



## I. PROPÓSITO

El propósito de la Política y Procedimiento es asegurar la continuidad necesaria del tratamiento y proporcionar el tiempo adecuado y el proceso de transición para introducir al afiliado y a su médico que receta al Formulario de Central Health Medicare Plan.

## II. POLÍTICA

A. Los objetivos principales de la Política y Procedimiento de Transición de Central Health Medicare Plan son:

- Proporcionar procedimientos para abordar situaciones en las que un nuevo afiliado se presenta inicialmente en una farmacia participante con un medicamento recetado que no está en el formulario de Central Health Medicare Plan o tiene gestión de utilización con el fin de satisfacer las necesidades inmediatas del beneficiario.
- Proporcionar procedimientos de transición para atender las necesidades de los inscritos actuales que requieran inmediatamente de un medicamento del formulario que tenga criterios de administración de utilización nuevos y aprobados (autorización previa, terapia progresiva, límites de cantidad).
- Proporcionar procedimientos de transición para atender las necesidades de los inscritos actuales que requieren inmediatamente medicamentos fuera del formulario debido a un cambio en el nivel de atención, como el alta de un hospital o un centro de cuidado experto.
- Proporcionar procedimientos de transición para los nuevos beneficiarios de Medicare elegibles de otra cobertura.
- Proporcionar procedimientos de transición para los miembros que cambian de un plan a otro después del comienzo del año del contrato.
- Definir los procedimientos de transición para satisfacer las necesidades únicas de los residentes en los centros de atención médica a largo plazo.

B. El PBM de Central Health Medicare Plan tiene capacidades de sistema que permitirán un suministro temporal de medicamentos de la Parte D no incluidos en el formulario para satisfacer las necesidades inmediatas de un inscrito, así como para permitir que Central Health Medicare Plan y/o el inscrito dispongan de tiempo suficiente para trabajar con el recetador a fin de realizar un cambio adecuado a un medicamento terapéuticamente equivalente o la realización de una solicitud de excepción para mantener la cobertura de un medicamento existente en función de razones de necesidad médica.

- a. Las capacidades de sistemas existen para proveer suministros de transición en el punto de venta. Las farmacias no están obligadas a presentar ni reenviar un código de autorización previa/certificación médica (Prior Authorization/Medical Certification Code, PAMC) u otros códigos específicos de renovaciones de transición (Transition Fill, TF) para un reclamo elegible de TF a fin de adjudicarlos.

## III. PROCEDIMIENTO

### A. Asuntos de transición

- a. Todos los inscritos

1. La política de transición se aplica a los medicamentos fuera del formulario, entre los que se incluyen los siguientes: (1) Medicamentos de la Parte D que están fuera del formulario de Central Health Medicare Plan y (2) Medicamentos de la Parte D que están en el formulario de Central Health Medicare Plan, pero que requieren autorización previa o terapia progresiva según las reglas de administración de utilización de Central Health Medicare Plan. (3) Medicamentos que no pertenecen a la Parte D requeridos por Medicaid para los planes MMP o los beneficios suplementarios de MMCP. La política de transición también se aplica a una receta nueva para un medicamento no incluido en el formulario si no se puede distinguir 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 punto de venta. (4) Medicamentos que tienen un límite de cantidad (Quantity Limit, QL) aprobado inferior a la dosis actual que recibe el beneficiario.
2. Central Health Medicare Plan pondrá su política de transición a disposición de los inscritos a través de un enlace desde Medicare Prescription Drug Plan Finder al sitio web de Central Health Medicare Plan y la incluirá en los materiales de marketing previos y posteriores a la afiliación según las directrices de los CMS.
3. Para los inscritos actuales cuyos medicamentos ya no se encuentran en el formulario del Central Health Medicare Plan, Central Health Medicare Plan garantizará una transición significativa de las siguientes maneras: (1) proporcionar suministros de transición de medicamentos del mismo modo que los suministros de transición necesarios para los nuevos inscritos al principio de un nuevo año de contrato; o (2) activar un proceso de transición antes del comienzo de un nuevo año de contrato.
4. El miembro y el proveedor deben utilizar el proceso de excepciones, según se define en PD-20 "Excepciones de la Parte D de Medicare", para iniciar una excepción al formulario o una autorización previa a Central Health Medicare Plan si deciden continuar con el medicamento después del período de transición. Alternativamente, la farmacia del miembro puede comunicarse con Central Health Medicare Plan por teléfono o fax para notificar la solicitud de autorización de Central Health Medicare Plan.
5. Los formularios de solicitud de autorización previa o de excepciones estarán disponibles tanto para los inscritos como para los médicos que recetan por correo, fax, correo electrónico o en el sitio web de Central Health Medicare Plan.
6. Para todas las solicitudes de Autorización previa/excepciones presentadas en nombre de los miembros de reciente transición, Central Health Medicare Plan hará todo lo posible por evaluar el motivo por el cual no se puede utilizar una alternativa terapéutica del formulario.
7. Los esfuerzos de Central Health Medicare Plan pueden incluir (pero no se limitan a) hablar con el médico recetador del miembro, el médico de atención primaria y/o el farmacéutico para ayudar al beneficiario a satisfacer los requisitos de gestión de la utilización, cambiar a una alternativa del formulario o iniciar una excepción.
8. Central Health Medicare Plan autorizará a las farmacias de la red a anular la terapia escalonada y las ediciones del sistema de autorización previa para las recetas de suministros de transición en el punto de venta (que no sean las establecidas para determinar la cobertura de la Parte A o B frente a la de la Parte D, evitar la cobertura de medicamentos que no sean

de la Parte D y promover la utilización segura de un medicamento de la Parte D (p. ej., límites de cantidad basados en la dosis máxima recomendada por la FDA, ediciones de resurtido anticipado)).

9. Central Health Medicare Plan trabajará con su PBM para implementar los cambios apropiados en los sistemas para lograr los objetivos de cualquier nuevo mensaje adicional aprobado a través de NCPDP para abordar la aclaración de la información necesaria para adjudicar una reclamación de transición de la Parte D u otros enfoques alternativos que logren los objetivos previstos para la mensajería de transición de farmacia de red en el punto de venta.
10. Si un miembro se inscribe en Central Health Medicare Plan con una fecha de inscripción efectiva de [1.º de noviembre o 1.º de diciembre], la política de transición se extenderá a lo largo del año contractual para los suministros de medicamentos de transición. Es considerable destacar que un miembro nuevo también puede ser elegible para una renovación de transición de miembro durante el nuevo año natural.
11. Central Health Medicare Plan autorizará un proceso de suministro de emergencia por única vez para garantizar que los inscritos no tengan una interrupción en la cobertura mientras continúan con el proceso de excepción de Central Health Medicare Plan.

- a. Miembros nuevos y actuales

1. Central Health Medicare Plan proporcionará un surtido temporal de al menos [31] días (a menos que la receta esté indicada para un suministro de menos de [31] días o que la receta se dispense por una cantidad inferior a la indicada debido a límites de cantidad por motivos de seguridad o ediciones de utilización de medicamentos basadas en el etiquetado del producto aprobado, en cuyo caso Central Health Medicare Plan permitirá múltiples surtidos para proporcionar hasta un total de [31] días de medicamento) en un establecimiento minorista o mediante infusión domiciliaria, red de seguridad o I/T/U/ farmacia en cualquier momento durante los primeros [90] días de inscripción del miembro, a partir de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura del inscrito. Esto incluye nuevos inscritos en nuestro plan después del período de elección anual coordinado, nuevos beneficiarios elegibles de otra cobertura y miembros que cambian de un plan a otro después del comienzo del año del contrato.

- a) *Solo para IL:* Los medicamentos no incluidos en la Parte D, exigidos por Medicaid of Illinois para el beneficio suplementario de los planes MMP, tendrán un período de transición de [180] días.

- b) *Solo para SC:* Los nuevos miembros dispondrán de un período de transición de [180] días para los medicamentos de la Parte D y los medicamentos envasados de Medicaid. Los miembros actuales dispondrán de un periodo de transición de [90] días tanto para los medicamentos de la Parte D como para los del paquete de Medicaid.

2. Los miembros existentes pueden verse afectados por situaciones en las que los regímenes de medicamentos prescritos en un entorno asistencial no se incluyan en el formulario de la Parte D como consecuencia de un cambio en el nivel asistencial (de LTC a cuidados intensivos, de cuidados intensivos a domicilio, de domicilio a LTC, etc.).

3. Los miembros actuales que reciben medicamentos del formulario que se han eliminado del formulario o que han agregado recientemente criterios de administración de utilización, es decir, la terapia progresiva y la autorización previa, son aptos para recibir un suministro de transición. Esto incluye los inscritos actuales afectados por cambios negativos en el formulario a lo largo de los años contractuales.
4. A los miembros actuales que tengan un medicamento cuya cobertura se haya aprobado previamente en virtud de una excepción, se les concederá un surtido de transición de [31] días una vez que expire la excepción.
5. El miembro y el proveedor deben utilizar el proceso de excepciones, tal como se define en PD-20 "Excepciones de la Parte D de Medicare", para notificar al plan de una situación de transición.
6. Central Health Medicare Plan hará los arreglos necesarios para seguir proporcionando los medicamentos necesarios de la Parte D a los inscritos y los medicamentos que no sean de la Parte D, según lo exija Medicaid, a los inscritos en el MMP mediante una ampliación del período de transición, caso por caso, en la medida en que sus solicitudes de excepción o apelaciones no se hayan procesado al final del período mínimo de transición y hasta el momento en que se haya realizado la transición (ya sea mediante un cambio a un medicamento adecuado del formulario o una decisión sobre una solicitud de excepción).
7. El copago o el costo compartido por un suministro provisional de medicamentos proporcionados en el proceso de transición nunca excederán las cantidades máximas reglamentarias de copago para los inscritos elegibles con subsidio de bajos ingresos (low-income subsidy, LIS). Para las personas inscritas que no reúnen los requisitos del LIS, Central Health Medicare Plan se asegurará de que el copago o la participación en los costos para un suministro temporal de medicamentos proporcionado en virtud de su proceso de transición se base en uno de sus niveles de participación en los costos aprobados y sea coherente con los copagos o la participación en los costos que Central Health Medicare Plan cobraría por los medicamentos del formulario sujetos a ediciones de administración de la utilización proporcionados durante la transición, que se aplicarían una vez que se cumplan los criterios de administración de la utilización. Para los miembros que no pertenezcan al LIS, Central Health Medicare Plan se asegurará de que durante la transición se proporcione el mismo costo compartido para los medicamentos no incluidos en el formulario de la Parte D que se aplicaría para los medicamentos no incluidos en el formulario aprobados a través de una excepción al formulario y el mismo costo compartido para los medicamentos incluidos en el formulario sujetos a ediciones de administración de la utilización proporcionados durante la transición, que se aplicarían una vez que se cumplan los criterios de administración de la utilización.
8. Durante el período de transición, los reclamos en el punto de venta en las farmacias de la red anularán la terapia progresiva y las ediciones de autorización previa en el punto de venta mediante un proceso automatizado, y aparecerá un mensaje en la pantalla de la farmacia que describe el proceso como una "renovación de transición".

9. Si el suministro de transición se dispensa por menos de la cantidad escrita debido a una edición de límite de cantidad, el suministro de transición puede reabastecerse hasta un suministro de [31] días (a menos que el límite de cantidad se base en límites de seguridad establecidos por la FDA o documentados en literatura médica revisada o guías de práctica clínica bien establecidas).
10. El procesamiento de TF para medicamentos compuestos por varios ingredientes (Multi-Ingredient Compound, MIC) se basa en el estado de formulario del reclamo completo. Los MIC tópicos se consideran como fuera del formulario y los MIC no tópicos se basan en el ingrediente más costoso presentado. Solo los medicamentos que no son parte del formulario se procesarán según las reglas de TF para MIC. Los protocolos de terapia progresiva se omiten para los medicamentos MIC y estos reclamos se pagan fuera de TF. Las ediciones de cantidad vs tiempo (Quantity vs Time, QVT), dosis diaria y edad pueden omitirse para los medicamentos MIC y los reclamos pagados fuera de TF en función de la configuración del diseño de beneficios. Dado que los MIC son medicamentos fuera del formulario y generalmente solo están cubiertos de acuerdo con una solicitud de excepción aprobada, a los medicamentos MIC procesados para TF se les asigna el costo compartido aplicable a la categoría de excepción (es decir, los costos compartidos aplicables a los medicamentos fuera del formulario aprobados de acuerdo con una solicitud de excepción).

Paso 1: La adjudicación del 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 para la Parte D (no se utilizan los ingredientes de la Parte A o Parte B y se utiliza, al menos, un ingrediente de la Parte D), continúe con el Paso 2.

Paso 2: La adjudicación determina el estatus de formulario de la reclamación MIC de la Parte D basándose en el diseño del beneficio; la configuración del beneficio determina si es formulario o No formulario.

- i. El plan ha designado los compuestos tópicos como No formulario, por lo tanto, toda la reclamación se considera No formulario y se aplicará el TF.
- ii. En el caso de los compuestos no tópicos, el plan basa el estado del formulario en el ingrediente de la Parte D más costoso:

Si el ingrediente más costoso es un medicamento del formulario, todos los ingredientes de la Parte D en el MIC se pagan según las tarifas contratadas.

Si el ingrediente más costoso no forma parte del formulario y es elegible para TF, todos los ingredientes de la Parte D en el MIC se pagan como TF. La carta de TF se refiere a esta receta médica como una receta "compuesta".

Si el ingrediente más costoso no es elegible para TF, el MIC entero se rechazará/no se pagará como TF.

b. Miembros de atención a largo plazo

1. El procedimiento de transición de Central Health Medicare Plan tiene en cuenta las necesidades únicas de los residentes de centros de LTC y reconoce que es probable que los residentes de LTC reciban varios medicamentos para los que los cambios simultáneos podrían afectar significativamente al estado del inscrito.

2. Central Health Medicare Plan proporcionará un surtido temporal de al menos [31] días (a menos que la receta indique un suministro para menos de [31] días o que la receta se dispense por menos de la cantidad indicada debido a límites de cantidad por motivos de seguridad o ediciones de utilización de medicamentos basadas en el etiquetado del producto aprobado, en cuyo caso Central Health Medicare Plan permitirá múltiples surtidos para proporcionar hasta un total de [31] días de medicamento) en un entorno de LTC en cualquier momento durante los primeros [90] días de inscripción del miembro, a partir de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura del inscrito.
3. Una vez transcurrido el período de transición de [90] días, Central Health Medicare Plan autorizará un suministro de emergencia de [31] días para medicamentos que no estén en el formulario (a menos que la receta esté indicada para menos de [31] días) mientras se solicita una excepción o autorización previa. En función de cada caso, Central Health Medicare Plan hará los arreglos necesarios para proporcionar los medicamentos necesarios a un inscrito mediante la ampliación del período de transición si la solicitud de excepción o la apelación del inscrito no se ha procesado al final del período mínimo de transición.
4. Si un miembro se inscribe en Central Health Medicare Plan con una fecha de inscripción efectiva de [1.º de noviembre o 1.º de diciembre], la política de transición se extenderá a lo largo del año contractual para los suministros de medicamentos de transición.
5. Se les notificará a todos los centros de atención a largo plazo contratados sobre los siguientes términos:
  - Central Health Medicare Plan cubrirá el costo total del medicamento (según las tarifas contratadas) durante el tiempo en que se revise una solicitud de autorización previa para el miembro, y
  - Central Health Medicare Plan exige a los centros de LTC que presenten una autorización previa siempre y cuando sea necesaria para dispensar el medicamento.
6. Si el centro de LTC, el médico o el "representante designado" no presentan una autorización previa según lo exigido, Central Health Medicare Plan no pagará los medicamentos dispensados fuera de este período de [90] días.
7. Si el LTC (y su farmacia preferida) no forman parte de la red, ya sea por elección propia o por no cumplir las condiciones de participación, Central Health Medicare Plan pagará el mismo suministro de medicamentos a las tarifas de la red de farmacias del LTC.

#### IV. NOTIFICACIONES

- A. Dentro de los [tres (3)] días hábiles posteriores a la adjudicación de un surtido temporal o dentro de los [3] días hábiles posteriores a la adjudicación del primer surtido temporal para un residente de atención a largo plazo al que se le suministraron múltiples suministros de un medicamento de la Parte D en incrementos de [14 días o menos], Central Health Medicare Plan vía PBM le enviará al

inscrito una notificación por escrito a través del correo de primera clase de EE. UU. (*Consulte los Anexos I y II*):

- a. El suministro de transición proporcionado es provisional y no se puede renovar, a menos que se apruebe una excepción de formulario.
- b. Instrucciones para que el inscrito mantenga correspondencia con Central Health Medicare Plan y su proveedor para identificar alternativas terapéuticas apropiadas en el formulario de Central Health Medicare Plan.
- c. Una explicación del derecho del inscrito a solicitar una excepción al formulario.
- d. Procedimientos de Central Health Medicare Plan para solicitar una excepción de formulario.
- e. Central Health Medicare Plan enviará un aviso por escrito a través del correo de primera clase de EE. UU. a la persona inscrita dentro de los [tres] días hábiles posteriores a la adjudicación de un relleno temporal de transición. El aviso debe incluir (1) una explicación de la naturaleza provisional del suministro de transición que recibió el inscrito, (2) instrucciones para trabajar con el patrocinador del plan y el recetador del inscrito para satisfacer los requisitos de administración de utilización o para identificar alternativas terapéuticas apropiadas que están en el formulario del plan, (3) una explicación del derecho del inscrito a solicitar una excepción de formulario y (4) una descripción de los procedimientos que se deben realizar para solicitar una excepción de formulario. Para los residentes de cuidados a largo plazo que reciben múltiples suministros de un medicamento de la Parte D en incrementos de 14 días o menos, de acuerdo con los requisitos bajo el Título 42 del CFR, Sección 423.154, el aviso por escrito se proporcionará dentro de [3] días hábiles después de la adjudicación del primer suministro temporal. Central Health Medicare Plan utilizará el aviso de transición modelo de los CMS a través del proceso de archivo y uso o enviará un aviso de transición no modelo a los CMS para su revisión de comercialización sujeta a una revisión de [45] días. Central Health Medicare Plan se asegurará de que se realicen esfuerzos razonables para avisar a los recetadores de los inscritos afectados que reciban un aviso de transición.

**V. REVISIÓN DE SOLICITUD DE EXCEPCIONES RELACIONADAS CON LA TRANSICIÓN**

- A. Las excepciones y apelaciones relacionadas con la transición seguirán la Política y los Procedimientos de Excepciones y Apelaciones de Central Health Medicare Plan definidos en PD-20, "Excepciones de la Parte D de Medicare".
- B. Para los miembros de transición, se prestará especial atención al revisar las solicitudes de autorización previa.
- C. Si el revisor determina que un cambio de los medicamentos a una alternativa del formulario pondría en peligro la seguridad y el bienestar del miembro, se dará una aprobación incluso si no se cumplen los criterios específicos para ese medicamento.

Central Health Medicare Plan es un HMO/HMO SNP con un contrato de Medicare. La inscripción en Central Health Medicare Plan depende de la renovación del contrato.

[https://centralhealthplan.com/Docs/Member/Multi\\_Language\\_Insert.pdf](https://centralhealthplan.com/Docs/Member/Multi_Language_Insert.pdf)