I. PROPÓSITO

El propósito de la Política y el Procedimiento es asegurar la continuidad necesaria del tratamiento y proporcionar el tiempo y el proceso de transición adecuados para que el afiliado y el médico que le recete conozcan el Formulario de Molina Medicare.

II. POLÍTICA

A. Los principales objetivos de la Política y el Procedimiento de transición de Molina Medicare son permitir una transición significativa para los siguientes grupos de miembros cuya terapia farmacológica actual puede no estar cubierta por Molina:

- (a.) nuevos miembros afiliados al plan de recetas médicas tras el período de elección coordinado anual; (b.) miembros recientemente elegibles procedentes de otra cobertura; (c.) la transición de miembros que cambian de un plan a otro después del inicio de un año contractual; (d.) miembros actuales afectados por cambios negativos en el formulario a lo largo de los años contractuales; (e.) miembros que residen en centros de atención a largo plazo (LTC), incluidos los beneficiarios que ingresan o salen de un centro LTC.

B. El administrador de beneficios farmacéuticos (Pharmacy Benefit Manager, PBM) de Molina Medicare dispone de funciones de sistema que permitirán un suministro provisional de medicamentos de la Parte D no incluidos en el formulario para satisfacer las necesidades inmediatas de un afiliado, además de permitir que Molina Medicare o el afiliado dispongan de tiempo suficiente para trabajar con la persona que receta el medicamento para realizar un cambio apropiado a un medicamento terapéuticamente equivalente o completar una solicitud de excepción para mantener la cobertura de un medicamento existente por motivos de necesidad médica.
    a. Los sistemas cuentan con la capacidad de proporcionar 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 que se adjudique un reclamo elegible para TF.

III. PROCEDIMIENTO

A. Cuestiones relacionadas con la transición

a. <u>Todos los afiliados</u>

1. La política de transición se aplicará a los medicamentos que no figuran en el formulario, es decir: (a.) Medicamentos de la Parte D que no estén incluidos en el formulario del patrocinador; (b.) medicamentos de la Parte D previamente aprobados para su cobertura en virtud de una excepción, una vez que dicha excepción haya expirado, y (c.) medicamentos de la Parte D que estén incluidos en el formulario del patrocinador, pero que requieran autorización previa o terapia progresiva, o que tengan límites de cantidad aprobados inferiores a la dosis actual del Beneficiario, de conformidad con las normas de administración de la utilización del patrocinador. (d.) Medicamentos no incluidos en la Parte D, exigidos por Medicaid para los planes integrados de doble elegibilidad. 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 del patrocinador de la Parte D a alternativas terapéuticamente apropiadas del

formulario, si no se determina que existe una necesidad médica imperiosa. El PBM delegado considerará los biosimilares como productos de marca/genéricos no intercambiables para sus programas y procesos relacionados con la renovación de transición, y aplicará el reparto de costos adecuado según las directrices de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). El comité P&T del PBM delegado 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 terapéuticamente apropiadas del formulario, si no se determina que existe una necesidad médica imperiosa.

2. El PBM delegado dispondrá de la capacidad de sistemas que le permitan proporcionar un suministro provisional de medicamentos de la Parte D no incluidos en el formulario, para satisfacer las necesidades inmediatas de un beneficiario, además de permitir que el patrocinador o el beneficiario dispongan de tiempo suficiente para trabajar con la persona que receta el medicamento para realizar un cambio apropiado a un medicamento terapéuticamente equivalente o completar una solicitud de excepción para mantener la cobertura de un medicamento existente por motivos de necesidad médica. El procesamiento y la codificación de las renovaciones de transición (TF) de PBM delegado aplican mensajes en el punto de venta (POS) a las farmacias.

3. Molina Medicare pondrá su política de transición a disposición de los afiliados a través de un enlace desde el buscador de planes de medicamentos recetados de Medicare al sitio web de Molina e incluirá en los materiales de marketing previos y posteriores a la inscripción según las directrices de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS).

4. Para los afiliados actuales cuyos medicamentos ya no figuran en el formulario de Molina Medicare, Molina Medicare garantizará una transición significativa mediante: (1) el suministro de medicamentos de transición iguales a las renovaciones de transición requeridos para los nuevos afiliados al comienzo de un nuevo año contractual; o (2) la activación de un proceso de transición antes del comienzo de un nuevo año contractual.

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 iniciar una excepción al formulario o una autorización previa a Molina Medicare si deciden continuar con el medicamento después del período de transición. O bien, la farmacia del miembro puede comunicarse con Molina Medicare por teléfono o fax para notificarle la solicitud de autorización.

6. Los formularios de solicitud de autorización previa o de excepciones estarán disponibles tanto para los afiliados como para los médicos que recetan por correo, fax, correo electrónico o en el sitio web de Molina Medicare.

7. Para todas las solicitudes de autorización previa o excepciones presentadas en nombre de los miembros que recién se han incorporado, Molina Medicare hará todo lo posible por evaluar el motivo por el que no se puede utilizar una alternativa terapéutica al formulario.

8. Entre los esfuerzos de Molina Medicare se pueden incluir (entre otros) hablar con el médico que receta al miembro, el médico de atención primaria o el farmacéutico para ayudar al beneficiario a cumplir los requisitos de administración de la utilización, cambiar a una alternativa del formulario o iniciar una excepción.

9. Molina Medicare autorizará a las farmacias de la red a anular la terapia progresiva y las modificaciones del sistema de autorización previa para las recetas médicas de suministros de transición en el punto de venta (distintas de las vigentes para determinar la cobertura de la Parte A o la Parte B frente a la Parte D, evitar la cobertura de medicamentos que no pertenecen a 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 Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drugs Administration, FDA) y modificaciones de reposición anticipada).

10. Molina Medicare aplicará sus procesos de transición a una receta nueva para un medicamento que no figura en el formulario si no puede distinguir entre una receta nueva para un medicamento que no figura en el formulario y una receta vigente para un medicamento que no figura en el formulario en el punto de venta.

11. Molina Medicare trabajará con su PBM para implementar los cambios de sistema apropiados para alcanzar las metas de cualquier mensaje nuevo adicional aprobado a través del NCPDP para abordar la información aclaratoria necesaria para adjudicar un reclamo de transición de la Parte D u otros enfoques alternativos que alcancen los objetivos previstos para los mensajes de transición de las farmacias de la red en el punto de venta.

12. Si un miembro se inscribe en Molina Medicare con una fecha de inscripción efectiva del 1.º de noviembre o del 1º de diciembre, la política de transición se extenderá durante todo el 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.

13. Molina Medicare autorizará un proceso de suministro de emergencia único para garantizar que los afiliados no tengan una brecha en la cobertura durante el proceso de excepción de Molina Medicare.

a. <u>Miembros nuevos y actuales</u>

1. Molina Medicare proporcionará una renovación provisional de, al menos, 31 días (a menos que la receta médica se emita por menos de un suministro de 31 días o que la receta médica se dispense por menos de la cantidad indicada en le receta debido a los límites de cantidad por motivos de seguridad o a las modificaciones de utilización de medicamentos en función del etiquetado aprobado del producto, en cuyo caso Molina Healthcare permitirá varias renovaciones para proveer un total de hasta 31 días de medicamentos) en un entorno de farmacias o mediante infusiones en el hogar, una red de seguridad o una farmacia para el Programa de Servicio de salud indígena/tribal/salud de indígena urbano (I/T/U) en cualquier momento durante los primeros 90 días de la inscripción del miembro a partir de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura del afiliado. Se incluye a los nuevos afiliados a nuestro plan tras el período de elección coordinado anual, los nuevos beneficiarios elegibles procedentes de otras coberturas y los miembros que cambian de un plan a otro después del inicio del año contractual.

b) *Solo para IL:* los medicamentos que no pertenecen a la Parte D, requeridos por Medicaid de Illinois para los beneficios suplementarios de los planes MMP, tendrán un período de transición de 180 días.

c)*Solo para SC:* los nuevos miembros tendrán un período de transición de 180 días para los medicamentos de la Parte D y los medicamentos suplementarios de Medicaid. Los miembros actuales tendrán un período de transición de 90 días para los medicamentos de la Parte D y los medicamentos suplementarios de Medicaid.

2. Los miembros actuales podrían verse afectados por situaciones en las que los regímenes de medicamentos recetados en un entorno de atención no se pueden incluir en el formulario de la Parte D después de cambiar el nivel de atención (de LTC a atención médica intensiva, de atención médica intensiva a atención médica domiciliaria, de atención médica domiciliaria 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 una renovación de transición. Esto incluye los afiliados actuales afectados por cambios negativos en el formulario a lo largo de los años contractuales.

4. A los miembros actuales que reciban un medicamento que se haya aprobado previamente para su cobertura bajo una excepción se les concederá una renovación 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. Molina Medicare realizará las modificaciones necesarias para continuar proporcionando a los afiliados los medicamentos necesarios de la Parte D y los medicamentos fuera de la Parte D, según lo requiera Medicaid, a los afiliados de MMP mediante una extensión 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 de transición mínimo y hasta el momento en que se haya realizado la transición (ya sea mediante un cambio a un medicamento del formulario adecuado o una decisión sobre una solicitud de excepción).

7. El copago o el costo compartido por un suministro provisional de medicamentos proporcionados durante el proceso de transición nunca excederán los montos máximos de copago establecidos por ley para los afiliados elegibles para el subsidio por bajos ingresos (low-income subsidy, LIS). En el caso de los afiliados que no reúnen los requisitos para el LIS, Molina Medicare se asegurará de que el copago o el costo compartido por un suministro provisional de medicamentos proporcionados en el marco de su proceso de transición se base en una de sus categorías de costos compartidos aprobadas y de que sea congruente con los copagos o los costos compartidos que Molina Medicare cobraría por los medicamentos del formulario sujetos a las revisiones de administración de la utilización proporcionadas durante la transición que se aplicarían una vez cumplidos los criterios de administración de utilización. En el caso de los afiliados que no cuenten con el LIS, Molina Medicare garantizará que, durante la transición, se aplique el mismo costo compartido para los medicamentos de la Parte D que no figuran en el formulario que se aplicaría a los medicamentos que no figuran en el formulario aprobados mediante una excepción al formulario, y el mismo costo compartido para los medicamentos del formulario sujetos a modificaciones de administración de uso proporcionados durante la transición que se aplicaría una vez cumplidos los criterios de administración de utilización.

8. Durante el periodo de transición, las reclamaciones en el punto de venta en las farmacias de la red prevalecerán sobre la terapia progresiva y las modificaciones de autorización previa en el punto de venta mediante un proceso automatizado, y aparecerá un mensaje en la pantalla de la farmacia describiendo el proceso como una "renovación de transición".

9. Si el suministro de transición se dispensa por una cantidad menor que la indicada debido a una modificación del límite de cantidad, la renovación de transición se puede reponer hasta un máximo de 31 días (a menos que el límite de cantidad se base en los límites de seguridad establecidos por

la FDA o documentados en literatura médica revisada o en pautas de práctica clínica ampliamente aceptadas).

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 están incluidos en el formulario se procesarán según las reglas de TF de los MIC. Los protocolos de terapia progresiva se omiten para los medicamentos MIC y estos reclamos se pagan fuera de TF. Las modificaciones de cantidad frente a 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, por lo general, solo están cubiertos tras 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 tras 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, la Parte B o la Parte D. Si se determina que el MIC es un medicamento elegible para la Parte D (sin ingredientes de la Parte A o B y con al menos un ingrediente de la Parte D), continúe con el Paso 2.

    Paso 2: la adjudicación determina el estado del formulario del reclamo del MIC de la Parte D en función del diseño de beneficios; la configuración de beneficios determina si es parte o no del formulario.

i. El plan tiene compuestos tópicos designados que no forman parte del formulario; por lo tanto, el reclamo completo se considera como fuera del formulario y se aplicará 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 del 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 del 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 o no se pagará como TF.

b. <u>Miembros de atención a largo plazo</u>

1. El procedimiento de transición de Molina Medicare responde a las necesidades únicas de los residentes de los centros de LTC y reconoce que los residentes de LTC probablemente reciban múltiples medicamentos, por lo que cualquier cambio simultáneo podría afectar significativamente a su estado de salud.

2. Molina Medicare proporcionará una renovación provisional de, al menos, 31 días (a menos que la receta médica se emita por menos de un suministro de 31 días o que la receta médica se dispense por menos de la cantidad indicada en la receta debido a los límites de cantidad por motivos de seguridad o a las modificaciones en la utilización de medicamentos en función del etiquetado aprobado del producto, en cuyo caso Molina Medicare permitirá varias

renovaciones para proveer un total de hasta 31 días de medicamentos) en un entorno de atención a largo plazo en cualquier momento durante los primeros 90 días de la inscripción del miembro a partir de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura del afiliado.

3. Una vez transcurrido el período de transición de 90 días, Molina Medicare autorizará un suministro de emergencia de 31 días de medicamentos que no figuran en el formulario (a menos que la receta indique un período inferior a 31 días) mientras se solicita una excepción o autorización previa. Caso por caso, Molina Medicare realizará modificaciones para proporcionar los medicamentos necesarios a un afiliado, ampliando el período de transición si la solicitud de excepción o de apelación del afiliado no se ha procesado al final del período de transición mínimo.

4. Si un miembro se inscribe en Molina Medicare con una fecha de inscripción efectiva del 1.º de noviembre o del 1º de diciembre, la política de transición se extenderá durante todo el año contractual para los suministros de medicamentos de transición.

5. Se notificará a todos los centros de atención a largo plazo (LTC) contratados los siguientes términos:
   - Molina Medicare cubrirá el costo total del medicamento (según las tarifas contratadas) durante el período en que se revise una solicitud de autorización previa para el miembro, y
   - Molina Medicare exige que los centros de LTC envíen una autorización previa cuando sea necesario para dispensar el medicamento.

6. Si el centro de LTC, el médico o el "representante designado" no presentan una autorización previa requerida, Molina Medicare no pagará los medicamentos dispensados fuera de este período de 90 días.

7. Si el centro de LTC (y su farmacia preferida) no forman parte de la red, ya sea por elección propia o por no cumplir con las condiciones de participación, Molina Medicare pagará el mismo suministro de medicamentos según las tarifas de la red de farmacias del centro de LTC.

IV. NOTIFICACIONES

A. En un plazo de tres (3) días laborables a partir de la adjudicación de una renovación provisional o en un plazo de 3 días laborables después de la adjudicación de la primera renovación provisional para un residente en cuidados a largo plazo al que se le hayan dispensado múltiples suministros de medicamentos de la Parte D en incrementos de 14 días o menos, Molina Medicare, a través del PBM, enviará al afiliado una notificación por escrito a través del correo prioritario de EE. UU. *(Consulte la última carta modelo de transición de los CMS)*:
   a. El suministro de transición proporcionado es provisional y no se puede renovar, a menos que se apruebe una excepción al formulario.
   b. Instrucciones para que el afiliado se comunique con Molina Medicare y su proveedor para identificar alternativas terapéuticas adecuadas en el formulario de Molina Medicare.
   c. Una explicación del derecho de los afiliados a solicitar una excepción al formulario.
   d. Procedimientos de Molina Medicare para solicitar una excepción al formulario.
   e. Molina Medicare enviará un aviso por escrito a través del correo prioritario de EE. UU. al afiliado en un plazo de tres días laborables a partir de la adjudicación de un período de renovación de transición provisional. El aviso debe incluir (1) una explicación de la naturaleza provisional de la renovación

de transición que recibió el afiliado, (2) instrucciones para trabajar con el patrocinador del plan y la persona que receta al afiliado 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 afiliado a solicitar una excepción al formulario y (4) una descripción de los procedimientos que se deben realizar para solicitar una excepción al formulario. Para los múltiples suministros de medicamentos de la Parte D en incrementos de 14 días o menos para residentes de centros de atención a largo plazo, de conformidad con los requisitos establecidos en la Sección 423.154 del Título 42, el aviso por escrito se proporcionará en un plazo de 3 días laborables posteriores a la adjudicación de la primera renovación provisional. Molina utilizará el modelo de aviso de transición de los CMS mediante el proceso de presentación y uso, o enviará un aviso de transición que no sea el modelo de los CMS para su revisión de marketing, sujeto a una revisión de 45 días. Molina se asegurará de que se hagan los esfuerzos razonables para notificar a las personas que recetan medicamentos a los afiliados afectados que reciben un aviso de transición.

V. REVISIÓN DE LAS SOLICITUDES 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 Molina Medicare definidos en PD-20 “Excepciones de la Parte D de Medicare”.

B. En el caso de los miembros en 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 la autorización incluso si no se cumplen los criterios específicos para ese medicamento.

Haga clic aquí para ver el Aviso de disponibilidad