

Bajo ciertas circunstancias, Florida Complete Care puede ofrecerle un suministro temporal de un medicamento cuando su medicamento no está en el formulario o cuando está restringido de alguna manera. Hacer esto le da tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio en la cobertura y averiguar qué hacer.

Pautas de transición de la Parte D:

A continuación, se describen los miembros y las situaciones afectadas por esta política de surtidos transitorios en los que Florida Complete Care aplicará un proceso de transición:

- Nuevos beneficiarios inscritos en el plan después del período de elección anual coordinada;
- Beneficiarios de Medicare recientemente elegibles de otra cobertura;
- La transición de los Beneficiarios que cambian de un plan a otro después del inicio de un Año de Contrato;
- Beneficiarios actuales afectados por cambios negativos en el formulario a lo largo del año del contrato;
- Beneficiarios que residen en centros de atención a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés), incluidos los beneficiarios que ingresan o son dados de alta de un centro de LTC.

El proceso de transición es aplicable a:

- Medicamentos de la Parte D que no están en el formulario de la Parte D
- Medicamentos de la Parte D que están en el formulario de la Parte D pero que requieren autorización previa, exceden los límites de cantidad o requieren terapia escalonada

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 nuevos beneficiarios de la Parte D a alternativas terapéuticamente apropiadas del formulario en caso de que se determine una necesidad médica afirmativa.

En ciertos casos, las ediciones de gestión de la utilización de medicamentos se aplican durante el período de transición del beneficiario. Estas ediciones se limitan a:

- Modificaciones para ayudar a determinar la cobertura de la Parte A o B frente a la de la Parte D;
- Modificaciones para evitar la cobertura de medicamentos que no son de la Parte D (es decir, medicamentos excluidos o medicamentos del formulario que se dispensan para una indicación que no está médicamente aceptada); y
- Ediciones para promover la utilización segura de un medicamento de la Parte D

Nuestros procesos de transición se aplicarán a todas las nuevas recetas de medicamentos que no estén incluidos en el formulario. Si no podemos hacer una distinción entre una receta nueva y una receta continua para un medicamento que no está en el formulario en el punto de venta, le proporcionaremos al afiliado un surtido de transición.

El Comité de Farmacia y Terapéutica (P&T, por sus siglas en inglés) es un comité asesor responsable de revisar la información clínica sobre los medicamentos y hacer recomendaciones sobre el formulario. El Comité de P&T está compuesto por médicos de atención primaria y especialistas, así como por farmacéuticos. Contamos con procedimientos para la revisión médica de las solicitudes de medicamentos fuera del formulario y, cuando corresponda, un proceso para cambiar a los nuevos miembros a alternativas terapéuticamente apropiadas del formulario en caso de que se determine una necesidad médica afirmativa. La participación del Comité de P y T garantiza que las decisiones de transición aborden adecuadamente las situaciones que involucran a miembros estabilizados con medicamentos que no están en el formulario (o que están en el formulario pero requieren autorización

previa, exceden los límites de cantidad o requieren terapia escalonada) y que se sabe que tienen riesgos asociados con cualquier cambio en el régimen prescrito.

Florida Complete Care cobrará costos compartidos por un suministro temporal de medicamentos proporcionados bajo nuestro proceso de transición. Para los afiliados que no son elegibles para LIS, este costo compartido es consistente con el costo compartido que cobraríamos por los medicamentos que no están en el formulario aprobados bajo una excepción de cobertura y el mismo costo compartido para los medicamentos del formulario sujetos a las modificaciones de la administración de la utilización proporcionadas durante la transición que se aplicarían una vez que se cumplan los criterios de administración de la utilización. Los costos compartidos de los suministros de transición para los miembros elegibles para el subsidio por bajos ingresos (LIS, por sus siglas en inglés) nunca pueden exceder los montos máximos legales de copago.

Período de transición

Dentro de los primeros 90 días de cobertura para un nuevo miembro bajo un plan de la Parte D, proporcionaremos un surtido temporal cuando nuestro nuevo miembro solicite un resurtido de un medicamento que no esté en el formulario, incluidos los medicamentos de la Parte D que están en el formulario de la Parte D pero que requieren autorización previa, exceden los límites de cantidad o requieren terapia escalonada según esta política de administración de utilización de medicamentos.

Este plazo de 90 días se aplica a las farmacias minoristas, de infusión en el hogar, de atención a largo plazo y de pedidos por correo.

Dado que ciertos miembros pueden inscribirse en un plan en cualquier momento durante el año, este requisito se aplicará a partir de la primera fecha de vigencia de la cobertura del miembro, y no solo durante los primeros 90 días del año del contrato.

Si un afiliado abandona un plan y se vuelve a inscribir durante el período de transición original de 90 días, el período de transición comienza nuevamente con la nueva fecha de entrada en vigencia de la inscripción. Sin embargo, si no hay una brecha en la cobertura, no hay un nuevo período de transición. Este plazo de 90 días ayuda a los beneficiarios que hacen la transición de otra cobertura de medicamentos recetados y que obtuvieron suministros extendidos (es decir, de 90 días) de medicamentos de mantenimiento antes de la última fecha de vigencia de su cobertura anterior.

Suministro de transición

Entorno ambulatorio (farmacias minoristas): el suministro temporal de medicamentos de la Parte D que no están incluidos en el formulario, incluidos los medicamentos de la Parte D que requieren autorización previa, exceden los límites de cantidad o requieren terapia escalonada, debe ser para un suministro de medicamentos de al menos un mes.

Entorno de atención a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés): el suministro temporal de medicamentos de la Parte D que no están incluidos en el formulario, incluidos los medicamentos de la Parte D que requieren autorización previa, exceden los límites de cantidad o requieren terapia escalonada, para un nuevo miembro en un centro de LTC durante al menos un mes de suministro de acuerdo con los incrementos de dispensación (a menos que La receta se emite por menos), con resurtidos proporcionados si es necesario durante los primeros 90 días de la inscripción de un beneficiario en nuestro plan, a partir de la fecha de vigencia de la cobertura del afiliado.

Suministro de emergencia para miembros actuales

Durante los primeros 90 días después de la inscripción de un miembro, él/ella recibirá un suministro de transición. Sin embargo, en la medida en que un miembro en un entorno de LTC esté fuera de su período de transición de 90 días, proporcionaremos un suministro de emergencia de medicamentos de la Parte D que no estén incluidos en el formulario, incluidos los medicamentos de la Parte D que están en el formulario y que, de otro modo, requerirían autorización previa, excederían los límites de cantidad o requerirían terapia escalonada, mientras se solicita una excepción o autorización previa.

Estos suministros de emergencia de medicamentos de la Parte D no incluidos en el formulario serán para al menos 31 días de medicamentos, independientemente de los incrementos de dispensación, a menos que la receta sea escrita por un recetador por menos de 31 días.

Cambios en el nivel de atención

El proceso de transición prevé otras circunstancias que existen en las que podrían surgir transiciones no planificadas para los miembros actuales y en las que los regímenes de medicamentos recetados pueden no estar en nuestro formulario. Estas circunstancias generalmente involucran cambios en el nivel de atención de un miembro que cambia de un entorno de tratamiento a otro, como:

- Miembros que ingresan a las instalaciones de LTC desde hospitales con una lista de alta de medicamentos del formulario del hospital con una planificación a muy corto plazo que se tiene en cuenta (es decir, menos de 8 horas)
- Miembros que son dados de alta de un hospital a un hogar teniendo en cuenta la planificación a muy corto plazo
- Miembros que finalizan su estadía en el centro de enfermería especializada de Medicare Parte A (donde los pagos incluyen todos los cargos de farmacia) y que necesitan volver al formulario de su plan de la Parte D
- Miembros que renuncian a la condición de hospicio para volver a los beneficios estándar de las Partes A y B de Medicare
- Los miembros que finalizan un centro de LTC se quedan y regresan a la comunidad
- Miembros que son dados de alta de hospitales psiquiátricos con regímenes de medicamentos que son altamente individualizados

Estas circunstancias a menudo dan lugar a que los miembros y/o proveedores utilicen los procesos de excepciones y/o apelaciones. Para estas transiciones no planificadas, hacemos determinaciones y redeterminaciones de cobertura tan rápidamente como lo requiera la condición de salud del miembro. Nuestro proceso de transición garantiza la conciliación adecuada de la medicación para el miembro al ser dado de alta de los centros de cuidados a largo plazo u otros centros, de modo que se pueda lograr una transición eficaz de la atención.

Los datos de las reclamaciones se utilizan para determinar si el miembro ha experimentado un cambio en el nivel de atención y permite un surtido de transición cuando corresponda. Cuando los datos de reclamaciones no se pueden usar para determinar un cambio en el nivel de atención, es posible que una farmacia deba llamar al Servicio de atención al cliente para procesar una anulación en el punto de venta con el fin de efectuar este tipo de surtido de transición.

Extensión de transición

En ciertas circunstancias, Florida Complete Care extenderá el período de transición y proporcionará los medicamentos necesarios si la solicitud de excepción o apelación del afiliado no se ha procesado al final del período mínimo de transición. Esta prórroga se concede caso por caso, teniendo en cuenta si la solicitud de excepción o el recurso del miembro no se han tramitado al final del período mínimo de transición.

Transición a lo largo de los años de contrato

Después de que los miembros reciban su Aviso Anual de Cambio (ANOC, por sus siglas en inglés) antes del 30 de septiembre de un año determinado, Florida Complete Care iniciará un proceso de transición para los miembros actuales al comienzo del nuevo año de contrato o antes del comienzo del nuevo año de contrato.

Afiliados actuales: Cuando podamos identificar información objetiva que demuestre que se ha producido una transición significativa o que el afiliado carece de terapia continua documentada, no tenemos que proporcionar acceso a un suministro de transición en el nuevo año de contrato para ese miembro. Sin embargo, si no podemos identificar dicha evidencia objetiva, proporcionaremos un suministro de transición en el nuevo año del contrato y proporcionaremos el aviso de transición requerido.

Nuevos afiliados: También extendemos la política de transición a través de los años de contrato en los que un miembro se inscribe en uno de nuestros planes con una fecha de inscripción efectiva del 1 de noviembre o el 1 de diciembre y ese miembro necesita acceso a un suministro de transición. A los miembros con una fecha de inscripción efectiva del 1 de noviembre o del 1 de diciembre se les enviará un ACNO tan pronto como sea posible después de la fecha de inscripción efectiva. El ACNO seguirá sirviendo como aviso anticipado de cualquier cambio en el formulario o en los beneficios en el siguiente año del contrato.

Avisos de transición

Florida Complete Care envía un aviso por escrito dentro de los tres días hábiles posteriores a la entrega de un suministro temporal de medicamentos de la Parte D que no están incluidos en el formulario (incluidos los medicamentos de la Parte D que están en el formulario pero requieren autorización previa, exceden los límites de cantidad o requieren terapia escalonada). El aviso incluirá:

- Una explicación de la naturaleza temporal del suministro de transición que ha recibido un Beneficiario;
- Instrucciones para trabajar con el Patrocinador del Plan y el prescriptor del Beneficiario para satisfacer los requisitos de gestión de la utilización o para identificar las alternativas terapéuticas apropiadas que se encuentran en el formulario del Patrocinador;
- Una explicación del derecho del Beneficiario a solicitar una excepción al formulario; y
- Una descripción de los procedimientos para solicitar una excepción al formulario.

Para los residentes de LTC que dispensaron 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 surtido temporal. Haremos todos los esfuerzos razonables para notificar el llenado de transición a los prescriptores para facilitar la transición de los Beneficiarios.