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 inscrito y su médico recetador conozcan el Formulario de Molina Healthcare.

II. POLÍTICA

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

- Proporcionar procedimientos para abordar situaciones que un nuevo inscrito presente inicialmente en una farmacia participante con un medicamento recetado que no esté en el formulario Molina Healthcare que requiera administración de utilización para 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 administrador de beneficios farmacéuticos (Pharmacy Benefit Manager, PBM) de Molina Healthcare dispone de funciones de sistema que permitirán un suministro provisional de medicamentos de la Parte D fuera del formulario para satisfacer las necesidades inmediatas de un inscrito, además de permitir que Molina Healthcare o el inscrito dispongan de tiempo suficiente para trabajar con el recetador a fin de realizar un cambio apropiado a un medicamento terapéuticamente equivalente o la finalización de una solicitud de excepción para mantener la cobertura de un medicamento existente por motivos 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. <u>Todos los inscritos</u>

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 Molina Healthcare y (2) medicamentos de la Parte D que están en el formulario de Molina Healthcare, pero que requieren autorización previa o terapia progresiva según las reglas de administración de utilización de Molina Healthcare. (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 que no está en el formulario si no se puede hacer una distinción entre una receta nueva para un medicamento que no esté en el formulario y una receta continua para un medicamento que no esté 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. La política de transición de Molina Healthcare quedará a disposición de los inscritos a través de un enlace en el buscador de planes de medicamentos recetados de Medicare que lleva al sitio web de Molina Healthcare y se incluirá en 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).

3. Para los inscritos actuales cuyos medicamentos ya no se encuentran en el formulario de Molina Healthcare, Molina Healthcare garantizará una transición significativa de las siguientes maneras: (1) proporcionando 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) activando 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, tal como se define en PD-20 “Excepciones de la Parte D de Medicare”, para iniciar excepciones de formulario o de autorización previa a Molina Healthcare si deciden continuar con el medicamento después del período de transición. O bien, la farmacia del miembro puede comunicarse con Molina Healthcare por teléfono o fax para notificar la solicitud de autorización de Molina Healthcare.

5. Los formularios de solicitud de autorización previa o de excepciones estarán disponibles tanto para los inscritos como para los médicos recetadores por correo, fax, correo electrónico o en el sitio web de Molina Healthcare.

6. Para todas las solicitudes de autorización previa/excepciones enviadas en nombre de los miembros que recién comienzan la transición, Molina Healthcare hará todo lo posible por evaluar el motivo por el que no se puede utilizar una alternativa terapéutica al formulario.

7. Entre los esfuerzos de Molina Healthcare, se pueden incluir (entre otros) hablar con el médico recetador del miembro, el médico de atención médica primaria o el farmacéutico a fin de ayudar al beneficiario a satisfacer los requisitos de administración de utilización, cambiar a un formulario alternativo 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 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 fármacos 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 ediciones de renovación anticipada).

9. Molina Healthcare trabajará con su PBM a fin de 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 la farmacia de la red en el punto de venta.

10. Si un miembro se inscribe en Molina Healthcare en una fecha de inscripción efectiva entre el 1 de noviembre o el 1 de diciembre, la política de transición se extenderá durante el año del contrato para los suministros de transición de medicamentos. Es considerable destacar que un miembro nuevo también puede ser elegible para una renovación de transición de miembro durante el nuevo año natural.

11. Molina Healthcare autorizará un proceso de suministro de emergencia único para garantizar que los inscritos no tengan una brecha en la cobertura durante el proceso de excepción de Molina Healthcare.

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

1. Molina Healthcare 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 escrita debido a los límites de cantidad para fines de seguridad o a las ediciones 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 cobertura vigente 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 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.
b) *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 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 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 la excepción caduque.

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 Healthcare realizará las modificaciones necesarias para continuar proporcionando a los inscritos los medicamentos necesarios de la Parte D y los medicamentos fuera de la Parte D, según lo requiera Medicaid, a los inscritos de MMP a través de 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 una 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 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 los participantes que no cumplan los requisitos para LIS, Molina Healthcare se asegurará de que el copago o el costo compartido por un suministro provisional de medicamentos proporcionados en el proceso de transición se base en una de sus categorías de costo compartido y de que sea congruente con los copagos o los costos compartidos que Molina Healthcare cobraría por los medicamentos del formulario sujetos a las ediciones de administración de utilización proporcionadas durante la transición que se aplicarían una vez cumplidos los criterios de administración de utilización. Para los participantes sin LIS, Molina Healthcare garantizará que durante la transición se proporcione el mismo costo compartido para los medicamentos fuera de la Parte D que se aplicaría para los medicamentos que no pertenecen al formulario aprobado mediante una excepción de formulario y el mismo costo compartido para los medicamentos del formulario sujetos a ediciones de administración de utilización proporcionadas durante la transición que se aplicarían una vez cumplidos los criterios de administración de 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 una cantidad menor que la emitida debido a una edición del límite de cantidad, el suministro de transición se puede renovar por un suministro de hasta 31 días (a menos que el límite de cantidad se base en los límites de seguridad establecidos por la FDA, documentados en la documentación médica revisada o establecidos en las pautas de práctica clínica).

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 de MIC determina el tipo de compuesto; determina si el MIC es un medicamento de la Parte A, Parte B o 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 estado del formulario del reclamo de 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 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. <u>Miembros de atención a largo plazo</u>

1. El procedimiento de transición de Molina Healthcare responde a las necesidades únicas de los residentes de los centros de LTC y reconoce que los residentes de LTC probablemente reciban múltiples medicamentos para los que los cambios simultáneos podrían afectar significativamente el estado del inscrito.

2. Molina Healthcare 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 un monto menor que el escrito debido a los límites de cantidad para fines de seguridad o las ediciones de utilización de medicamentos en función del etiquetado aprobado del producto, en cuyo caso Molina Healthcare permitirá varias renovaciones para proporcionar 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 cobertura vigente del inscrito.

3. Después de que haya vencido 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 en la receta médica se prescriba por menos de 31 días) mientras se solicita una excepción o autorización previa. Caso por caso, Molina Healthcare realizará modificaciones para proporcionar los medicamentos necesarios a un inscrito, ampliando el período de transición si la solicitud de excepción o de apelación del inscrito no se ha procesado al final del período de transición mínimo.

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

5. Se les notificará a todos los centros de atención a largo plazo contratados sobre los siguientes términos:
   - Molina Healthcare 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.
   - Molina Healthcare exige que los centros de LTC envíen una autorización previa si es necesario dispensar la medicación.

6. Si el centro, el médico o el "representante designado" de LTC no presentan una autorización previa según sea necesario, Molina Healthcare 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 o por no cumplir con las condiciones de participación, Molina Healthcare pagará el mismo suministro de medicamentos según las tarifas de la red de farmacias 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 de múltiples suministros de medicamentos de la Parte D en incrementos de 14 días o menos para un residente de atención a largo plazo, Molina Healthcare, a través del PBM, enviará al inscrito una notificación por escrito a través del correo prioritario 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 se comunique con Molina Healthcare y su proveedor para identificar alternativas terapéuticamente apropiadas en el formulario de Molina Healthcare.
   c. Una explicación del derecho del inscrito a solicitar una excepción de formulario.
   d. Procedimientos de Molina Healthcare para solicitar una excepción de formulario.
   e. Molina Healthcare enviará un aviso por escrito a través del correo prioritario de EE. UU. al inscrito 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 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 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 Healthcare utilizará el aviso de transición del modelo de CMS a través del proceso de archivado y uso o enviará un aviso de transición que no sea el modelo de CMS para su revisión de marketing sujeto a una 45 días. Molina Healthcare se asegurará de que se realicen los esfuerzos razonables para notificar 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 procedimientos de excepciones y apelaciones de Molina Healthcare definida 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.

Puede solicitar este documento sin costo alguno en otros idiomas que no sean inglés o en otros formatos, tales como letra de molde grande, sistema Braille o audio. Llame al (800) 665-3086 TTY: 711. Esta es una llamada gratuita.

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

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

Y0050_22_450_LRTransPolicy_C.