

I. OBJETIVO

El objetivo de la Política y procedimiento consiste en garantizar la continuidad necesaria del tratamiento y proporcionar el tiempo y el proceso de transición adecuados para presentar al afiliado y al médico que receta el Formulario de Molina Healthcare.

II. POLÍTICA

A. Los objetivos principales de la Política y procedimiento de transición de Molina Healthcare son los siguientes:

- Proporcionar procedimientos para enfrentar situaciones en las que un nuevo afiliado presenta por primera vez en una farmacia participante un medicamento recetado que no se encuentra en el formulario de Molina Healthcare o tiene administración de utilización con el fin de satisfacer las necesidades inmediatas del beneficiario.
- Proporcionar procedimientos de transición para hacer frente a las necesidades de los afiliados actuales que tienen una necesidad inmediata de un medicamento que se encuentra en el formulario y que tiene criterios nuevos y aprobados sobre el control de uso (autorización previa, terapia progresiva, límites de cantidad).
- Proporcionar procedimientos de transición para hacer frente a las necesidades de los afiliados actuales que tienen una necesidad inmediata de medicamentos que no se encuentran en el formulario debido a un cambio en el nivel de atención, como el alta hospitalaria o de un centro de enfermería especializada.
- Proporcionar procedimientos de transición para los beneficiarios recientemente elegibles de Medicare desde otra cobertura.
- Proporcionar procedimientos de transición para los miembros que cambian de un plan a otro luego del comienzo del año de contrato.
- Definir los procedimientos de transición para cumplir con las necesidades únicas de residentes en los centros de atención médica a largo plazo.

B. La Administración de Beneficios Farmacéuticos (PBM, por sus siglas en inglés) de Molina Healthcare cuenta con capacidades del sistema que permitirán un suministro provisional de medicamentos Parte D que no se encuentran en el formulario, con el fin de satisfacer las necesidades inmediatas de un afiliado, así como también permitir que Molina Healthcare o el afiliado tenga tiempo suficiente para trabajar con el recetador a fin de hacer un cambio apropiado por un medicamento terapéuticamente equivalente o la ejecución de una solicitud de excepción para mantener la cobertura de un medicamento existente según los motivos de la necesidad médica.

- a. Existen capacidades del sistema para proveer suministro de transición en el punto de venta. Las farmacias no están obligadas a presentar o presentar de nuevo una Autorización previa/Código de certificación médica (PAMC) u otros códigos específicos del TF para que se adjudique un reclamo elegible para el TF.

III. PROCEDIMIENTO

A. Problemas relacionados con la transición

a. Todos los afiliados

1. La política de transición es aplicable a los medicamentos fuera del formulario, que incluyen:
(1) Medicamentos Parte D que no están en el formulario de Molina Healthcare, y (2)

medicamentos Parte D que están en un formulario de Molina Healthcare, pero que requieren autorización previa o terapia progresiva según las normas de administración de utilización de Molina Healthcare. (3) Medicamentos que no se encuentran en la Parte D y que son requeridos por Medicaid para los planes MMP o el beneficio suplementario MMCP. La política de transición se aplica también a una receta médica nueva para un medicamento fuera del formulario si no puede hacerse una distinción entre una receta médica nueva para un medicamento fuera del formulario y una receta médica actual para un medicamento fuera del formulario en el punto de venta. (4) Medicamentos que tienen un límite de cantidad (QL) más bajo que la dosis actual del beneficiario.

2. Molina Healthcare pondrá su política de transición a disposición de los afiliados por medio de un enlace del Localizador de Planes de Medicamentos Recetados de Medicare para el sitio web de Molina e incluirá los materiales de comercialización previos y posteriores a la inscripción según la orientación de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés).
3. Para los afiliados actuales cuyos medicamentos ya no se encuentran en el formulario de Molina Healthcare, Molina Healthcare asegurará una transición satisfactoria mediante lo siguiente: (1) la provisión de suministros de transición de medicamentos iguales a los suministros de transición requeridos para los nuevos afiliados al comienzo de un nuevo año de contrato; o (2) la activación de un proceso de transición previo al 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 Medicare Parte D”, para iniciar una excepción de formulario o una autorización previa a Molina Healthcare si optan por continuar la medicación después del período de transición. Como alternativa, la farmacia del miembro puede ponerse en contacto con Molina Healthcare por teléfono o por fax para notificar a Molina Healthcare la solicitud de transición.
5. Los formularios de solicitud de autorización previa o de excepciones estarán disponibles para los afiliados y los médicos que recetan por correo, por fax, por correo electrónico o en el sitio web de Molina Healthcare.
6. Para todas las solicitudes de Autorización Previa/Excepciones presentadas en nombre de los miembros de reciente transición, Molina Healthcare hará todo lo posible por evaluar el motivo por el cual podría no utilizarse una alternativa terapéutica del formulario.
7. Los esfuerzos de Molina Healthcare pueden incluir (entre otros) hablar con el médico recetador del miembro, el médico de atención primaria o el farmacéutico para ayudar al beneficiario a cumplir con los requisitos de administración de utilización, cambiar a un medicamento alternativo incluido en el formulario o iniciar una excepción.
8. Molina Healthcare autorizará a las farmacias de la red a anular la terapia progresiva y las ediciones del sistema de autorización previa para las prescripciones de suministro de transición en el punto de venta (distintos de los establecidos para determinar la cobertura de la Parte A o la Parte B frente a la Parte D), evitar la cobertura de medicamentos que no pertenezcan a la Parte D y promover la utilización segura de un medicamento de la Parte D (p. ej., límites de cantidad en función de la dosis máxima recomendada por el Departamento de Control de Alimentos y Medicamentos [FDA, por sus siglas en inglés], ediciones previas de renovación).

9. Molina Healthcare trabajará con su PBM para implementar cambios apropiados en los sistemas para lograr los objetivos de una nueva mensajería adicional aprobada por el Consejo Nacional para el Programa de Medicamentos Recetados (NCPDP, por sus siglas en inglés) con el propósito de abordar información aclaratoria necesaria para adjudicar un reclamo de la transición de la Parte D u otros métodos alternativos que permitan alcanzar los objetivos previstos para la red de mensajería de transición de farmacia en el punto de venta.
10. Si un miembro se inscribe en Molina Healthcare con fecha de vigencia de inscripción ya sea el 1 de noviembre o el 1 de diciembre, la política de transición se extenderá todo el año de contrato para el suministro de transición de medicamentos. Es importante mencionar que un miembro nuevo también puede ser elegible para un surtido de transición de miembro que renueva en el nuevo año natural.
11. Molina Healthcare autorizará un proceso de suministro de emergencia por única vez para garantizar que los afiliados no tengan una brecha en la cobertura mientras se avanza en el proceso de excepción de Molina Healthcare.

a. Miembros nuevos y existentes

1. Molina Healthcare ofrecerá un surtido provisional por al menos 31 días (a menos que la receta médica se haga por un suministro inferior a 31 días o que se dispense por menos de la cantidad escrita debido a los límites de cantidad para fines de seguridad o ediciones del uso de medicamentos basados en el etiquetado del producto aprobado, en cuyo caso Molina Healthcare permitirá varios surtidos que proporcionan hasta un total de 31 días de medicamentos) en un entorno de venta minorista o por medio de infusiones en el hogar, la red de seguridad o una farmacia I/T/U/ en cualquier momento durante los primeros 90 días de inscripción del miembro, a partir de la fecha de vigencia de la cobertura del afiliado. Esto incluye nuevos afiliados a nuestro plan luego del período de elección coordinada anual, nuevos beneficiarios elegibles de otra cobertura y miembros que se cambian de un plan a otro después de comenzar el año de contrato.
 - a) *Solo para IL:* Los medicamentos que no pertenecen a la Parte D, requeridos por Medicaid de Illinois para el beneficio de cobertura de los planes MMP, tendrán un período de transición de 180 días.
 - b) *Solo para SC:* Los nuevos miembros tendrán un período de transición de 180 días para medicamentos de la Parte D y medicamentos suplementarios de Medicaid. Los miembros actuales tendrán un período de transición de 90 días para medicamentos de la Parte D y medicamentos suplementarios de Medicaid.
2. Los miembros actuales pueden verse afectados por situaciones en las que los regímenes de medicamentos recetados en un establecimiento de atención de salud pueden no estar incluidos en el formulario de la Parte D luego del cambio en el nivel de atención (de un centro atención a largo plazo (LTC) a atención aguda, de atención aguda al hogar, del hogar a un centro de atención a largo plazo, etc.).
3. Los miembros actuales que actualmente reciben medicamentos que han sido retirados del formulario o a los que se le han agregado nuevos criterios de administración de utilización, es decir, terapia progresiva y autorización previa, son elegibles para un

suministro de transición. Esto incluye a los afiliados actuales afectados por cambios negativos en el formulario a lo largo de los años de contrato.

4. Los miembros actuales que tengan un medicamento cuya cobertura fuera aprobada anteriormente bajo una excepción, tendrán derecho a un surtido de transición de 31 días tras el vencimiento de dicha excepción.
5. El miembro y el proveedor deben utilizar el proceso de excepciones, según se define en PD-20, “Excepciones de Medicare Parte D”, para notificar al plan sobre una situación de transición.
6. Molina Healthcare se encargará de realizar los trámites para continuar proporcionando medicamentos Parte D que sean necesarios para los afiliados y los medicamentos que no se encuentran en la Parte D para los afiliados en MMP, según lo requiera Medicaid, a través de una extensión del período de transición, según sea el caso, en la medida en que sus solicitudes de excepción o apelaciones no sean procesadas para el final del período de transición mínimo y hasta el momento en el que se efectuó la transición (ya sea a través de un cambio a un medicamento del formulario apropiado o una decisión sobre una solicitud de excepción).
7. El copago o el costo compartido para un suministro provisional de medicamentos provistos en el proceso de transición nunca superarán los copagos máximos legales para el subsidio por ingresos bajos (LIS, por sus siglas en inglés) para afiliados elegibles. Para los afiliados no elegibles para LIS, Molina Healthcare asegurará que el copago o costo compartido para un suministro provisional de medicamentos provistos en el proceso de transición se base en una de las categorías de costo compartido aprobadas y sea acorde con los copagos o costos compartidos que Molina Healthcare cobraría por medicamentos del formulario sujeto a ediciones de la administración de utilización previstas durante la transición que se aplicarían una vez que se cumplan los criterios de administración de utilización. Para los afiliados que no pertenecen a LIS, Molina Healthcare garantizará el mismo costo compartido para los medicamentos Parte D fuera del formulario proporcionados durante la transición que se aplicaría a los medicamentos fuera del formulario aprobados a través de una excepción de formulario con el mismo costo compartido por los medicamentos que se encuentran en el formulario sujeto a ediciones de la administración de utilización previstas durante la transición que se aplicarían una vez que se cumplan los criterios de administración de utilización.
8. Durante el período de transición, los reclamos del punto de venta en las farmacias de la red pueden anular la terapia progresiva y las ediciones de autorización previa en el punto de venta mediante un proceso automatizado, y un mensaje aparecerá en la pantalla de la farmacia con la siguiente descripción del proceso: “surtido de transición”.
9. Si el suministro de transición se dispensa por menos de la cantidad escrita debido a una edición en el límite a la cantidad, el suministro de transición se puede completar hasta un suministro de 31 días (a menos que el límite a la cantidad se base en los límites de seguridad establecidos por el FDA o esté documentado en documentos médicos aprobados o en pautas de práctica clínica bien establecidas).

10. El procesamiento del TF para medicamentos compuestos por ingredientes múltiples (MIC) se basa en el estado del formulario del reclamo completo. Los MIC tópicos se consideran fuera del formulario y los MIC no tópicos se basan en el ingrediente más costoso enviado. Solo los medicamentos fuera del formulario se procesarán según la reglas del TF para MIC. Los protocolos de terapia progresiva se omiten para los medicamentos MIC y estos reclamos se pagan fuera del TF. Las ediciones de QvT, dosis diaria y edad pueden omitirse para los medicamentos MIC y los reclamos pagados fuera del TF según la configuración del diseño de beneficios. Dado que los MIC son medicamentos fuera del formulario y generalmente solo se cubren en virtud de una solicitud de excepción aprobada, a los medicamentos MIC procesados para el TI se les asigna el costo compartido aplicable a la categoría de la excepción (es decir, el costo compartido aplicable a medicamentos fuera del formulario aprobados en virtud de una solicitud de excepción).

Paso 1: La adjudicación de MIC determina el tipo de compuesto; determina si el MIC es un medicamento de Parte A, B o D. Si se determina que el MIC es un medicamento elegible de Parte D (no tiene ingredientes de Parte A o B y, al menos, tiene un ingrediente de parte D), prosiga con el paso 2.

Paso 2: La adjudicación determina el estado del formulario del reclamo de MIC de Parte D según el diseño del beneficio; la configuración del beneficio determina si está dentro o fuera del formulario.

- i. El plan tiene compuestos tópicos designados como fuera del formulario, por consiguiente, todo el reclamo se considera fuera del formulario y se aplicará el TF.
- ii. Para los compuestos no tópicos, el plan basa el estado del formulario en el ingrediente de Parte D más costoso:

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

Si el ingrediente más costoso es un medicamento fuera del formulario y es elegible para el TF, todos los ingredientes de Parte D del MIC se pagan según el TF. La carta del TF hace referencia a esta receta médica como una receta médica “compuesta”.

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

b. Miembros de Atención a Largo Plazo

1. El procedimiento de transición de Molina Healthcare da cuenta de las necesidades únicas de los residentes de centros LTC y reconoce que los residentes de los centros LTC son propensos a recibir múltiples medicamentos para cambios simultáneos que podrían afectar de manera significativa la enfermedad del afiliado.
2. Molina Healthcare ofrecerá un surtido provisional por, al menos, 31 días (a menos que la receta médica se haga por un suministro inferior a 31 días o que se dispense por menos de la cantidad escrita debido a los límites de cantidad para fines de seguridad o ediciones del uso de medicamentos basados en el etiquetado del producto aprobado, en cuyo caso Molina Healthcare permitirá varios surtidos que proporcionen hasta un total de 31 días de medicamentos) en un entorno de atención a largo plazo (LTC) en

cualquier momento durante los primeros 90 días de inscripción del miembro, a partir de la fecha de vigencia de la cobertura del afiliado.

3. Una vez transcurrido el período de transición de 90 días, Molina Healthcare autorizará un suministro de emergencia de 31 días de medicamentos fuera del formulario (a menos que la receta médica esté indicada para menos de 31 días), en tanto que una excepción o autorización previa lo solicite. Según cada caso, Molina Healthcare hará los trámites necesarios para proporcionar los medicamentos necesarios a un afiliado mediante la extensión del período de transición si la solicitud de excepción del afiliado o la apelación no ha sido procesada para el final del período mínimo de transición.
4. Si un miembro se inscribe en Molina Healthcare con fecha de vigencia de inscripción ya sea el 1 de noviembre o el 1 de diciembre, la política de transición se extenderá todo el año de contrato para el suministro de transición de medicamentos.
5. Todas las instalaciones LTC serán notificadas sobre los siguientes términos:
 - Molina Healthcare cubrirá el costo total de la medicación (según las tarifas contratadas) durante el tiempo en que se revise una solicitud de Autorización Previa para el miembro, y
 - Molina Healthcare exige a los centros de LTC presentar una Autorización Previa, siempre y cuando sea necesaria para la entrega del medicamento.
6. Si el centro de LTC, el médico o un “representante designado” no remite una Autorización Previa según sea necesario, Molina Healthcare no pagará por los medicamentos entregados 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 o por no cumplir con las condiciones de participación, Molina Healthcare pagará por el mismo suministro de medicamentos según las tarifas de la red de farmacias de LTC.
8. Tanto el centro de LTC como las farmacias minoristas tienen la capacidad de ingresar un código SCC (código de aclaración de presentación) de anulación para los miembros ingresados o dados de alta de un centro de LTC. Esto permitirá la pronta anulación de resurtidos y cualquier cambio debido a modificaciones en el nivel de atención.

IV. NOTIFICACIONES

- A. En el plazo de los tres (3) días laborables a partir de la adjudicación de un surtido provisional o en el plazo de los 3 días laborables luego de la adjudicación del primer surtido temporal para un residente de atención a largo plazo al que se le entregaron múltiples suministros de un medicamento Parte D en incrementos de 14 días o menos, Molina Healthcare le enviará al afiliado mediante la PBM una notificación escrita por correo postal de primera clase de los EE. UU. (*consulte los Anexos I y II*):
 - a. El suministro de transición previsto es provisional y no puede renovarse, a menos que se apruebe una excepción de formulario.
 - b. Instrucciones para el afiliado para coincidir con Molina Healthcare y su proveedor en la identificación de alternativas terapéuticas apropiadas en el formulario de Molina Healthcare.
 - c. Una explicación del derecho del afiliado a solicitar una excepción de formulario.

- d. Los procedimientos de Molina Healthcare para solicitar una excepción de formulario.
- e. Molina Healthcare enviará un aviso por escrito por correo postal de primera clase de los EE. UU. al afiliado en el plazo de los tres días laborables a partir de la adjudicación de un surtido de transición provisional. El aviso debe incluir (1) una explicación de la índole provisional del suministro de transición que ha recibido un afiliado; (2) instrucciones para trabajar con el patrocinador del plan y el recetador del afiliado para satisfacer los requisitos de administración de utilización o para identificar las alternativas terapéuticas apropiadas que están incluidas en formulario del plan; (3) una explicación del derecho del afiliado a solicitar una excepción de formulario, y (4) una descripción de los procedimientos para solicitar una excepción de formulario. Para los residentes de un centro atención a largo plazo a los que se dispensan múltiples suministros de un medicamento Parte D en incrementos de 14 días o menos, acorde con los requisitos de la sección 423.154 del título 42 del Código de reglamentaciones federales (CFR), el aviso escrito se entregará en el plazo de los 3 días laborables a partir de la adjudicación del primer surtido provisional. Molina usará el Aviso de transición del modelo de Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) mediante el proceso de registro y uso o enviará un Aviso de transición fuera del modelo a CMS para revisión de la comercialización sujeto a una revisión de 45 días. Molina se asegurará de que se hagan los esfuerzos razonables para notificar a los recetadores de los afiliados afectados que reciben un aviso de transición.

V. REVISIÓN DE LA SOLICITUD DE EXCEPCIÓN RELACIONADA CON LA TRANSICIÓN

- A. Las excepciones y las apelaciones relacionadas con la transición seguirán la Política y los Procedimientos de Apelaciones y Excepciones de Molina Healthcare definidos en PD-20, “Excepciones de Medicare Parte D”.
- 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 del medicamento por una alternativa del formulario puede poner en peligro la seguridad y el bienestar del miembro, se lo aprobará, incluso si no se cumplen los criterios específicos para ese medicamento.
- D. Si el revisor determina que un cambio en el medicamento por una alternativa del formulario no pondría en peligro la seguridad y el bienestar del miembro, se notificará al proveedor y al miembro sobre la denegación, junto con los derechos de apelación y una lista de alternativas del formulario terapéuticamente aprobadas.

Puede obtener este documento de forma gratuita en idiomas distintos del inglés u otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame al (800) 665-3086, TTY: 711. La llamada es gratuita.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al (800) 665-3086 (TTY: 711).

Molina Healthcare cumple con las leyes federales vigentes de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, origen étnico, nacionalidad, religión, género, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, recepción de atención médica, experiencia de reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica.