazo son de tipo asistencial.
13. **Low-income Cost-sharing Level III (LICS III) (Costos compartidos para bajos ingresos de nivel III):** Designación proporcionada por los CMS. La designación de elegibilidad para los LICS III de los CMS más los códigos enviados por la farmacia se evalúan para que un reclamo sea elegible para los beneficios de los LICS III.
14. **Low Income Subsidy (LIS) (Subsidio por bajos ingresos):** El programa administrado por la Administración del Seguro Social (SSA) para subsidiar primas y costos compartidos para beneficiarios calificados (es decir, Ayuda adicional).
15. **Medicare Part D (Part D) (Parte D de Medicare o Parte D):** Un beneficio voluntario opcional disponible para todos los beneficiarios de Medicare que es administrado por empresas privadas que tienen contrato con Medicare. El programa brinda cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios y requiere que los beneficiarios paguen una prima mensual.
16. **MME:** Miligramos equivalentes de morfina
17. **Multi-Ingredient Compound (MIC) (Compuestos con múltiples ingredientes):** Se refiere a la lógica para la determinación del reembolso y la cobertura de un reclamo que consta de múltiples ingredientes que son ensamblados y dispensados manualmente por una farmacia.
18. **National Council of Prescription Drug Programs (NCPDP) (Consejo nacional para programas de medicamentos recetados):** Un grupo acreditado por el American National Standards Institute (ANSI) que mantiene varios formatos estándar para uso por parte de la industria farmacéutica, algunos de los cuales han sido adoptados como normas de estándares de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA).
19. **National Drug Code (NDC) (Código Nacional de Medicamentos):** El Código Nacional de Medicamentos es un identificador numérico único de 3 segmentos asignado a cada medicamento enumerado bajo la Sección 510 de la Ley Federal de Alimentos, Medicamentos y Cosméticos de los Estados Unidos.
20. **Non-formulary Drugs (Medicamentos no incluidos en el formulario):** Esto significa: (a.) Medicamentos de la Parte D que no están en un formulario del Patrocinador; (b.) medicamentos de la Parte D previamente aprobados para cobertura en función de una excepción una vez que la excepción caduca; y (c.) medicamentos de la Parte D que no están incluidos en el formulario del Patrocinador pero que requieren autorización previa,



terapia escalonada o límites de cantidad aprobados inferiores a la dosis actual del Beneficiario, según las reglas de gestión de uso del Patrocinador.

21. **Non-Long-Term Care (Atención no a largo plazo):** Describe los centros de venta minorista, por correo y de infusión en el hogar.
22. **P&T Committee (Comité de P&T):** Comité de Farmacia y Terapéutica, se trata de un 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 revisa las recomendaciones para el desarrollo de formularios. El comité se reúne al menos trimestralmente.
23. **PAMC:** Código de autorización previa/certificación médica. Se trata de un campo en el diseño estandarizado de adjudicación de farmacia para ingresar un código de autorización proporcionado por el procesador.
24. **Patient Location Code (PLC) (Código de ubicación del paciente):** Valor del sistema existente de adjudicación de RxClaim que se cruza con el Tipo de servicio de farmacia y el Código de tipo de residencia del paciente.
25. **Patient Residence Type (PR) (Tipo de residencia del paciente):** Las farmacias recopilan y registran la residencia del paciente en el punto de venta en el reclamo.
26. **PCD:** Medicamento de clase protegida.
27. **Pharmacy Service Type (PST) (Tipo de servicio de farmacia):** El 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, para el tipo de servicio prestado.
28. **Point of Sale (POS) (Punto de venta):** Una capacidad de las farmacias minoristas para acceder electrónicamente al diseño del plan y la información de elegibilidad para procesar y transmitir datos de reclamos de medicamentos al momento de la compra.
29. **Print Fulfillment (Cumplimiento de impresiones):** Unidades comerciales del PBM delegado que son responsables del cumplimiento de las impresiones de algunas notificaciones de Beneficiarios, incluidas las notificaciones de surtido de transición a Beneficiarios y profesionales que recetan.
30. **Prior Authorization (PA) (Autorización previa):** Una evaluación del uso recetado del medicamento frente a un conjunto predeterminado de criterios para determinar si el medicamento/clase de medicamento estará cubierto por el plan de seguro del beneficiario.
31. **RxClaim:** Sistema de tecnología de la información del PBM delegado que sirve para procesar y adjudicar reclamos de la Parte D; también se conoce como "sistema", "plataforma" o "plataforma del sistema".
32. **Sponsor (Patrocinador):** Un patrocinador de la Parte D que contrata el PBM delegado para servicios de administración de beneficios de farmacia, incluida la implementación de su proceso de transición. También se conoce como el Plan, Patrocinador del plan o Cliente. El patrocinador es HPMP of Florida, Inc. d/b/a Florida Complete Care.
33. **Submission Clarification Code (SCC) (Código de aclaración de presentación):** Un elemento de datos del NCPDP que indica que el farmacéutico aclara la presentación del reclamo.



34. **TF Window (Período de TF):** El período de Surtido de transición del Beneficiario es el número de días especificado por el Patrocinador (mínimo de 90 días) durante los cuales se aplican los beneficios de transición del Beneficiario.
35. **Transition Fill - Medicare (TF) (Surtido de transición - Medicare):** Un suministro temporal de un medicamento cubierto por la Parte D según los requisitos de la Parte D de los CMS.