

	Políticas/Procedimientos	No. PH-917	MSO-PHA-POL-1151-09152022-S
	Proceso de Transición	Fecha de Efectividad	12/11/2008
		Revisión	9/16/2024
		Aprobación Final	Iris Morant VP of Pharmacy

1.0 Propósito

Esta política y procedimiento esboza los procesos que realiza MMM Healthcare, LLC para cumplir con los requisitos de transición de Medicare Parte D, incluyendo, pero sin limitarse, a los procesos para medicamentos sin recetas que no están en el formulario de los nuevos afiliados, afiliados actuales que puedan afectarse por los cambios negativos ocurridos en los formularios durante el año póliza, cambios en el nivel de cuidado, despacho de emergencia de LTC y solicitudes para extender una transición.

El Propósito de proporcionar un suministro de medicamento por transición es promover la continuidad del cuidado y evitar interrupciones en el tratamiento de medicamentos mientras que se cambia a un medicamento terapéuticamente equivalente o se completa una solicitud de excepción para mantener la cobertura de un medicamento existente por razones de necesidad médica.

2.0 Alcance

Con el objetivo de cumplir con los requisitos establecidos por CMS y prevenir brechas en la cubierta, MMM Healthcare, LLC provee un suplido temporero de los medicamentos recetados solicitados (cuando no sea medicamento contraindicado), lo que representa la terapia en curso pero esta fuera del formulario, y les notifica a los afiliados que deben cambiar dicho medicamento por uno que esté incluido en el formulario de MMM Healthcare, LLC o solicitar una excepción para continuar utilizando el medicamento solicitado. Los Servicios de la Parte D de PBM poseen la capacidad para permitir que los Servicios de la Parte D puedan proveer un abasto temporero de medicamentos de la Parte D que no están incluidos en el formulario con el propósito de satisfacer las necesidades inmediatas de un afiliado, así como proveerle tiempo suficiente, tanto al plan como al afiliado, para trabajar con el médico que recetó el medicamento para hacer una transición adecuada a un medicamento que sea terapéuticamente equivalente o para permitir que se complete el proceso para tramitar una solicitud de excepción para mantener la cubierta de un medicamento existente basado en necesidad médica. MMM Healthcare, LLC cuenta con procedimientos disponibles para evaluar clínicamente las solicitudes de cubierta de medicamentos que no estén incluidos en el formulario, y cuando sea apropiado, un proceso para impulsar la transición de un afiliado nuevo a una alternativa terapéuticamente apropiada incluida en el formulario si no se puede determinar la necesidad clínica del mismo. Los procesos para determinar la necesidad clínica y las solicitudes de cubierta de un medicamento que no esté incluido en el formulario se encuentran documentados en la Determinación de Cubierta PH-801. De igual forma, el proceso para procesar y codificar la transición de despacho (TF) incluye sistema de mensajes de los puntos de ventas (POS) a las farmacias.

	Políticas/Procedimientos	No. PH-917	MSO-PHA-POL-1151-09152022-S
	Proceso de Transición	Fecha de Efectividad	12/11/2008
		Revisión	9/16/2024
		Aprobación Final	Iris Morant VP of Pharmacy

Esta política y procedimiento aplica a MMM Healthcare, LLC que, a su vez, aplicará a los siguientes números de contrato;

- a) MAPD H4003
- b) MAPD H4004
- c) MAPD H7522

La misma aplica a medicamentos que no están incluidos en el formulario, incluyendo (1) medicamentos de la Parte D que no estén incluidos en el formulario de un plan (2) medicamentos de la Parte D que están en formulario de un plan, pero requieren previa autorización o terapia escalonada, o un QL más bajo que la dosis actual del afiliado bajo las reglas de manejo de utilización del plan.

3.0 Política

MMM Healthcare, LLC y el PBM se les delegó la tarea de administrar y brindar apoyo al proceso de transición requerido por Medicare para afiliados a quienes se les recetan medicamentos de la Parte D los cuales representan una continuación de terapia con ese medicamento, pero esta fuera del formulario al ofrecer soluciones integradas en el punto de servicio de farmacia (PSF) para:

- a) Nuevos afiliados en planes de medicamentos recetados después del periodo anual de afiliación.
- b) Nuevos beneficiarios elegibles para la cubierta de Medicare desde otras cubiertas
- c) Individuos dentro de programas de necesidades especiales (SNP) quienes cambian de un plan a otro luego del comienzo de un año póliza. En otras palabras; si un afiliado se desafilia y luego se afilia a un plan, ese afiliado será elegible para una transición.
- d) Afiliados que residan en facilidades de cuidado prolongado (LTC), o beneficiarios con cambios en su nivel de cuidado.
- e) Afiliados que requieren una extensión de la transición.
- f) Afiliados actuales que se ven afectados por cambios negativos en el formulario durante un año póliza.
- g) Afiliados afectados por la Transición PBM.

MMM Healthcare, LLC y el PBM manejarán los Biosimilares como productos de marca/genéricos no intercambiables para sus programas y procesos relacionados a Transición y aplicarán los costos compartidos adecuados de acuerdo a las guías de CMS.

	Políticas/Procedimientos	No. PH-917	MSO-PHA-POL-1151-09152022-S	
	Proceso de Transición	Fecha de Efectividad	12/11/2008	
		Revisión	9/16/2024	
		Aprobación Final	Iris Morant VP of Pharmacy	

4.0 Definiciones

Término	Definición
Equipo de Cuenta	Punto de contacto principal en el PBM.
Notificación anual de cambios (ANOC)	Documento requerido por CMS que debe ser enviado anualmente a todos los afiliados actuales, de acuerdo a las directrices de CMS, y que describe los cambios en beneficios existentes los cuales se espera sean efectivos para el nuevo año de contrato.
Suministro del mes aplicable	CMS requiere el suministro de transición, como mínimo (a menos que las recetas se escriban por menos días); el suministro se determina como la cantidad de días enviados, para el suministro del mes aplicable del Paquete de Beneficios del Plan (PBP) enviado a CMS para el año del plan correspondiente. La aprobación de CMS determina el suministro del mes aprobado para los afiliados, tanto en la configuración no LTC como en la LTC. Se permiten múltiples despachos hasta un suministro total del mes aprobado para acomodar despachos por cantidades menores a las prescritas.
Biosimilar	Un producto biológico presentado a la FDA para su aprobación a través de la vía biológica abreviada creada por la Ley del Cuidado de Salud Asequible. Estos productos deben demostrar que son muy similares a los productos de referencia (originales), es decir, que no existen diferencias clínicamente significativas entre el producto biológico y el producto de referencia en términos de seguridad, pureza y potencia. Los biosimilares tienen diferencias permitidas porque están hechos de organismos vivos.
Afiliado Actual	Un afiliado que permanece en un plan con Parte D durante todo un año póliza sin brechas en la cubierta.
DUR	Un análisis del uso de drogas prescritas con el objetivo de garantizar una terapia farmacológica clínicamente apropiada y un cuidado de calidad al paciente; puede realizarse de manera simultánea (entre el momento en que se escribe la receta y comienza la terapia), retrospectivamente (después de dispensar el medicamento) y prospectivamente (antes de que se receten medicamentos para influir en los patrones de uso futuros).
Aspectos Relacionados a los Días de Elegibilidad	El aspecto solicitado para redactar reglas basadas en el número de días que un afiliado ha estado suscrito a un plan con Parte D.

	Políticas/Procedimientos	No. PH-917	MSO-PHA-POL-1151-09152022-S	
	Proceso de Transición	Fecha de Efectividad	12/11/2008	
		Revisión	9/16/2024	
		Aprobación Final	Iris Morant VP of Pharmacy	

Término	Definición
Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA)	La Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA) es la agencia de gobierno responsable de revisar, aprobar y regular productos médicos, incluidos medicamentos farmacéuticos y dispositivos médicos.
IPG (GPI)	El Indicador de Producto Genérico categoriza los productos fármacos de acuerdo a una estructura de jerarquía por clasificación terapéutica. El IPG define el producto médico farmacéuticamente equivalente que sea idéntico en: ingrediente(s) activo(s), dosis, forma, ruta, intensidad o concentración.
(LIS) Subsidio por bajos ingresos	El programa administrado por la Administración del Seguro Social (SSA) para subsidiar primas, copagos, costos compartidos para afiliados calificados (es decir, Ayuda adicional).
Biológico Intercambiable	Un producto biológico intercambiable es biosimilar a un producto de referencia aprobado por la FDA y cumple con los estándares adicionales de intercambiabilidad. Un producto biológico intercambiable puede ser sustituido por el producto de referencia por un farmacéutico sin la intervención médica que prescribió el producto de referencia.
CLP (LTC)	Una variedad de servicios que ayudan a las personas con necesidades de salud o personales y actividades de la vida diaria durante un período de tiempo. La atención a largo plazo se puede proporcionar en el hogar, en la comunidad o en varios tipos de facilidades, incluidos hogares de ancianos e instalaciones de vivienda asistida. La mayoría de los cuidados a largo plazo son de custodia.
LOC	Nivel de cuidado (p. ej., paciente hospitalizado, ambulatorio)
MIC	Compuesto de Múltiples Ingredientes
EMM (MME)	Equivalente en Miligramos de Morfina
NCPDP	Consejo Nacional para Programas de Medicamentos Recetados (National Council for Prescription Drug Programs). Esta es la organización sin fines de lucro que desarrolla los estándares de la industria que establece los parámetros y guías prevalecientes para procesar las reclamaciones/telecomunicaciones de reclamaciones de la Parte D.
Nuevo Afiliado	Los nuevos afiliados de planes con Parte D luego del período establecido de elección, nuevos afiliados elegibles bajo Medicare que provienen de otra cubierta, o individuos que cambian de un plan a otro luego del inicio del año póliza.

	Políticas/Procedimientos	No. PH-917	MSO-PHA-POL-1151-09152022-S	
	Proceso de Transición		Fecha de Efectividad	12/11/2008
			Revisión	9/16/2024
			Aprobación Final	Iris Morant VP of Pharmacy

Término	Definición
Cuidado que no es Prolongado (non-LTC)	Describe las facilidades de ventas al detal, vía correo y de infusiones en el hogar.
NPI	Identificador de Proveedor nacional
PAC	Código de Certificación de Autorización Previa. Este es un campo en el diseño estandarizado de adjudicación de farmacias para ingresar un código de autorización proporcionado por el procesador.
Medicamento Parte D	Término que se refiere a los medicamentos determinados por Medicare que cuentan para los costos de gastos extra reales para un afiliado a la Parte D.
Código de Localización de Paciente (PLC)	Valor del sistema de adjudicación de RxClaim legacy el cual relaciona el tipo de servicio de farmacia y el tipo de residencia del paciente.
PBM	Administrador del Beneficio de Farmacia.
Comité P&T	Comité de Farmacia y Terapéutica. Es un comité que, entre otras cosas, evalúa la evidencia disponible sobre la seguridad, eficacia y efectividad de medicamentos dentro de una clase de medicamentos recetados y sus revisiones.
PH-801	Política y Procedimiento de Determinación de Cubierta.
Point of Sale (POS)	Capacidad de las farmacias para acceder electrónicamente al diseño del plan e información de elegibilidad para procesar y transmitir la data de las reclamaciones de medicamentos al momento de la compra.
Pre-Autorización (PA)	Evaluación de un medicamento prescrito la cual usa de referencia un set predeterminado de criterios a fin de determinar si el medicamento / o clase del medicamento será cubierto por el plan de seguro de los afiliados.
QL	Límite de Cantidad
Código de aclaración de envío (SCC)	Elemento en la data de NCPDP el cual indica que el farmacéutico está clarificando el sometimiento de las reclamaciones
SNP	Plan de Necesidades Especiales.
ST	Terapia Escalonada
Despacho de Transición (TF)	Suplido temporero de un medicamento cubierto por la Parte D de acuerdo a los requisitos de CMS para la Parte D.
Ventana TF	Ventana del afiliado para suplido temporero es el número específico de días (mínimo de 90 días) durante el cual aplica el beneficio de autorización para el afiliado.

	Políticas/Procedimientos	No. PH-917	MSO-PHA-POL-1151-09152022-S	
	Proceso de Transición	Fecha de Efectividad	12/11/2008	
		Revisión	9/16/2024	
		Aprobación Final	Iris Morant VP of Pharmacy	

Término	Definición
Centros para Servicios de Medicare & Medicaid (CMS)	La agencia federal de los Estados Unidos que administra los programas Medicare, Medicaid y el Seguro de Salud para Niños.

Nota: Los términos de beneficiario, miembro y persona inscrita pueden ser utilizados de manera intercambiable a través de esta política.

5.0 Responsabilidades

- 5.1 MMM Healthcare, LLC dirige su Equipo de Cuenta del PBM de manera que se aseguren de que su Política de Transición se encuentre dentro del departamento aplicable del PBM de acuerdo al beneficio establecido y el formulario sometido por parte del plan a CMS. El suplido de días máximo establecido en el diseño de los beneficios de la Parte D del cliente se utiliza como base para el suplido de transición, pero sólo si es igual a o más extenso que el período de transición mínimo requerido por CMS.
- 5.2 MMM Healthcare, LLC y el PBM validan en detalle todos los beneficios de la Parte D luego de realizar un abarcador proceso de prueba de reiteración que incluye la validación del diseño de beneficios, el formulario y los requisitos reglamentarios de CMS para nuevas implementaciones; y todos los cambios a los beneficios de los clientes existentes, cuando aplique.
- 5.3 MMM Healthcare, LLC es responsable de proveer una carta aprobada por CMS que le será enviada al afiliado y al proveedor, según especificado en esta política.
- 5.4 El PBM recibe de parte de MMM el formulario aprobado y los editos de manejo de utilización y los codifica en su sistema de adjudicación para identificar las reclamaciones elegibles a TF en el punto de venta de manera que puedan ser pagados.
- 5.5 El PBM implementa ediciones leves en el proceso de adjudicación de reclamaciones para viabilizar los despachos temporeros de medicamentos elegibles bajo la Parte D de Medicare. Si una reclamación es aprobada bajo los criterios de despacho de transición, incluye un mensaje indicando que la reclamación fue pagada de acuerdo con los requisitos para despachos de transición en el punto de venta y se le envía, tanto al afiliado como al proveedor, una carta de aprobación de CMS, según lo establece esta política.
- 5.6 MMM Healthcare, LLC es responsable de proveer la autorización previa, formas para las excepciones del formulario y la política de despacho de transición del plan a los afiliados, representantes autorizados y médicos que hagan las recetas, mediante facsímil, correo electrónico y portales de planes médicos, según sea solicitado.

	Políticas/Procedimientos	No. PH-917	MSO-PHA-POL-1151-09152022-S	
	Proceso de Transición	Fecha de Efectividad	12/11/2008	
		Revisión	9/16/2024	
		Aprobación Final	Iris Morant VP of Pharmacy	

5.7 MMM Healthcare, LLC es responsable de someter una copia de la política de transición a CMS para que la publique en su página electrónica.

6.0 Procedimiento

El proceso POS para tramitar abastos de transición está disponible, al igual que existen procedimientos establecidos para tramitar extensiones de transiciones, así como para anulaciones de ser necesarias, a través de Asistencia de Farmacia (Pharmacy Help Desk). Los mensajes POS para despachos de transición a las farmacias aplicarán de acuerdo a lo siguiente:

- a) El sistema de adjudicación de la Parte D del PBM automáticamente procesa y paga las reclamaciones para despachos de transición elegibles y tramita los mensajes POS para informar que los pagos son procesados bajo las reglas de despachos de transición.
- b) Los mensajes sobre despachos de transición a las farmacias son consistentes con los estándares de reclamaciones en Telecomunicaciones NCPDP vigentes (al momento de esta publicación, el estándar actual es D.0 y de ahora en adelante se referirá al mismo como el “Actual Estándar de Reclamación de Telecomunicaciones NCPDP”) e incluye: 1) “Pagado bajo despacho de transición. No es parte del formulario”; 2) “Pagado bajo despacho de transición. Autorización previa (PA) requerida”; y 3) Pagada bajo despacho de transición. Otro tipo de rechazo”, el cual incluye terapia escalonada, límites de cantidad o despacho de transición por motivo de edad. Las farmacias no están obligadas a someter o volver a someter una solicitud de determinación de cubierta, u otro código específico para los despachos de transición para despachos de transiciones elegibles para pago.
- c) El procesamiento de despachos de transición aplica tanto a recetas nuevas como recetas que ya se están utilizando en los Puntos de Ventas.
- d) Los esfuerzos de comunicación y educación con la red de farmacias se llevan a cabo de forma continua a través del año para proveerles la información e instrucciones necesarias sobre las políticas relacionadas a los despachos de transición y el procesamiento de reclamaciones. Por lo menos una vez al año, y con mayor frecuencia de ser necesario, las comunicaciones sobre despachos de transición son distribuidas a través del PBM.
- e) Aunque no existe ninguna referencia en este documento relacionado a excepciones a formulario expiradas, CMS ha emitido guías en las que indica que no espera que los planes Parte D incluyan en proceso de excepciones al formulario expiradas en su política de transición, MMM Healthcare, LLC y el PBM no aplicará su política de transición excepciones de formulario expiradas a menos que o hasta que CMS emita alguna guía que requiera lo contrario.

	Políticas/Procedimientos	No. PH-917	MSO-PHA-POL-1151-09152022-S	
	Proceso de Transición	Fecha de Efectividad	12/11/2008	
		Revisión	9/16/2024	
		Aprobación Final	Iris Morant VP of Pharmacy	

6.1 Proceso de transición en Escenario de ventas al Detal:

6.1.1 MMM Helthcare, LLC provee un despacho temporero de al menos el suplido del mes aplicable (A menos que el afiliado presente una receta escrita por un suministro inferior a un mes, en cuyo caso MMM Healthcare, LLC debe permitir múltiples suplidos para proporcionar hasta un total de un mes de suministro de medicamento) en cualquier momento dentro de los primeros 90 días en que el afiliado se inscribe al plan, comenzando en la fecha de efectividad de la cubierta de la persona inscrita. Si el empaque más pequeño disponible en el mercado excede el suministro del mes aplicable, MMM Healthcare, LLC aun así proveerá un suplido de transición cuando sea requerido.

6.1.2 En los casos de personas inscritas con cambios en su nivel de cuidado, se podrá proporcionar un suplido de transición automáticamente en el punto de venta, si el proceso de adjudicación indica un cambio de nivel de atención de LTC a no LTC con un edito de repetición temprana. De lo contrario MMM Healthcare, LLC autoriza el suplido de transición una vez que la farmacia identifica que una reclamación rechazada se refleja en su sistema de adjudicación de reclamaciones, pero que al afiliado se le permitió tener acceso a medicamentos recetados al ser admitido o dado de alta.

6.1.3 El período de transición de un afiliado actual cubre el período que va desde el 1 de enero al 31 de marzo del año póliza, con excepción de los afiliados nuevos que son elegibles para recibir beneficios de Medicare y cambios en la elegibilidad para el programa de necesidades especiales (SNP). Durante este período de tiempo, a un afiliado actual se le provee con un suplido de transición de un medicamento elegible en cualquier momento que haya evidencia de que lo haya utilizado anteriormente dentro del período retrospectivo establecido de 365 días. La utilización previa del medicamento es confirmada basada en el GPI10 asociado con el medicamento en la reclamación a ser procesada a cualquier reclamación pagada por el afiliado con el mismo número de contrato de CMS PBP ID para el mismo GPI10 dentro de los últimos 365 días. No tener récord de utilización previa dentro del período retrospectivo establecido excluye la transición de ser extendida al afiliado actual durante la ventana de cambio de plan.

6.2 Proceso de Transición en un Escenario de Cuidado Prolongado (CP):

MMM Healthcare, LLC proveen acceso continuo a medicamentos de transición elegibles durante la totalidad del período de 90 días de su ventana de transición en el Punto de ventas. Los suplidos de transición de LTC están permitidos para el suministro acumulativo del mes aplicable, excepto los medicamentos sólidos orales de marca que están limitados a 14 días con excepciones según lo requerido por las

	Políticas/Procedimientos	No. PH-917	MSO-PHA-POL-1151-09152022-S	
	Proceso de Transición	Fecha de Efectividad	12/11/2008	
		Revisión	9/16/2024	
		Aprobación Final	Iris Morant VP of Pharmacy	

guías de CMS, a menos que se presenten con un código de clarificación de presentación (SCC) de 21-36. Los códigos SCC 21-36 indican el despacho de LTC en días variables. Si el afiliado presenta una receta prescrita por una cantidad inferior al suministro del mes correspondiente, MMM Healthcare, LLC permite varios suplidos para proporcionar hasta un acumulado del supliido de medicamentos del mes aplicable para acomodar los suplidos por cantidades inferiores a los recetados durante los primeros 90 días de suscripción de un afiliado al plan. Si el empaque más pequeño disponible en el mercado no está alineado a los límites de tiempo, MMM Healthcare, LLC proveerá un supliido por transición cuando así sea requerido.

- 6.2.1 Además, MMM Healthcare, LLC cubre un supliido de emergencia para medicamentos que no se encuentren en el formulario para afiliados en facilidades de cuidado prolongado que han sobrepasado su período de transición de 90 días para permitir la solicitud de excepciones al formulario o para procesar las pre-autorizaciones. En estos casos, un supliido mínimo de treinta y un (31) días independientemente de incrementos en los despachos de medicamento, o la cantidad del medicamento recetada, cualquiera que sea menor, será despachada. Este proceso es administrado por defensores/abogados de autorizaciones previas de MMM Healthcare, LLC.
- 6.2.2 MMM Healthcare, LLC se asegura de que los afiliados que sean hospitalizados o dados de alta de una facilidad de cuidado prolongado reciban una autorización para un reabastecimiento temprano, para garantizar acceso apropiado y necesario a sus beneficios de la Parte D. Estos afiliados tienen acceso a reabastecimiento al ser hospitalizados o dados de alta.
- 6.2.3 En los casos de beneficiarios con cambios en su nivel de cuidado también son autorizados por MMM Healthcare, LLC, de una manera similar al escenario de ventas al detal.

6.3 Proceso de Transición para afiliados actuales afectados por cambios negativos en el formulario en el próximo año.

MMM Healthcare, LLC ponen en práctica un proceso de transición significativo con cualquiera de las siguientes:

- 6.3.1 Efectuando una transición previa al comienzo del nuevo año póliza.
 - 6.3.1.1 MMM Healthcare, LLC pueden identificar proactivamente a afiliados afectados por cambios en el formulario y concederle la

	Políticas/Procedimientos	No. PH-917	MSO-PHA-POL-1151-09152022-S	
	Proceso de Transición	Fecha de Efectividad	12/11/2008	
		Revisión	9/16/2024	
		Aprobación Final	Iris Morant VP of Pharmacy	

autorización (a través de una cláusula de abuelo) del medicamento antes de entrar en un nuevo año póliza, dependiendo del tipo de terapia de medicamento, el impacto que puede tener en la seguridad del afiliado, y la responsabilidad que ha demostrado el afiliado con la terapia para evitar interrupciones.

- 6.3.1 O, proporcionando un proceso de transición en el comienzo del nuevo año póliza.
 - 6.3.1.1 Los afiliados que no sean autorizados a través de una cláusula de abuelo son notificados sobre los cambios negativos en el formulario y sobre el proceso de excepciones mediante una versión escrita del formulario y se les proveerá un suplido por transición al comienzo del año de póliza, si aplica. Para aquellos planes grupales de salud del empleador cuyo formulario no está publicado en el sitio web, se proporcionará la versión impresa del formulario.
- 6.3.2 MMM Healthcare, LLC notificará al afiliado mediante una notificación anual sobre los cambios negativos en el formulario (incluyendo terapia escalonada y cambios en autorizaciones previas) a lo largo de los años póliza para propósitos de determinar la elegibilidad de un despacho.
- 6.3.3 MMM Healthcare, LLC diseña y ejecuta un plan de comunicación anual con los proveedores y farmacias para educarles sobre los nuevos cambios al formulario y cuáles son sus mejores alternativas para la transición. El plan puede incluir comunicaciones enfocadas a proveedores con afiliados afectados por los cambios.
- 6.3.4 Cuando estos afiliados no hacen un cambio a las nuevas alternativas del formulario, y visitan una farmacia bajo contrato y reclaman un medicamento que ya no está en el formulario durante el año póliza, aplicarán las disposiciones del Proceso de Transición en el Escenario de Ventas al Detal o del Escenario de Cuidado Prolongado descrito anteriormente.
- 6.3.5 El período de transición de un afiliado actual cubre el período que va desde el 1 de enero al 31 de marzo del año póliza, con la excepción de nuevos afiliados elegibles para los beneficios de Medicare y para cambios en el programa de necesidades especiales.

6.4 Revisiones durante la Transición:

- 6.4.1 PBM implementa revisiones en el proceso de adjudicaciones de las reclamaciones para viabilizar el despacho temporero de medicamentos de transición para los medicamentos de la Parte D. La elegibilidad del afiliado es determinada a base del Elemento de Datos de Elegibilidad. Si un afiliado no es elegible, la reclamación no cumplirá con el criterio de despacho de transición y será debidamente rechazada. La farmacia recibirá un mensaje apropiado en el punto de venta correspondiente

	Políticas/Procedimientos	No. PH-917	MSO-PHA-POL-1151-09152022-S	
	Proceso de Transición	Fecha de Efectividad	12/11/2008	
		Revisión	9/16/2024	
		Aprobación Final	Iris Morant VP of Pharmacy	

para atender la no autorización. Si una reclamación es aprobada bajo el criterio de despacho de transición, se incluirá un mensaje indicando que la reclamación fue pagada de acuerdo a los requisitos de despachos de transición en el punto de venta y se le enviará al paciente y al proveedor una carta aprobada por CMS, según estipulado en la política.

- 6.4.2 Sin embargo, note que los despachos de transición pueden ser rechazados o despachados por una cantidad menor a la indicada en la receta por medidas de seguridad, incluyendo límites en el nivel de cantidad o revisiones en la utilización del medicamento basadas en las etiquetas aprobadas para el producto. En estos casos, se le instruye a la farmacia mediante mensaje a reducir la cantidad y a someter nuevamente la reclamación usando un código para el límite de cantidad. El código permite que se envíe una notificación única advirtiéndole al afiliado sobre el límite en la cantidad del medicamento o las revisiones en la utilización del mismo, según sea requerido.
- 6.4.3 Los despachos de transición proceden para todas las terapias escalonadas y revisiones de autorizaciones previas en el punto de venta, con excepción de los siguientes editos:
- a) Revisiones para determinar cubierta Parte A o B vs. Parte D.
 - b) Revisiones para prevenir la cubierta de un medicamento que no de la Parte D (Ej. medicamentos excluidos, medicamentos sin receta u OTC).
 - c) Revisiones para promover la sana utilización de los medicamentos de la Parte D tales como:
 - a. Editos en reclamaciones de opioides a nivel de afiliado.
 - b. Límites de cantidad basados en la dosis diaria máxima recomendada por la FDA tales como APAP.
 - c. Editos de repeticiones tempranas que no sean el resultado de un cambio en dosis.
- 6.4.4 Para aquellos afiliados nuevos que se presenten con una receta la cual representa tratamiento en curso con un medicamento opioide fuera del formulario o un medicamento opioide dentro del formulario estará sujeto al proceso de PA o ST bajo las nuevas reglas de manejo de utilización establecidas por el plan, un suplido temporero podrá ser provisto durante el periodo de transición en acorde con esta sección, siempre y cuando el suplido de transición no exceda los límites a nivel del plan. Editos acumulativos para medicamentos opioides o límites específicos para un afiliado documentados por un plan previamente también se aplica.
- 6.4.5 Todas las revisiones están sujetas a excepciones y apelaciones. Las autorizaciones previas de MMM Healthcare, LLC, solicitudes de excepciones al formulario y la política de transición del plan están disponibles a solicitud para los afiliados,

	Políticas/Procedimientos	No. PH-917	MSO-PHA-POL-1151-09152022-S	
	Proceso de Transición	Fecha de Efectividad	12/11/2008	
		Revisión	9/16/2024	
		Aprobación Final	Iris Morant VP of Pharmacy	

representantes autorizados y médicos a través de correo, facsímil, correo electrónico y portales electrónicos.

- 6.4.6 MMM Healthcare, LLC provee reabastecimiento para recetas de transición despachadas por una cantidad menor a los límites establecidos, editos de seguridad o revisiones en la utilización de medicamentos basadas en las etiquetas aprobadas de los productos. Estas se evalúan de acuerdo a cada caso a través de una determinación de cubierta, de acuerdo al documento PH-801.

6.5 Periodos de Transición:

- 6.5.1 MMM Healthcare, LLC provee un despacho temporero por única vez de al menos el suplido de medicamento aplicable a un mes (a menos que el afiliado presente una receta por menos del suplido del mes aplicable) cuando el afiliado solicite en la farmacia el despacho de un medicamento que no se encuentra en el formulario durante los primeros 90 días de su cubierta bajo el nuevo plan.
- 6.5.2 MMM Healthcare, LLC provee un suplido temporero en cualquier momento durante los primeros 90 días de suscripción de un afiliado al plan.
- a) Para los afiliados que se suscriban al plan en cualquier momento durante el año póliza, este requisito aplica al inicio de la fecha de efectividad de la cubierta, y no sólo durante los primeros 90 días del año póliza.
- 6.5.3 Cuando se esté en un proceso de transición de una reclamación PBM o un intercambio, MMM Healthcare, LLC considera a todos los afiliados elegibles para un suplido temporero en cualquier momento durante los primeros 90 días de suscripción de un afiliado al plan, según establecido previamente.

6.6 Extensiones de Transiciones:

- 6.6.1 MMM Healthcare, LLC sigue brindándole al afiliado los medicamentos que necesite a través de una extensión del período de transición basado en la evaluación de cada caso, si su solicitud de excepción o apelación no ha sido procesada al final del término mínimo del período de transición. La continuidad de la cubierta de farmacia será provista hasta que se realice el cambio a un medicamento apropiado dentro del formulario o se tome una determinación sobre la solicitud de excepción. Se han establecido procedimientos para las extensiones de transiciones y anulaciones en los puntos de venta, y de ser necesario, a través de Asistencia de Farmacia y Servicios al Afiliado (Pharmacy Help Desk and Member Services). Las farmacias no están obligadas a, ya sea, someter o volver a someter un código de autorización previa / certificación médica (PAMC), o cualquier otro código específico para suministro de transición para las reclamaciones elegibles a ser pagadas por transición.
- 6.6.2 MMM Healthcare, LLC extienden la política de transición a lo largo de los años póliza si un afiliado se suscribe en el plan con fecha de efectividad del 1 de noviembre o 1 de diciembre y necesita tener acceso a un suplido de transición. Estos

	Políticas/Procedimientos	No. PH-917	MSO-PHA-POL-1151-09152022-S	
	Proceso de Transición	Fecha de Efectividad	12/11/2008	
		Revisión	9/16/2024	
		Aprobación Final	Iris Morant VP of Pharmacy	

afiliados son elegibles para un TF a partir de la fecha en que se afilia al plan. (Es decir noviembre o diciembre 1) a través de la ventana de TF que comienza el 1 de enero del siguiente año.

- 6.6.3 MMM Healthcare, LLC les ofrece orientación a los afiliados afectados sobre cómo proceder luego de que se le provee un abasto temporero para que pueda realizarse una transición apropiada y significativa para cuando concluya el período de transición. Sin embargo, hasta que dicha transición ocurra, ya sea mediante el cambio a un medicamento apropiado dentro del formulario o la determinación de una solicitud de excepción, se proveerá la continuidad del medicamento, además de aquellos casos en que no sean medicamentos que no están cubiertas bajo la Parte D de Medicare.

6.7 Distinción de medicamentos recetados nuevos:

MMM Healthcare, LLC aplicarán todos los procesos de transición a los medicamentos de nueva receta para un medicamento que no sea del formulario si no se puede hacer la distinción entre un medicamento de nueva receta para un medicamento que no está incluido en el formulario y una receta de continuidad para un medicamento que no es parte del formulario en un punto de venta.

MMM Healthcare, LLC permite a los nuevos afiliados un despacho inicial por transición para aquellas drogas de clase protegida que están sujetas a PA o ST en aquellos nuevos utilizadores los cuales actualmente utilizan la droga. Por lo tanto, cualquier requerimiento de PA o ST para un medicamento de clase protegida para paciente de nuevo comienzo no será aplicable este requisito de que el primer suplido haya sido provisto.

6.8 Notificaciones de Transición:

6.8.1 El PBM activa el Modelo de Notificación de Transición, aprobado mediante el proceso de archivo y utilización (File & Use) o al someter una notificación que no sea del Modelo de Transición a CMS para revisión de mercadeo sujeto a una revisión de 45 días, a ser enviada vía correo postal de primera clase de los Estados Unidos dentro de un período de tres (3) días laborables a partir de la fecha de adjudicación a cada afiliado y afiliados de cuidado prolongado que reciben suplidos temporeros de transición. Las notificaciones de transición a los médicos que recetó el medicamento se generan y se envía por correo cuando se produce la notificación del suplido de transición del afiliado. El contenido de esta notificación está basado en el contenido del suplido de transición del afiliado, aprobado por CMS. Se realizan esfuerzos razonables para entregar la notificación al médico.

6.8.2 Para los cambios en el nivel de cuidado, MMM Healthcare, LLC envía una notificación escrita a través del correo postal de primera clase de los E.E. U.U. a cada afiliado que reciba suplidos de transición.

6.8.3 El texto de la carta a cada afiliado afectado sigue el modelo de lenguaje provisto por CMS e incluye: (1) una explicación que el suplido de transición provisto es

	Políticas/Procedimientos	No. PH-917	MSO-PHA-POL-1151-09152022-S
	Proceso de Transición	Fecha de Efectividad	12/11/2008
		Revisión	9/16/2024
		Aprobación Final	Iris Morant VP of Pharmacy

temporero (2), instrucciones para trabajar con el plan y el médico del afiliado para satisfacer los requerimientos de manejo de utilización identificar alternativas terapéuticas apropiadas que son parte del formulario; (3) Una explicación con los derechos del afiliado a solicitar una excepción al formulario y,(4) Una descripción de los procesos para solicitar una excepción al formulario.

- 6.8.4 Para LTC para medicamentos orales de marca limitado a un suplido de 14 días, una notificación TF será enviada sólo después de que se despache el primer suplido temporero.

6.9 Costos Compartidos para los Suplidos Transicionales:

- 6.9.1 Para los afiliados que no sean LIS, MMM Healthcare, LLC cobrarán el mismo costo compartido para medicamentos que no sean del formulario de la Parte D provistos durante la transición que aplicarán para los medicamentos que no son parte del formulario aprobados a través de la excepción al formulario de acuerdo con cfr 423.578 (b) y el mismo costo compartido para los medicamentos del formulario, sujeto a las revisiones en el manejo de utilización provisto durante la transición que aplicará si se cumple con el criterio de manejo de utilización.
- 6.9.2 A pesar de que LIS no aplica a los territorios de Estados Unidos (P.R.), para los afiliados de LIS, el costo compartido por un suplido temporero nunca excedería la cantidad de los copagos estatutarios para los afiliados elegibles para el costo compartido de bajos recursos económicos.

6.10 Notificación pública sobre el Proceso de Transición:

- 6.10.1 MMM Healthcare, LLC tendrá disponible para sus afiliados información general sobre su proceso de transición una manera similar a la información provista en formularios y diseño de beneficios. El proceso de transición de MMM Healthcare, LLC disponible en materiales pre y post-suscripción del plan.
- 6.10.2 Los afiliados también podrán revisar el proceso de transición de MMM Healthcare, LLC a través del enlace a la página electrónica de MMM Healthcare, LLC desde el Buscador de Medicamentos Recetados de Medicare del plan (Medicare Prescription Drug Plan Finder).

6.11 Intercambio Terapéutico:

El director de Farmacia o el Director Médico está disponible para revisar en conjunto con el médico que hace la receta una solicitud para medicamentos que no son del formulario, y cuando sea apropiado, definir un proceso para cambiar a afiliados de MMM Healthcare, LLC a utilizar alternativas terapéuticas dentro del formulario que fallen en demostrar una determinación de cubierta por necesidad médica afirmativa de acuerdo a la Determinación de Cubierta PH-801.

	Políticas/Procedimientos	No. PH-917	MSO-PHA-POL-1151-09152022-S	
	Proceso de Transición	Fecha de Efectividad	12/11/2008	
		Revisión	9/16/2024	
		Aprobación Final	Iris Morant VP of Pharmacy	

6.12 Monitoreo de rechazo:

A diario, MMM Healthcare, LLC valida que todos los rechazos relacionados a medicamentos que no son parte del formulario, autorizaciones previas, terapias escalonadas, límites de cantidad, exceso de costos, NPI y Medicamentos de la Parte B vs. Medicamentos de la Parte D, emitidos en el sistema de adjudicación de reclamaciones son apropiados y correctos de acuerdo al formulario aprobado por CMS. Los rechazos de medicamentos de clase protegida y aquellos rechazos relacionados a afiliados en transición son también incluidos en las categorías antes mencionadas. Para aquellos que no son apropiados, el Plan realiza los esfuerzos necesarios para anular el medicamento afectado por al menos un suplido aplicable al mes y orienta al afiliado sobre el proceso de Determinaciones de Cubierta.

6.13 Monitoreo y Reporte del programa de Abasto de Transición:

Los procesos de abasto de transición son monitoreados tanto a través como desde el interior de cada área del programa que tiene la responsabilidad por los procesos TF. El programa de monitoreo TF es tanto cualitativo como cuantitativo.

El PBM utiliza data de adjudicación de reclamaciones de transición para producir reportes de reclamaciones de TF estándares que han sido pagadas y reportes de reclamaciones rechazadas para el monitoreo cuantitativo del programa. El monitoreo de desempeño del programa incluye reporte y monitoreo de todos los tipos TF: los TF de los afiliados nuevos y de renovaciones; nuevas admisiones de pacientes y Suplido de Emergencia LTC TF. El PBM apoya y comparte respuestas de auditorías y otras solicitudes de datos Como sigue:

1. Solicitudes de Auditoría para datos sobre suplidos de transición de CMS u otras entidades apropiadas son atendidas dentro del período de tiempo designado en la solicitud; o tan pronto sea razonablemente posible, lo que sea más apropiado para el solicitante.
2. Las solicitudes para datos sobre suplido de transición que no sean urgentes serán atendidas dentro de un período de 10 días laborables. Otros tiempos de respuesta están disponibles tomando en cuenta las necesidades de cada caso.

El PBM monitorea las cartas de transición para asegurar exactitud y que el contenido refleje la información correcta. El PBM también revisa los reportes de las reclamaciones e identifica cualquier rechazo que no esté siendo suplido acorde con la política del proceso de transición. El proceso de control de calidad para suplidos de transición continúa durante el año a

	Políticas/Procedimientos	No. PH-917	MSO-PHA-POL-1151-09152022-S	
	Proceso de Transición	Fecha de Efectividad	12/11/2008	
		Revisión	9/16/2024	
		Aprobación Final	Iris Morant VP of Pharmacy	

la par con revisiones de rutina de las reclamaciones. Semanal y mensualmente son compartidos reportes y notificaciones de suplidos de transición con MMM Healthcare, LLC. Reportes adicionales a solicitud requeridos por CMS, serán desarrollados por el PBM.

6.14 Rol del Comité P&T en la Transición:

El comité P&T de MMM Healthcare, LLC atiende procedimientos para revisiones médicas de las solicitudes para medicamentos que no son parte del formulario, y cuando sea apropiado el proceso para cambiar a un nuevo afiliado de MMM Healthcare, LLC a una alternativa terapéutica apropiada dentro del formulario luego de una determinación de necesidad médica no favorable. El Comité P&T de MMM Healthcare, LLC revisa y provee recomendaciones sobre los procedimientos para la revisión médica de solicitudes para medicamentos que no son parte del formulario. La participación del comité P&T ayuda a asegurar que las decisiones sobre las transiciones atienden adecuadamente las situaciones de afiliados que han sido estabilizados con medicamentos que no son parte del formulario de MMM Healthcare, LLC (o que son parte del formulario, pero requieren una autorización previa o terapia escalonada vamos los requisitos de administración de utilización) y que se conoce que tienen riesgos asociados con cualquier cambio en el régimen prescrito.

7.0 Declaración de Implementación:

7.1 Las capacidades del sistema del PBM se diseñan, configuran, implementan y ejecutan de acuerdo con la política de transición del patrocinador del plan. Las capacidades del sistema permitirán la provisión de un suministro temporal de medicamentos de la Parte D que no están en el formulario para satisfacer las necesidades inmediatas del afiliado afectado, así como para permitir que el plan y/o el afiliado tengan tiempo suficiente para trabajar con el médico que prescribe para realizar un cambio apropiado a un medicamento terapéuticamente equivalente cubierto por el patrocinador del plan o completar una excepción o solicitud de cobertura para continuar recibiendo cobertura para el medicamento excluido (o restringido) por motivos de necesidad médica.

7.2 El PBM utiliza el estándar NCPDP D.0 actual para proporcionar mensajes en el punto de venta (POS). El estándar NCPDP proporciona información en la respuesta de cada reclamo de transición para que el sistema identifique el motivo de la transición. Cada motivo tiene un Código NCPDP específico. El PBM también ha implementado cambios apropiados en el sistema para lograr los objetivos de cualquier modificación o nuevo mensaje aprobado por la industria a través del NCPDP para abordar la información aclaratoria necesaria para adjudicar un reclamo de la Parte D. Cuando un reclamo se identifica como un Reclamo de Transición, se envía un mensaje adicional (“Despacho de Transición de la Parte D”) a la

	Políticas/Procedimientos	No. PH-917	MSO-PHA-POL-1151-09152022-S	
	Proceso de Transición	Fecha de Efectividad	12/11/2008	
		Revisión	9/16/2024	
		Aprobación Final	Iris Morant VP of Pharmacy	

farmacia identificando el reclamo como un Reclamo de Transición. El mensaje adicional enviado a la farmacia es general para todos los despachos de transición, independientemente de su naturaleza.

7.3 Las ediciones de manejo de utilización se aplican como se describe en detalle a continuación. El PBM se asegurará de que se proporcionen resurtidos para recetas de transición dispensadas por menos de la cantidad escrita debido a ediciones de seguridad del límite de cantidad o ediciones de utilización de medicamentos que se basan en el etiquetado del producto aprobado.

7.4 El sistema de procesamiento del PBM tiene una funcionalidad para anular automáticamente las ediciones de POS asociadas con medicamentos que no están en el formulario (terapia escalonada y autorización previa) y garantizar que las terapias con medicamentos para los beneficiarios en transición no se interrumpan, como se describe a continuación.

Procedimientos

A. El Suministro Temporal de Acuerdo con MMM Healthcare LLC. Política de transición (especificada a nivel de beneficiario)

1. Afiliados nuevos en el plan patrocinador

- a. Afiliados que son nuevos en el plan patrocinador y que no residen en un centro de atención a largo plazo:

El plan patrocinador cubrirá en el establecimiento minorista hasta un suministro temporal único de al menos un mes de suministro de medicamento en cualquier momento durante los primeros 90 días de inscripción del afiliado en un plan, a partir de la fecha de vigencia de la cobertura del afiliado. El suministro temporal será por menos días si la receta está escrita para menos días, en cuyo caso el plan patrocinador debe permitir múltiples reabastecimientos para proporcionar hasta un suministro total de medicamento para un mes.

- b. Afiliados que son nuevos en el plan patrocinador y que residen en un centro de atención a largo plazo:

- 1) Suministro temporal: MMM Healthcare LLC cubrirá un suministro temporal de al menos un mes de medicamento de acuerdo con el incremento de dispensación aplicable en el entorno de atención a largo plazo y dado que muchas farmacias e instalaciones de LTC deben dispensar medicamentos de marca en 14 días. o menos incrementos. El primer suministro será por un máximo de un mes (o

	Políticas/Procedimientos	No. PH-917	MSO-PHA-POL-1151-09152022-S
	Proceso de Transición	Fecha de Efectividad	12/11/2008
		Revisión	9/16/2024
		Aprobación Final	Iris Morant VP of Pharmacy

menos si la receta está escrita para menos días, en cuyo caso el plan patrocinador debe permitir múltiples reabastecimientos para proporcionar hasta un total de un mes de suministro de medicamento), como se establece abajo.

2) Surtidos adicionales: si es necesario, el plan patrocinador también cubrirá resurtidos adicionales, hasta el suministro de un mes, durante los primeros 90 días de la inscripción del beneficiario en un plan, a partir de la fecha de vigencia de la cobertura del inscrito.

i. Suministro de emergencia: después de los primeros 90 días de inscripción, el plan patrocinador cubrirá un suministro de emergencia para 31 días del medicamento de la Parte D que no está en el formulario (o menos si la receta está escrita para menos días) en caso de que el afiliado necesite el suministro de inmediato, y está fuera de su período de transición de 90 días. Este suministro de emergencia es adicional al suministro para los primeros 90 días de inscripción en el plan y será aprobado mientras se solicita una excepción o autorización previa.

ii. Si se aprueba, se anulará la edición: LTCES: permite suministro de emergencia de LTC.

2. Inscritos actuales que no son nuevos en el plan patrocinador y cuyos medicamentos se verán afectados por cambios negativos en el formulario durante el próximo año; el PBM realizará una transición significativa como se explica a continuación.

a. Inscritos actuales que no son nuevos en el plan patrocinador y que no residen en un centro de atención a largo plazo:

El plan patrocinador cubrirá en el entorno minorista un suministro temporal único de al menos un mes de suministro de medicamento en cualquier momento durante los primeros 90 días del año calendario, así como del año no calendario (el suministro temporal será para menos días si la receta es para menos días).

b. Inscritos actuales que no son nuevos en el patrocinador del plan y que residen en un centro de atención a largo plazo:

El plan patrocinador cubrirá un suministro temporal del medicamento durante los primeros 90 días del afiliado después de la inscripción. El primer suministro será para un máximo de un mes (o menos si la receta está escrita para menos días, en cuyo caso el plan patrocinador debe permitir múltiples reabastecimientos para proporcionar hasta un total de un mes de suministro de medicamento). Después de

	Políticas/Procedimientos	No. PH-917	MSO-PHA-POL-1151-09152022-S	
	Proceso de Transición	Fecha de Efectividad	12/11/2008	
		Revisión	9/16/2024	
		Aprobación Final	Iris Morant VP of Pharmacy	

los primeros 90 días del año calendario, el plan patrocinador cubrirá un suministro de emergencia del medicamento para 31 días (o menos si la receta está escrita para menos días) en caso de que el afiliado necesite el suministro de inmediato y esté fuera del país. su período de transición de 90 días.

3. Afiliados admitidos o dados de alta de un centro de atención a largo plazo:

Si el plan patrocinador, la farmacia u otro mecanismo, como la documentación en POS, le informan de un cambio en el nivel de atención que incluye, entre otros, la admisión o el alta de un centro de LTC, el PBM no utilizará ediciones anticipadas de reabastecimiento para limitar el acceso apropiado y necesario. a las drogas. El PBM o el Plan anularán la edición de "recarga anticipada" para permitir que el miembro acceda a una recarga al momento de la admisión o el alta.

4. Afiliados que cambian la configuración del tratamiento debido a cambios en el nivel de atención:

a. En el escenario en el que el PBM recibe información de que un afiliado está cambiando de un entorno de tratamiento a otro, por ejemplo: alta hospitalaria a un hogar, visita a la sala de emergencias, fin del centro de LTC, centro de enfermería especializada (SNF) o estadia en un hospicio ("Ámbito de tratamiento"), se considerará un cambio en el nivel de atención. El cambio en el nivel de oferta de transición de atención no aplicará para CDT (Centro de Diagnóstico y Tratamiento), Policlínicos o Grupos Médicos. El plan patrocinador (o PBM en su nombre) cubrirá un suministro temporal único del medicamento, hasta el suministro de un mes de medicamento (o menos días si la receta está escrita para menos días).

1) Las recetas recibidas con un encabezado que indique que provienen de uno de los entornos de tratamiento mencionados anteriormente se considerarán un cambio en el nivel de atención automáticamente y se autorizarán para un suministro temporal único del medicamento.

2) Si se recibe una nota de alta de un entorno de tratamiento, como LTC o SNF, se aplicará el mismo procedimiento. Se documentará una nota en el expediente del paciente.

b. En el escenario en el que PBM o MMM Healthcare LLC. recibe información de que un afiliado está cambiando de un entorno de tratamiento a otro y la información específica que solicita una determinación de cobertura o una excepción, se considerará un cambio en el nivel de atención y creará un caso de Determinación de Cubierta (CD).

	Políticas/Procedimientos	No. PH-917	MSO-PHA-POL-1151-09152022-S	
	Proceso de Transición	Fecha de Efectividad	12/11/2008	
		Revisión	9/16/2024	
		Aprobación Final	Iris Morant VP of Pharmacy	

- c. Si MMM Healthcare LLC no recibe información que demuestre que se emitió una receta debido a la recepción de servicios de un entorno de tratamiento, como se define anteriormente, el caso se evaluará como una solicitud de determinación de cobertura. No obstante, el caso continuará siendo evaluado como una determinación de cobertura regular y dependiendo de la información necesaria para cumplir con el CD, se aprobará o denegará según corresponda.
 - 1) Si el reclamo es por un medicamento de la Parte D condicional, que requiere una evaluación clínica para determinar el diagnóstico para el uso de la Parte D, el personal de Determinación de cobertura debe seguir los procedimientos establecidos en PH-801 Determinación de cobertura/Determinación de organización.
- d. Si se aplica un suministro de transición para cambio en el nivel de atención, se utilizará la anulación correspondiente dependiendo de la UM en el formulario (PA-LOC, PE-LOC, ST-LOC, QL-LOC) y se enviará una carta de transición. al beneficiario y al prescriptor.

B. Extensiones de la Política de Transición del Patrocinador del Plan.

Una vez aprobada una extensión del período de transición, la edición de rechazo se anulará para ambas situaciones:

- a. Cuando se complete el período de transición de 90 días, el rechazo se anulará con el siguiente código: TPE (Extensión del período de transición).
- b. Cuando el período de transición está activo pero se completa el beneficio para un medicamento en particular (ya se aprobó y utilizó un suministro único temporal de medicamento para un mes), el rechazo se anulará con el siguiente código: DTPE (Medicamento con extensión del período de transición).

C. Procesamiento de ediciones y rellenos de transición

- 1. Las ediciones de gestión de utilización de medicamentos que son apropiadas durante el período de transición de un beneficiario incluyen las siguientes:
 - a. Ediciones para ayudar a determinar la cobertura de la Parte A o B versus la Parte D,
 - b. Modificaciones para evitar la cobertura de medicamentos que no pertenecen a la Parte D (es decir, medicamentos excluidos, como un medicamento que puede

	Políticas/Procedimientos	No. PH-917	MSO-PHA-POL-1151-09152022-S	
	Proceso de Transición		Fecha de Efectividad	12/11/2008
			Revisión	9/16/2024
			Aprobación Final	Iris Morant VP of Pharmacy

usarse para la disfunción sexual o medicamentos del formulario que se dispensan para una indicación que no está médicamente aceptada), y

- c. Ediciones para promover el uso seguro de un medicamento de la Parte D (es decir, una edición de reclamo de opioides a nivel de beneficiario; límites de cantidad basados en la dosis diaria máxima recomendada por la FDA, como APAP; ediciones de reabastecimiento temprano)

1) Sobreutilización (Resurtido demasiado pronto)

MMM Healthcare LLC., establece parámetros de asignación para resurtido anticipado. Se producirá un rechazo total para las reclamaciones que se produzcan antes de que haya expirado el umbral. El mensaje indica la fecha del último surtido y el número de receta para ayudar a la farmacia a identificar la receta anterior y asegurarse de que el paciente la pagó y consumió correctamente.

2) Subutilización

Proporciona una alerta clínica en una cola de flujo de trabajo y/o un mensaje adicional que acompaña a un reclamo pagado o rechazado cuando un resurtido tiene más de 10 días de retraso.

3) Terapia Duplicada

El PBM implementa para cada cliente un módulo de terapia duplicada personalizado que puede basarse en la base de datos de duplicación terapéutica de Medi-Span u otro nivel de comparación basado en GPI, según lo prefieran los clientes. En cualquiera de los casos, pueden existir excepciones de “inclusión” o “exclusión” a las reglas de duplicación terapéutica según lo establezca el cliente. Estos rechazos se pueden codificar como rechazos fuertes o mensajes suaves según la preferencia del cliente.

4) Enfermedad a medicamentos/Alergia a medicamentos

Cuando el cliente proporciona información en el archivo de elegibilidad relacionada con alergias a las que los sistemas del PBM pueden hacer referencia o hacer referencias cruzadas apropiadas (es decir, códigos de alergia de Medi-Span), un rechazo total o un mensaje a la farmacia les alertará de una alergia al medicamento. contraindicación/problema que tal vez no conozcan.

5) Interacciones farmacológicas

El PBM implementa, a nivel de cliente, un programa personalizado de interacción entre medicamentos (DDIP) que le permite al cliente definir cada programa de detección de interacciones entre medicamentos. Los programas

	Políticas/Procedimientos	No. PH-917	MSO-PHA-POL-1151-09152022-S	
	Proceso de Transición	Fecha de Efectividad	12/11/2008	
		Revisión	9/16/2024	
		Aprobación Final	Iris Morant VP of Pharmacy	

DDIP simultáneos de PBM actualmente vigentes para la Parte D se centran en el tipo más grave de interacciones medicamentosas para no causar demoras o impedimentos innecesarios al surtir una receta. El programa se personaliza según el nivel de detalle del medicamento deseado utilizando el código GPI y permite al cliente determinar si se enviará un mensaje de rechazo fuerte o suave.

6) Dosis

- a) Dosis Alta: Proporciona un mensaje de rechazo fuerte o suave, según los parámetros establecidos por el cliente, cuando el número de unidades prescritas excede el máximo recomendado para la edad/sexo del beneficiario según Medi-Span Dosis Alta y otros Módulos DUR. El mensaje indica cuáles son las unidades máximas recomendadas por día e indica a la farmacia que verifique la receta o con el médico y llame al plan/PBM para anularla si corresponde (para un rechazo definitivo). Los rechazos se anulan según los criterios del personal farmacéutico, con referencia a los criterios de dosificación y administración de la etiqueta de la FDA o los compendios. Las excepciones/modificaciones a los umbrales de Medi-Span se establecen caso por caso cuando el personal clínico analiza los rechazos y las anulaciones. El personal clínico gestiona y resuelve de forma proactiva los rechazos de dosis altas de medicamentos de clase protegida.

- b) Dosis baja: proporciona un mensaje a la farmacia que acompaña a un reclamo pagado o rechazado cuando la dosis diaria está por debajo del umbral de dosificación baja de Medi-Span para que un farmacéutico pueda verificar la receta.

7) Contraindicaciones relacionadas con la edad/género

Cuando el cliente proporciona información sobre la edad y el sexo en el archivo de elegibilidad a la que los sistemas del PBM pueden hacer referencia o hacer referencias cruzadas apropiadas (es decir, códigos de alergia Medi-Span), un rechazo fuerte o un mensaje a la farmacia alertándolos sobre la edad del medicamento. o se proporciona una contraindicación/problema de género del medicamento.

8) Abuso/uso indebido clínico y ediciones concurrentes de fraude, despilfarro y abuso (FWA)

Las siguientes ediciones están disponibles y pueden generar una edición fuerte o un mensaje de alerta para su posterior verificación por parte del personal del plan:

	Políticas/Procedimientos	No. PH-917	MSO-PHA-POL-1151-09152022-S	
	Proceso de Transición	Fecha de Efectividad	12/11/2008	
		Revisión	9/16/2024	
		Aprobación Final	Iris Morant VP of Pharmacy	

- a) La cantidad recetada es mayor que la cantidad dispensada
- b) Número diferente de resurtidos (si la farmacia aumenta el número total de resurtidos de la receta original)
- c) Edición de dólares de alto costo (el uso, los umbrales y el diseño, a discreción del Cliente, deben ser coherentes con la orientación del CMS según las instrucciones del Cliente)
- d) Prescriptor autorizado (o prescriptor bajo exclusión o investigación de la FWA)
- e) Alertas/Rechazos para farmacias de la red bajo investigación de la FWA
- f) Paquetes Excepciones para ciertos tipos de paquetes que no se pueden subdividir (inhaladores, insulina, etc.)

9) Regulatorio

- a) Validación de que los medicamentos de la Lista II-V están dentro del alcance de la práctica del prescriptor
- b) Para todas las sustancias controladas, anexo II II V, la farmacia debe ingresar la licencia de prescriptor DEA. El sistema de adjudicación del PBM confirma la validez de la licencia de la DEA. El sistema también verifica con su base de datos que la programación específica del medicamento recetado esté dentro del alcance de práctica de la licencia de la DEA del prescriptor.
- c) Prevención de resurtidos de medicamentos de la Lista II
- d) El sistema de adjudicación del PBM cuenta con controles POS establecidos para evitar el pago de resurtidos de medicamentos de la Lista II. Sólo se adjudica el reclamo original número “0”. Se rechazan más solicitudes bajo el mismo reclamo. Este control elimina el riesgo de tener PDE para recargas de Lista II.

10) Medicamentos condicionales de la Parte D

El Plan aplicará ciertas ediciones de manejo de utilización de medicamentos, incluidas las PA, durante el período de transición de un beneficiario para evitar la cobertura de la Parte D para medicamentos que tienen una mayor probabilidad de usos no cubiertos por la Parte D o para garantizar que los medicamentos se receten para una indicación médicamente aceptada. El Analista de Determinación de Cobertura de MMM Healthcare LLC realiza una comunicación adecuada para recopilar la información requerida (Diagnóstico). Si se cumplen las indicaciones médicamente aceptadas, se aprueba la determinación de cobertura (consulte la Política PH-801 Determinaciones de Cubierta/Determinaciones de Organización).

	Políticas/Procedimientos	No. PH-917	MSO-PHA-POL-1151-09152022-S	
	Proceso de Transición	Fecha de Efectividad	12/11/2008	
		Revisión	9/16/2024	
		Aprobación Final	Iris Morant VP of Pharmacy	

2. Medicamentos genéricos:

De acuerdo con el diseño de beneficios del plan y las normas de los CMS, el sistema de adjudicación del PBM aplicará las reglas programadas para el uso de medicamentos genéricos. El diseño de beneficios de la Parte D de Medicare no es un diseño obligatorio genérico.

3. Diseño de beneficios:

Todas las reglas que han sido programadas para el diseño de beneficios específico del plan se aplican durante el procesamiento de un reclamo durante el período de transición.

4. Intercambio terapéutico:

De acuerdo con la regulación de CMS, el plan debe proporcionar suministro de transición en los casos descritos anteriormente en la sección de políticas.

5. Ediciones de límites de cantidad

- a. Dado que las ediciones del límite de cantidad están permitidas y son apropiadas durante el período de transición, el PBM se asegurará de que la Política de Transición proporcione resurtidos para recetas de transición dispensadas por menos de la cantidad escrita debido a ediciones de seguridad del límite de cantidad o ediciones de utilización de medicamentos que se basan en el etiquetado del producto aprobado.
- b. En la medida en que una receta se dispense por menos del monto escrito debido a una edición de seguridad de límite de cantidad, el PBM proporciona resurtidos para dicho suministro de transición (para al menos un suministro de un mes en el entorno ambulatorio y un suministro de 31 días (con múltiples resurtidos) en el entorno de atención a largo plazo).
- c. Durante la transición se pueden aplicar ediciones de reclamos de opioides en el punto de venta de opioides a nivel de beneficiario (y ediciones acumulativas de MED de opioides). Si se implementó una edición de reclamo de opioides en el POS a nivel de beneficiario, durante la transición, el beneficiario solo recibirá la dosis de opioides que se haya determinado que es medicamento necesaria y apropiada, según el proceso de administración de casos.

6. Ediciones de idoneidad terapéutica:

Ediciones de terapia escalonada y ediciones de autorización previa:

El sistema de procesamiento del PBM tiene una funcionalidad que identifica a los beneficiarios que son elegibles para la Política de transición del plan y anula automáticamente las ediciones de terapia escalonada y autorización previa o ediciones de límite de cantidad inferiores a la dosis actual de un beneficiario durante la transición para dichos beneficiarios (con la excepción de las ediciones mencionadas anteriormente, que están vigentes para determinar la cobertura de la Parte A o B versus a la Parte D, prevenir la cobertura de medicamentos que no pertenecen a la Parte D y

	Políticas/Procedimientos	No. PH-917	MSO-PHA-POL-1151-09152022-S	
	Proceso de Transición	Fecha de Efectividad	12/11/2008	
		Revisión	9/16/2024	
		Aprobación Final	Iris Morant VP of Pharmacy	

promover la utilización segura de un medicamento de la Parte D). Esta funcionalidad excluye la posibilidad de que las farmacias cometan errores durante la transición en el punto de venta, lo que podría resultar en que los beneficiarios no reciban suministros de transición cuando sean elegibles debido a un error humano. Por lo tanto, el sistema de procesamiento del PBM garantiza que las terapias con medicamentos para los beneficiarios en transición no se interrumpan debido a terapias escalonadas y modificaciones de autorizaciones previas.

7. Consideraciones de costos compartidos bajo la política de transición

- a. El Plan debe cobrar un costo compartido por un suministro temporal de medicamentos proporcionados como parte de su Política de Transición.
 - 1) El plan patrocinador debe cobrar el mismo costo compartido por los medicamentos de la Parte D que no están en el formulario proporcionados durante la transición que se aplicaría a los medicamentos que no están en el formulario aprobados mediante un proceso de excepción del formulario.
 - 2) El plan patrocinador debe cobrar el mismo costo compartido por los medicamentos del formulario sujetos a ediciones de gestión de utilización durante la transición que se aplicaría si se cumplieran los criterios de gestión de utilización.
- b. El costo compartido para un suministro temporal de medicamentos proporcionado bajo la Política de Transición nunca excederá los montos de copago máximos legales para los afiliados elegibles al subsidio de bajos ingresos (LIS).

8. Aviso de Transición

- a. El sistema del PBM emite alertas sobre la necesidad de una notificación por escrito a los afiliados.
- b. MMM Healthcare LLC., a través de PBM, proporciona a los afiliados un aviso escrito apropiado sobre el proceso de transición tras la adjudicación de un suministro temporal. El sistema envía una carta al afiliado explicando el suministro temporal para la cobertura de medicamentos que no están en el Formulario (o la cobertura de un medicamento que está incluido en el Formulario del Plan patrocinador pero que requiere autorización previa, terapia escalonada u otros criterios de manejo de utilización).

	Políticas/Procedimientos	No. PH-917	MSO-PHA-POL-1151-09152022-S	
	Proceso de Transición	Fecha de Efectividad	12/11/2008	
		Revisión	9/16/2024	
		Aprobación Final	Iris Morant VP of Pharmacy	

- c. El PBM utilizará el aviso de transición del modelo CMS para garantizar que se cumplan todos los requisitos del Aviso en términos de contenido, según lo dispuesto por el plan.
- d. El PBM se asegurará de que se hagan esfuerzos razonables para notificar a los prescriptores de los afiliados afectados que reciban un aviso de transición.
- e. El Aviso de Transición debe incluir los siguientes elementos:
 - a) Una explicación de la naturaleza temporal de la oferta de transición.
 - b) Instrucciones para trabajar con el patrocinador del plan y el médico que prescribe el afiliado para satisfacer los requisitos de manejo de utilización o para identificar alternativas terapéuticas apropiadas que se encuentran en el Formulario del plan patrocinador.
 - c) Una explicación del derecho del afiliado a solicitar una excepción al Formulario.
 - d) Una descripción del procedimiento mediante el cual se puede solicitar una excepción al Formulario.
 - e) El Plan pondrá a disposición formularios de solicitud de autorización previa o excepciones, previa solicitud, tanto para los afiliados como para los médicos que prescriben por correo, fax, correo electrónico y el sitio web del plan.
- f. Una vez creada y completada la carta, se guarda directamente en el sistema del PBM.
- g. La carta es impresa y enviada por correo al afiliado y al médico que la prescribe diariamente por parte del PBM o una entidad contratada. El aviso se envía por correo de primera clase de EE. UU. durante los días hábiles dentro de un plazo de 3 días hábiles a partir de la adjudicación del primer suministro de transición temporal.
- h. El aviso de transición también se aplica para el primer surtido temporal de los residentes de LTC a quienes corresponden múltiples suministros de un medicamento de la Parte D en múltiplos de 14 días o menos.

9. Codificación transaccional

El PBM utiliza actualmente el estándar NCPDP D.0. El estándar NCPDP proporciona información en la respuesta de cada reclamo de transición para que el sistema identifique el motivo de la transición (Autorización previa, Fuera del formulario, Terapia escalonada,

	Políticas/Procedimientos	No. PH-917	MSO-PHA-POL-1151-09152022-S	
	Proceso de Transición	Fecha de Efectividad	12/11/2008	
		Revisión	9/16/2024	
		Aprobación Final	Iris Morant VP of Pharmacy	

etc.). Cada motivo tiene un Código NCPDP específico. El PBM también ha implementado cambios apropiados en el sistema para lograr los objetivos de cualquier mensaje nuevo adicional aprobado por la industria a través del NCPDP para abordar la información aclaratoria necesaria para adjudicar un reclamo de la Parte D.

8.0 Referencias Regulatorias:

1. Prescription Drug Benefit Manual Chapter 6 (**Rev. 18, 01-15-16**)
2. Part D Formulary Submission and Review CY2017 Training Materials

9.0 Políticas y Procedimientos Relacionados:

1. PH- 801 Coverage Determinations
2. PH-406 Pharmacy and Therapeutic Committee
3. PH-802 Exception Process
4. CL-TRA-00-001 Part D Transition Process

10.0 Anejos:

N/A

11.0 Aprobación de Documento:

Role	Posición	Nombre	Firma	Fecha de aprobación
	Director of Formulary and Utilization Management	Maria I. Lázaro; Pharm.D.	Signatures on File	9/16/2024
	Corporate Medical Officer	Waldemar Rios; M.D.	Signatures on File	9/16/2024
	Senior Director of Pharmacy Operations	José Mercado	Signatures on File	9/16/2024
Aprobación Final	VP of Pharmacy Services	Iris Morant; RPh.	Signatures on File	9/16/2024

	Políticas/Procedimientos	No. PH-917	MSO-PHA-POL-1151-09152022-S	
	Proceso de Transición	Fecha de Efectividad	12/11/2008	
		Revisión	9/16/2024	
		Aprobación Final	Iris Morant VP of Pharmacy	

12.0 Historial de Revisión:

Fecha de Efectividad	Revisión	Autor del Documento	Descripción del cambio
12/11/2008			Initial release.
	07/20/2010	Nayra Martinez: Pharm.D.	Revisión de Política
	09/28/2010	Nayra Martinez: Pharm.D.	Revisión de Política
	04/13/2011	Nayra Martinez: Pharm.D.	Revisión de Política
	06/27/2012	Nayra Martinez: Pharm.D.	Revisión de Política
	12/20/2013	Nury Toledo: Pharm. D.	Revisión de Política
	05/28/2014	Nury Toledo: Pharm. D.	Revisión de Política
	05/28/2015	Nury Toledo: Pharm. D.	Revisión de Política
	06/01/2015	Nury Toledo: Pharm. D.	Revisión de Política
	06/01/2016	Nury Toledo: Pharm. D.	Revisión de Política
	10/03/2016	Francisco Rivera: MBA	Revisión de Política
	11/30/2016	Francisco Rivera: MBA	Revisión de Política
	05/23/2017	Francisco Rivera: MBA	Revisión de Política
	11/14/2017	Francisco Rivera: MBA	Revisión de Política

	Políticas/Procedimientos	No. PH-917	MSO-PHA-POL-1151-09152022-S	
	Proceso de Transición	Fecha de Efectividad	12/11/2008	
		Revisión	9/16/2024	
		Aprobación Final	Iris Morant VP of Pharmacy	

	05/24/2018	Francisco Rivera: MBA	Revisión de Política
	12/13/2018	Francisco Rivera: MBA	Revisión de Política
	05/24/2019	Daniel Gali	Revisión de Política
	05/20/2020	Enid Rivera	Revisión de Política
	05/26/2021	Naytha Lopez	Revisión/actualización de la política Declaración de Implementación-6. g. iv; Los rechazos 75/76 fueron reemplazados para reflejar el código de rechazo 608 para alinearse con los Estándares NCPCP.
	6/3/2022	Jonathan Rivera	Revisión/actualización de la política
	9/15/2022	Naytha E. Lopez Otero	Revisión de la política/Actualización de la sección 4.0, página 4 - Nuevas definiciones de los afiliados; se ha cambiado la palabra "PBP ID" para indicar "plan".
	9/29/2023	Jonathan Rivera	Revisión de la política/Actualización de la sección 4.0, página 4 - Nuevas definiciones de los afiliados; se ha cambiado la palabra "PBP ID" para indicar "plan".
	9/16/2024	Jonathan Rivera	Revisión de la política/Actualización de la sección C. número 7. Consideraciones de costos compartidos.