

Título de la política:	Procedimiento y Política de Surtido de Transición 2022
Departamento:	Farmacia
Número de póliza:	CH-MCR-PH-01
Fecha de emisión:	Fecha de entrada en vigor: 1 de noviembre de 2021
Próxima fecha de revisión: 1 de mayo de 2022	Fechas de revisión: 20 de mayo de 2021

Clover Health

Propósito: En este procedimiento y política, se describe el proceso operativo usado por el PBM (del inglés Pharmacy Benefit Manager, gerente de beneficios farmacéuticos) delegado para realizar la transición de formularios entre planes de Clover Health, con el objetivo de satisfacer los requisitos de los CMS (del inglés Centers for Medicare and Medicaid Services, Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) respecto de la Parte D de Medicare.

Alcance: Esta política se aplica a todos los miembros de los productos de Clover Health Medicare Advantage.

Política:

Las políticas de abastecimiento de transición del PBM delegado son las siguientes:

1. El PBM delegado implementa y lleva a cabo un proceso de transición apropiado, aprobado por los CMS y de conformidad con las reglas y pautas de dicha entidad. El proceso del PBM delegado permite una transición significativa para los siguientes grupos de Beneficiarios cuyo tratamiento farmacológico actual no esté cubierto por el plan: (a) nuevos Beneficiarios inscritos en el plan después del período coordinado de elección anual; (b) nuevos Beneficiarios elegibles de Medicare de otra cobertura; (c) la transición de Beneficiarios que cambian de un plan a otro después del inicio de un año de contrato; (d) Beneficiarios actuales afectados por cambios negativos en el formulario en los años de contrato; (e) Beneficiarios que residen en centros de LTC (del inglés Long-Term Care, cuidado a largo plazo), incluidos Beneficiarios que ingresan a tales centros o que reciben el alta.
2. El Patrocinador será el responsable de presentar una copia del proceso de la política de transición a los CMS.
3. La política de transición se aplicará a los medicamentos no incluidos en el formulario, lo que significa: (a) medicamentos de la Parte D que no están en el formulario del Patrocinador; (b) medicamentos de la Parte D aprobados previamente para cobertura conforme a excepción una vez que la excepción expira, y (c) medicamentos de la Parte D que están en el formulario del Patrocinador, pero que requieren autorización previa, terapia escalonada o límites de cantidad aprobados inferiores a la dosis actual del Beneficiario según las reglas de administración de utilización del Patrocinador. El proceso de transición permite la revisión médica de las solicitudes de medicamentos que no estén en el formulario y, cuando corresponda, un proceso para cambiar a los nuevos Beneficiarios del plan de la Parte D a alternativas del formulario adecuadas desde el punto de vista terapéutico que no constituyen una determinación de necesidad médica positiva.

Para el año 2022, Clover Health delegará la administración del formulario al PBM delegado, el comité de P&T (del inglés Pharmacy and Therapeutics, Farmacia y Terapéutica) del PBM delegado revisa los procedimientos para la determinación de cobertura y las excepciones y, si corresponde, el proceso para cambiar a nuevos Beneficiarios a alternativas del formulario adecuadas desde el punto de vista terapéutico que no constituyen una determinación de necesidad médica positiva. El PBM delegado manejará los productos biosimilares como productos de marca/genéricos no intercambiables para los programas y los procesos que implican el abastecimiento de transición y aplicará la distribución de costos correspondiente de acuerdo con las directrices de los CMS.

4. El PBM delegado contará con capacidades de los sistemas que le permitirán proporcionar un suministro temporal de medicamentos de la Parte D fuera del formulario, con el objetivo de satisfacer las necesidades inmediatas de un Beneficiario, así como también proporcionar al Patrocinador o al Beneficiario el tiempo necesario para trabajar junto con la persona autorizada a dar recetas para reemplazar el medicamento en cuestión por un medicamento terapéuticamente equivalente o para completar una solicitud de excepción que permita mantener la cobertura de un medicamento existente debido a que es médicamente necesario. Mediante los procesos y los códigos de TF (del inglés Transition Fill, abastecimiento de transición) del PBM delegado, se aplica un sistema de mensajería a través de POS (del inglés Point of Sale, puntos de venta) en las farmacias.
5. El proceso de transición del PBM delegado se aplicará en entornos que no sean centros de LTC, de modo que, a través de la política de transición, se proporcione, al menos, un abastecimiento temporal de 30 días por única vez, con múltiples abastecimientos hasta alcanzar un suministro acumulativo de 30 días que permita proporcionar abastecimientos por cantidades inferiores a las recetadas, en cualquier momento, durante los primeros 90 días posteriores a la inscripción de un Beneficiario en un plan, a partir de la fecha de entrada en vigor de la cobertura de dicho Beneficiario. Los límites en las cantidades y los plazos del plan podrán ser superiores según los beneficios que ofrece el Patrocinador, y estarán limitadas por la cantidad recetada. Para 2022, la configuración del plan de Clover Health permite un suministro de 30 meses dentro de un Plazo de TF de 90 días.
6. El PBM delegado aplicará el nivel de costo compartido del Patrocinador a un suministro temporal de medicamentos proporcionados durante el proceso de transición, de modo que no se superen los montos de copagos máximos regulados para los Beneficiarios elegibles que perciben un LIS (del inglés Low-Income Subsidy, subsidio por bajos ingresos).

En el caso de los Beneficiarios elegibles que no perciban LIS:

- a. El suministro de transición de los medicamentos de la Parte D no incluidos en el formulario recibirá el mismo monto de costo compartido que los medicamentos fuera del formulario aprobados a través de una excepción al formulario, en virtud de la sección 423.578(b), título 42 del CFR (del inglés Federal Regulations Code, Código de Regulaciones Federales).
- b. En los abastecimientos de transición de los medicamentos del formulario, se aplicará el mismo nivel de costo compartido que en los medicamentos del formulario sujetos a las revisiones de administración de utilización que se realicen durante la transición y que se deberían aplicar si se cumplen los criterios de administración de utilización.

7. El proceso de transición del PBM delegado en el entorno de LTC incluirá los siguientes atributos: (a) mediante la política de transición, se proporcionará un abastecimiento temporal único de, al menos, un suministro mensual correspondiente (a menos que el Beneficiario presente una receta por escrito para menos) de acuerdo con el incremento de abastecimiento aplicable en el entorno de LTC con múltiples suministros permitidos para proporcionar hasta un total de un mes de suministro de medicamentos si es necesario durante los primeros 90 días de la inscripción de un Beneficiario en un plan, a partir de la fecha de entrada en vigor de la cobertura del Beneficiario; (b) después de que el período de transición haya caducado o de que se haya agotado el suministro de días, mediante la política de transición, se proporcionará un suministro de emergencia, de al menos 31 días, de medicamentos de la Parte D no incluidos en el formulario (a menos que el Beneficiario presente una receta escrita por menos de 31 días de suministro) mientras esté pendiente una determinación de excepción o de autorización previa, y (c) en el caso de los Beneficiarios que ingresen a centros de LTC o que reciban el alta, no se emplearán revisiones de reabastecimientos anticipados para limitar el acceso apropiado y necesario al beneficio de la Parte D correspondiente, y dichos Beneficiarios podrán acceder a un reabastecimiento en el momento de la admisión o del alta. Para 2021, en la configuración del plan de Clover Health, se permite un suministro de un mes de 31 días dentro del Plazo de TF de 90 días para LTC y Nuevo paciente o cambio en el Nivel de atención. El suministro de emergencia de LTC permite un suministro de 31 días; este suministro está permitido por 30 días consecutivos.
8. El PBM delegado no aplicará las siguientes revisiones de administración de utilización durante la transición en los POS: revisiones para determinar la cobertura de la Parte A o B en comparación con la cobertura de la Parte D, revisiones para impedir la cobertura de los medicamentos no incluidos en la Parte D y revisiones para promocionar la utilización segura de medicamentos de la Parte D. Las revisiones de terapia escalonada y autorización previa estarán codificadas, de modo que el asunto se pueda resolver en los POS.
9. Durante el proceso de transición del PBM delegado, se podrán realizar reabastecimientos de las recetas de transición suministradas por cantidades inferiores a las cantidades especificadas debido a las revisiones de límites en las cantidades por motivos de seguridad o por revisiones de la utilización de los medicamentos que se basan en las etiquetas aprobadas de los productos.
10. El PBM delegado aplicará sus procesos de transición a una receta nueva para medicamentos fuera del formulario si no es posible establecer la diferencia entre la receta nueva del medicamento fuera del formulario y una receta continuada de un medicamento fuera del formulario en un POS.
11. El PBM delegado enviará los avisos de transición, el PBM delegado enviará una notificación por escrito al Beneficiario a través de un correo de primera clase de los EE. UU. dentro de los tres días hábiles posteriores a la fecha de decisión del abastecimiento de transición. En la notificación se deberá incluir (a) una explicación de la naturaleza temporal del suministro de transición que recibió un Beneficiario; (b) instrucciones para trabajar con el Patrocinador del plan y la persona que le proporcionó la receta al Beneficiario con el objetivo de cumplir con los requisitos de administración de utilización o para detectar las alternativas terapéuticas apropiadas que se incluyen en el formulario del plan; (c) una explicación del derecho del Beneficiario de solicitar una excepción del formulario, y (d) una descripción de los procedimientos que se deben seguir para solicitar una excepción del formulario. En el caso de los residentes de los centros de atención a largo plazo a los que se suministren múltiples suministros de un medicamento de la Parte D con incrementos de 14 días o menos, la notificación por escrito deberá proporcionarse dentro de los 3 días hábiles

posteriores a la decisión del primer abastecimiento temporal. El PBM delegado utilizará la Notificación de transición proporcionada por el Patrocinador. El Patrocinador es el responsable de obtener la aprobación de parte de los CMS de la notificación presentada mediante el uso del modelo de notificación de transición de los CMS a través del proceso “archivar y usar” o mediante la presentación a los CMS de una notificación de transición que sea diferente del modelo para que la revise el Departamento de Comercialización, lo que estará sujeto a una revisión de 45 días. El PBM delegado hará todo lo razonablemente posible para notificar sobre el TF a las personas autorizadas para dar recetas, con el objetivo de facilitar el proceso de transición de los Beneficiarios. En el caso de los Patrocinadores que no usen el PBM delegado para enviar las notificaciones de transición, se les enviará un informe diario en el que se especificarán las transacciones pagadas de TF de la Parte D. Durante el año 2022, Clover Health enviará las notificaciones de transición mediante el PBM delegado.

12. A través del PBM delegado, Clover Health tomará determinaciones sobre la cobertura, el PBM delegado proporcionará la autorización previa o los formularios de solicitud de excepciones luego de recibir el pedido correspondiente de los Beneficiarios y los médicos que proporcionan las recetas por correo, fax, correo electrónico, y se comunicará con el Patrocinador a través de los sitios web del plan. En cuanto a los Patrocinadores que no utilicen los servicios de los PBM delegados para excepciones determinaciones de cobertura, el Patrocinador será el responsable de proporcionar dichos formularios. Durante el año 2022, Clover Health utilizará los servicios del PBM delegado para las determinaciones sobre la cobertura.
13. El PBM delegado seguirá aplicando la política de transición en los años del contrato para los casos de los Beneficiarios que se inscriben en un plan con fecha de entrada en vigor de la inscripción el 1 de noviembre o el 1 de diciembre y necesitan acceso a un suministro de transición.
14. El Patrocinador proporcionará la información general del proceso de transición a los Beneficiarios a través del enlace Buscador de planes de medicamentos con receta de Medicare, que dirige al sitio web del Patrocinador, así como también en el formulario para Beneficiarios y el material que se les envía antes y después de la inscripción.
15. El PBM delegado desarrollará un proceso para que los Beneficiarios puedan recibir los medicamentos de la Parte D necesarios a través de una extensión del período de transición, según cada caso, siempre y cuando las solicitudes de extensión o las apelaciones no hayan sido procesadas antes del final del período de transacción mínimo y hasta que se haya llevado a cabo dicho período de transición (ya sea a través de un cambio a un medicamento apropiado del formulario o una decisión que se haya tomado sobre una solicitud de excepción). Durante el año 2022, Clover Health autorizará un suministro de 30 días durante la extensión del período de transición.
16. El PBM delegado implementará el proceso de transición para los beneficiarios nuevos cuyos medicamentos se verán afectados por los cambios negativos en el formulario en el próximo año de contrato. El PBM delegado ofrecerá procesos de transición a los Patrocinadores para fomentar el uso del servicio de transición antes del inicio del Año del contrato. La configuración del plan de Clover Health para la revisión del historial de beneficiarios de renovación se encuentra en un nivel GPI 10 con una observación de 180 días.

17. El PBM delegado conservará la capacidad de respaldar la generación de informes de rutina y exigidos por los CMS, así como también la capacidad de brindar respuestas a solicitudes ad hoc para los siguientes casos: (a) informes de reclamaciones denegadas; y (b) informes de reclamaciones de TF pagadas para los Beneficiarios nuevos y que renuevan sus inscripciones. También conservará la capacidad de respaldar la evaluación del procesamiento de reclamaciones de TF para brindar respuesta a las solicitudes ad hoc, y revisará y auditará regularmente los datos del programa de TF y las operaciones del sistema, con el objetivo de monitorear el cumplimiento de los requisitos del Abastecimiento de transición de la Parte D.

DEFINICIONES (todos los términos definidos en este documento se muestran con mayúscula inicial, excepto en el caso de las siglas).

1. **ANOC (del inglés Annual Notice of Change, Aviso anual de cambios):** documento requerido por los CMS que se debe enviar anualmente a todos los Beneficiarios existentes en virtud de las instrucciones de los CMS y en el que se describen los cambios que se planean aplicar a los beneficios existentes durante el próximo Año del contrato.
2. **Suministro mensual aplicable:** suministro necesario para la transición de los CMS, como mínimo (a menos que las recetas se emitan por menos días); el suministro se determina como la cantidad de días presentados para el suministro mensual aplicable del PBP (del inglés Plan Benefit Package, paquete de beneficios del plan) presentado a los CMS respecto del año del plan correspondiente. Con la aprobación de los CMS, se determina el suministro mensual aprobado para Beneficiarios en entornos de LTC y de no LTC. Se permiten varios abastecimientos hasta el suministro mensual aprobado total a fin de brindar abastecimientos de cantidades menores a las recetadas.
3. **Beneficiario:** persona inscrita en un Plan de la Parte D de Medicare del Patrocinador del PBM delegado, también conocido como Afiliado o Miembro.
4. **Productos biosimilares:** producto biológico enviado a la FDA para su aprobación a través de la vía biológica abreviada creada por la Ley de Cuidado de Salud Asequible. Estos productos deben demostrar que son muy similares a los productos de referencia (producto original); es decir, que no hay diferencias clínicamente significativas entre el producto biológico y el producto de referencia en términos de seguridad, pureza y potencia. Los productos biosimilares tienen diferencias permisibles porque están hechos de organismos vivos.
5. **CMS:** Centros de Servicios de Medicare y Medicaid.
6. **Año de contrato:** período durante el cual se aplica un paquete de beneficios específico del plan. También se denomina “año del plan”. En el caso del período de transición de los Beneficiarios existentes durante los años del contrato de los planes diferidos, el término “año del contrato” hace referencia al año calendario durante el cual tiene vigencia el nuevo formulario.
7. **PBM delegado:** gerente de beneficios farmacéuticos de Clover Health.
8. **DUR:** (del inglés Drug Utilization Review) revisión de utilización de medicamentos que no permite la anulación de las revisiones de seguridad de DUR seleccionadas que se configuran para rechazar en el punto de venta.

9. **Empleado:** cualquier empleado de tiempo completo, medio tiempo, temporal o eventual del PBM delegado, incluidos los empleados internos y externos del PBM delegado.
10. **Administración de alimentos y Medicamentos (FDA):** agencia federal del Departamento de Salud y Recursos Humanos de los EE. UU. Esta agencia es la responsable de supervisar los estándares de comercialización y seguridad de las industrias de los alimentos y los medicamentos.
11. **GPI (del inglés Generic Product Identifier, Identificador genérico del producto):** sistema de clasificación jerárquico de 14 caracteres creado por Medi-Span. Mediante este sistema se identifican los medicamentos que se deben obtener con receta en los Estados Unidos, con respecto a los fabricantes y los tipos de píldoras.
12. **Atención al largo plazo (LTC):** el término atención a largo plazo hace referencia a las instalaciones o instituciones, como los hogares de convalecencia y los centros de enfermería especializada que proporcionan atención médica a las personas que no pueden vivir solas en la comunidad. Esta atención puede representar la proporción de asistencia crónica o de custodia o los servicios de rehabilitación a corto plazo.
13. **LICS III (del inglés Low-income Cost-sharing Level III, Costo compartido por bajos ingresos de nivel III):** designación proporcionada por los CMS. La designación de elegibilidad de LICS III de los CMS más los códigos de farmacia enviados se evalúan para que una reclamación sea elegible a fin de acceder a los beneficios de LICS III.
14. **Subsidio por bajos ingresos (LIS):** primas, deducibles o copagos subsidiados que pueden recibir los beneficiarios elegibles si reúnen los requisitos. También denominado Ayuda adicional.
15. **Parte D de Medicare (Parte D):** beneficio de medicamentos con receta de Medicare que se proporciona según la Parte D de la Ley del Seguro Social.
16. **MME:** (del inglés Morphine Milligram Equivalent) Equivalente a miligramos de morfina.
17. **MIC (del inglés Multi-Ingredient Compound, Compuesto con múltiples ingredientes):** hace referencia a la lógica que se usa para la determinación de los reembolsos y la cobertura de una reclamación, que consiste en múltiples ingredientes que se combinan manualmente y son suministrados por una farmacia.
18. **NCPDP (del inglés National Council of Prescription Drug Programs, Consejo Nacional para los Programas del Medicamento de Venta con Receta):** grupo acreditado por el ANSI (del inglés American National Standards Institute, Instituto Nacional Estadounidense de Estándares) que cuenta con un conjunto de formatos estándares que se deben usar en la industria de farmacias minoristas, algunos de los cuales fueron adoptados como normas de la HIPAA (del inglés Health Insurance Portability and Accountability Act, Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro de Salud).
19. **NDC (del inglés National Drug Code, Código Nacional de Medicamentos):** el Código Nacional de Medicamentos es un identificador único de tres segmentos numéricos asignado a cada [medicamento](#) que figura en la Sección 510 de la Ley Federal de [Alimentos, Medicamentos y Cosméticos](#) de los Estados Unidos.
20. **Medicamentos no incluidos en el formulario:** significa: (a) medicamentos de la Parte D que no están en el formulario del Patrocinador; (b) medicamentos de la Parte D aprobados previamente para cobertura conforme a excepción una vez que la excepción expira, y (c) medicamentos de la Parte D que están en el formulario del Patrocinador, pero que requieren autorización previa, terapia escalonada o límites de cantidad aprobados inferiores a la dosis actual del Beneficiario según las reglas de administración de utilización del Patrocinador.

21. **Atención no a largo plazo:** describe los centros de venta minorista, de venta por correo y de infusión a domicilio.
22. **Comité de P&T:** es un comité que, entre otras cosas, evalúa la evidencia disponible sobre la seguridad relativa, la eficacia y la efectividad de los medicamentos con receta pertenecientes a una clase de medicamentos con receta y revisa las recomendaciones para la creación de formularios. El comité se reúne, al menos, trimestralmente.
23. **PAMC:** (del inglés Prior Authorization/Medical Certification Code) Código de Certificación Médica/Autorización Previa. Este es un campo del diseño estandarizado de arbitraje de farmacia en el que se ingresa un código de autorización proporcionado por el procesador.
24. **PLC (del inglés Patient Location Code, Código de ubicación del paciente):** valor del sistema heredado de arbitraje de RxClaim que se obtiene de la combinación del Código del tipo de servicio de la farmacia y el Código del tipo de residencia del paciente.
25. **PR (del inglés Patient Residence Type, Tipo de residencia del paciente):** las farmacias preguntan y registran el tipo de residencia del paciente en el punto de venta en el que se realiza la reclamación.
26. **PCD:** (del inglés Protected Class Drug) Medicamento de clase protegida.
27. **PST (del inglés Pharmacy Service Type, Tipo de servicio de la farmacia):** tipo de servicio que presta una farmacia cuando existen diferentes términos contractuales entre el pagador y la farmacia o cuando los beneficios se basan en el tipo de servicio prestado.
28. **Punto de venta (POS):** capacidad de las farmacias minoristas de acceder electrónicamente al diseño del plan y la información de elegibilidad para procesar y transmitir los datos de reclamaciones de medicamentos en el momento de la compra.
29. **Cumplimiento de impresiones:** unidad comercial del PBM delegado responsables de la ejecución de las impresiones de algunas notificaciones del Beneficiario, como las notificaciones de abastecimiento de transición para los Beneficiarios y las personas que emiten las recetas.
30. **PA (del inglés Prior Authorization, Autorización previa):** evaluación del uso recetado de los medicamentos en comparación con un conjunto de criterios predeterminados, con el objetivo de determinar si el medicamento/tipo de medicamento estará cubierto por el plan de seguro del beneficiario.
31. **RxClaim:** sistema de tecnología de la información del PBM delegado que sirve para procesar y arbitrar reclamaciones de la Parte D; también se denomina “sistema”, “plataforma” o “plataforma del sistema”.
32. **Patrocinador:** Patrocinador de la Parte D que celebra un contrato con el PBM delegado para brindar servicios de administración de beneficios de farmacia, incluida la implementación del proceso de transición. También conocido como Plan, Patrocinador del plan o Cliente. **El Patrocinador es CLOVER HEALTH.**
33. **SCC (del inglés Submission Clarification Code, Código de confirmación de la presentación):** elemento de datos del NCPDP que indica que el farmacéutico está confirmando la presentación de la reclamación.
34. **Plazo de TF:** el plazo de abastecimiento de transición del nuevo Beneficiario es la cantidad de días (un mínimo de 90 días), especificada por el Patrocinador, durante los cuales se aplican los beneficios de transición del nuevo Beneficiario.
35. **Abastecimiento de transición: Medicare (TF):** suministro temporal de un medicamento cubierto de la Parte D según los requisitos de los CMS sobre la Parte D.

Procedimiento:

1. El PBM delegado es el encargado de implementar el programa de TF del Patrocinador según el diseño de beneficios solicitado por el Patrocinador.
 - a. Los suministros de transición se suministran en los POS a los Beneficiarios elegibles, y están codificados de la siguiente manera:
 - i. Nuevos Beneficiarios del plan después del período de elección coordinada anual.
 - ii. Beneficiarios de Medicare que recientemente se convirtieron en elegibles y que antes tenían otra cobertura.
 - iii. Beneficiarios que se cambian de otro plan de la Parte D luego del inicio del Año del contrato.
 - iv. Beneficiarios actuales afectados por los cambios negativos en el formulario (incluidos los nuevos requisitos de administración de la utilización) en todo el Año del contrato.
 - v. Beneficiarios que residen en los centros de LTC.
 - b. Los límites del suministro de abastecimiento de transición se definen como suministros con días acumulativos calculados sobre la base del Identificador de Medicamentos Genéricos (GPI) 14, pero no se basa en la cantidad de abastecimientos. Consulte la Declaración de Implementación 16.a para obtener más información.
 - c. Las reclamaciones elegibles para acceder a la transición presentadas para los Beneficiarios de LICS III se procesan de acuerdo con el nivel de LICS del Beneficiario y los códigos de farmacia enviados para determinar si la reclamación recibida se procesará como no LTC, LICS III o LTC.
2. El PBM delegado seguirá aplicando el procedimiento y la política de TF de la Parte D de Medicare y, si corresponde, revisará el documento, al menos, anualmente y cuando sea necesario debido a cambios en el procesamiento.
3. Medicamentos no incluidos en el formulario
 - a. Los procedimientos para aplicar la política de transición a los Medicamentos no incluidos en el formulario son obtener el formulario aprobado por el Comité de P&T del Patrocinador y las revisiones de UM (del inglés Utilization Management, administración de utilización) y el código en el sistema de arbitraje para identificar la reclamación elegible de TF en los POS, de modo que pueda pagarse.
 - b. No obstante, cualquier referencia en este documento a excepciones en la caducidad del formulario, ya que los CMS emitieron una guía que establece que no se prevé que los Patrocinadores de la Parte D incluyan excepciones a la caducidad del formulario en sus políticas de transición, el PBM delegado no aplicará su política de transición a las excepciones caducadas del formulario, a menos que los CMS emitan una guía que requiera lo contrario o y hasta que ello suceda.
 - c. Los procedimientos para la revisión médica y la identificación de Alternativas del formulario son las siguientes:
 - i. Clover Health utiliza los servicios del PBM delegado para brindar su respaldo a las apelaciones operativas, a través de los procedimientos y procesos de revisión médica y determinación de cobertura se garantizará que los Beneficiarios tengan acceso a los procesos de revisión médica de las solicitudes de Medicamentos fuera del formulario.

- ii. La información sobre las alternativas terapéuticamente apropiadas incluidas en el formulario se pone a disposición de los Beneficiarios y las personas que emiten las recetas si se determina que son médicamente necesarias.
 - iii. A los Beneficiarios que se comuniquen con Atención al Cliente y las Farmacias que se comuniquen con el Centro de Atención a Farmacias se les proporcionará información sobre las alternativas del formulario disponibles cuando lo soliciten y cuando sea apropiado para la atención de los Beneficiarios.
 - iv. Clover Health delega la determinación de cobertura y su redeterminación al PBM delegado, entre sus responsabilidades se incluye la de revisar los procedimientos correspondientes a las excepciones y las determinaciones de cobertura que, en algunos casos, podrían derivar en la necesidad de contar con un proceso para realizar la transición de un Beneficiario a una alternativa del formulario terapéuticamente apropiada.
- 4.** Contamos con métodos de procesamiento de los abastecimientos de transición en los POS y con procedimientos para extender y anular las transiciones, si fuera necesario, a través del Centro de Atención a Farmacias y el servicio de Atención al Cliente. El sistema de mensajería a través de los POS para los abastecimientos de transición en las farmacias se aplica de la siguiente manera:
- a. El sistema de arbitraje del PBM delegado procesa y paga automáticamente las reclamaciones elegibles de abastecimientos de transición y envía mensajes a través de los POS, en los que se indica que las reclamaciones se pagaron en virtud de las reglas de abastecimientos de transición.
 - b. Los mensajes de abastecimientos de transición que se envían a las farmacias cumplen con los estándares vigentes de reclamaciones de telecomunicaciones del Consejo Nacional para los Programas del Medicamento de Venta con Receta (NCPDP) (al momento de realizar esta publicación, el estándar en vigencia es el D.O, en adelante denominado “Estándares vigentes de reclamaciones de telecomunicaciones del NCPDP”). Las farmacias no deben enviar ni volver a enviar el Código de Certificación Médica/Autorización Previa (PAMC) ni otro código específico del abastecimiento de transición para recibir el pago de las reclamaciones elegibles de abastecimientos de transición.
 - c. El procesamiento de los abastecimientos de transición se aplica a las recetas nuevas y consecutivas que se ingresan en los POS y a través del Centro de Atención a Farmacias en el caso de los Beneficiarios que son nuevos en el plan.
 - d. La difusión educativa y de comunicaciones en las farmacias de la red es constante durante todo el año, con el objetivo de proporcionar información e instrucciones sobre las políticas de abastecimientos de transición y el procesamiento de reclamaciones. Al menos una vez al año, y con mayor frecuencia de la necesaria, las comunicaciones de la farmacia sobre los abastecimientos de transición se distribuyen a través del departamento de la red de farmacias.
- 5.** Abastecimiento de transición para Beneficiarios nuevos o que renuevan la inscripción en los entornos que no son de LTC
- a. En los centros que no son de LTC, el sistema de arbitraje del PBM delegado procesa y paga automáticamente las reclamaciones elegibles de abastecimientos de transición y envía mensajes a través de los POS, en los que se indica que las reclamaciones se pagaron en virtud de las reglas de abastecimientos de transición para un suministro acumulativo de hasta 30 días.
 - b. Las farmacias no deben enviar ni volver a enviar el PAMC ni otro código específico del abastecimiento de transición para que se evalúen las reclamaciones elegibles de abastecimientos de transición y para recibir el pago de estas.

- c. Los abastecimientos de transición están disponibles en los POS a través de esta funcionalidad dentro de los primeros 90 días de inscripción, a partir de la fecha de entrada en vigor de la inscripción.
 - d. Es posible que a los Beneficiarios nuevos y los que renuevan sus inscripciones que se encuentren en un entorno de LTC se apliquen más límites en las cantidades y los plazos del plan en el diseño de beneficios y que estos deban cumplir con un límite de cantidad recetada.
 - e. Cambio en el Nivel de atención de residente que no pertenece a un centro de LTC
En el caso de las personas que no sean residentes de un centro de atención a largo plazo, no se utilizará una revisión de reabastecimiento anticipado para limitar el acceso necesario y apropiado al abastecimiento de transición. El abastecimiento de transición podrá proporcionarse automáticamente en los POS si durante el proceso de arbitraje se indica un cambio en el Nivel de atención de LTC a centro que no es de LTC con una revisión del reabastecimiento anticipada. De lo contrario, la farmacia se comunicará con el Centro de Atención a Farmacias del Administrador de Beneficios de Farmacia (Pharmacy Benefit Manager, PBM) delegado para obtener una anulación para presentar una solicitud de abastecimientos de transición por nivel de atención.
6. El PBM delegado determinará el nivel de costo compartido según el diseño del plan del Patrocinador.
- a. El nivel de costo compartido para los medicamentos suministrados como abastecimiento de transición se determina de acuerdo con los estatutos en el caso de los Beneficiarios que perciben un subsidio por bajos ingresos (LIS).
 - b. En el caso de los Beneficiarios que no perciban LIS:
 - i. el suministro de transición de los medicamentos no incluidos en el formulario recibirá el mismo monto de costo compartido que se aplicaría a las excepciones para los medicamentos que no se incluyen en el formulario;
 - ii. en los suministros de transición de los medicamentos del formulario en los que se realice una revisión de la administración de utilización se aplicará el mismo costo compartido que se aplicaría si se cumplen los criterios de administración de utilización.

7. Procesamiento de atención a largo plazo

En cuanto a los abastecimientos de transición, el sistema de arbitraje del PBM delegado procesa y paga automáticamente las reclamaciones de LTC elegibles de abastecimientos de transición y envía mensajes a través de los POS, en los que se indica que las reclamaciones se pagaron en virtud del abastecimiento de transición. En los abastecimientos de transición de LTC se pueden realizar abastecimientos acumulativos de suministros de un máximo de 31 días, excepto en el caso de los medicamentos sólidos orales de marca, que están limitados a abastecimientos de 14 días, con algunas excepciones, según lo indiquen los CMS, a menos que se presenten con un Código de confirmación de la presentación (SCC) del 21 al 36. Los códigos de SCC del 21 al 36 indican la entrega de suministros para diferentes cantidades de días en casos de LTC.

Se permiten varios abastecimientos para proporcionar hasta un total de 31 días de suministro de medicamentos de acuerdo con el incremento de suministro aplicable en el entorno de LTC. Estos límites en las cantidades y los plazos del plan podrán ser superiores según el diseño de beneficios. Las farmacias no deben enviar ni volver a enviar el PAMC ni otro código específico del abastecimiento de transición para que se evalúen las reclamaciones elegibles de abastecimientos de transición y para recibir el pago de estas.

- a. Suministros de emergencia (Emergency Supplies, ES) de abastecimiento de transición para LTC**
 - i. Para que se puedan proporcionar abastecimientos de emergencia para los residentes de centros de LTC luego de que se acaben los días disponibles de los abastecimientos de transición (TF) de los Beneficiarios nuevos o que renuevan su inscripción o cuando haya caducado el plazo de transición, y mientras haya una excepción o una autorización previa pendiente, la farmacia deberá presentar un SCC sobre las reclamaciones de los POS. En los abastecimientos de transición de los suministros de emergencia se pueden realizar suministros acumulativos de un máximo de 31 días, excepto en el caso de los medicamentos sólidos orales de marca, que están limitados a abastecimientos de 14 días, con algunas excepciones, según lo indiquen los CMS, a menos que se presenten con un SCC del 21 al 36. De otro modo, estas reclamaciones de medicamentos se rechazarían por no estar incluidos en el formulario o por estar incluidos en el formulario, pero no contar con una autorización previa, una terapia escalonada, por poseer un límite en la cantidad o una dosis diaria inferior a la dosis máxima especificada por la FDA, o por realizar revisiones adicionales de la edad de los Beneficiarios que agotaron los días disponibles de los suministros de TF de los Beneficiarios nuevos o que renuevan su inscripción o cuyo plazo de TF ya finalizó.
 - ii. El ES de LTC incluye un suministro acumulativo por día corrido, por Beneficiario, por medicamento, por farmacia o por plan durante 30 días consecutivos, según el diseño de beneficios.
 - iii. Los límites en las cantidades del plan podrán ser superiores según el programa de beneficios y estarán restringidos por la cantidad recetada.
- b. Cambios en el Nivel de atención de LTC**
 - i. En el caso de los residentes de centros de LTC, la farmacia debe presentar un SCC para que se autoricen los abastecimientos de transición y para que se anulen los rechazos de abastecimientos de transición elegible y los rechazos de las solicitudes de los nuevos inscritos porque el reabastecimiento se solicitó demasiado pronto. Los abastecimientos de transición para el Nivel de atención tienen un suministro permitido de hasta 31 días, excepto para sólidos de marca oral que estén limitados a abastecimientos de 14 días con excepciones según lo requerido por la guía de los CMS, a menos que se presenten con un SCC del 21 al 36. Estas reclamaciones de medicamentos, de otro modo, se rechazarían por no estar incluidos en el formulario o por estar en el formulario con revisiones de la administración de la utilización.
 - ii. Los abastecimientos de transición para el Nivel de atención correspondiente se pueden proporcionar por año calendario, por Beneficiario, por medicamento, por farmacia o por plan para un suministro de días acumulativos.
 - iii. En el caso de todos los Beneficiarios que experimenten un Cambio en el Nivel de atención, si debido a un cambio en una dosis se rechaza la solicitud por “reabastecimiento anticipado” o porque el reabastecimiento se solicitó demasiado pronto, la farmacia podrá comunicarse con el Centro de Ayuda a Farmacias para obtener una anulación.
 - iv. Los límites en las cantidades del plan podrán ser superiores según el programa de beneficios, y estarán restringidos por la cantidad recetada.

- c. Beneficiarios de LICS III**
 - i. Se permite la lógica de procesamiento de LICS III en una reclamación elegible de TF en el caso de Beneficiarios de LICS III con la presentación de los códigos de farmacia correspondientes.
 - ii. En el caso de las reclamaciones de LICS III elegibles de TF, el Plan puede proporcionar un conjunto de subsidios para el suministro de días acumulativos para los Beneficiarios de LICS III.
- 8. Revisiones de administración de utilización que no son elegibles para TF, terapia escalonada y procesamiento de autorización previa**
 - a. El PBM delegado codifica las siguientes revisiones de administración de utilización de los medicamentos, de modo que no se apliquen anulaciones de los abastecimientos de transición:**
 - i. Medicamentos que requieren determinación de cobertura de la Parte A o la Parte B, en comparación con la Parte D, según se determina en la base de datos de medicamentos del PBM delegado.
 - ii. Medicamentos excluidos de los beneficios de la Parte D, según se determina en la base de datos de medicamentos del PBM delegado.
 - iii. Revisiones para respaldar la determinación del Estado de los medicamentos de la Parte D.
 - iv. Las revisiones de seguridad de DUR, como la duplicación terapéutica, el acetaminofén acumulativo, el Equivalente a miligramos de morfina (MME) acumulativo, la interacción farmacológica, las alertas de edad, están configuradas para rechazar.

La terapia escalonada elegible para TF, la Autorización previa y las revisiones del límite de cantidad que no es de seguridad se resuelven en los POS.
- 9. Suministro de días acumulativos**
 - a. En los reabastecimientos de transición para suministros provistos en una cantidad inferior a la escrita o por menos días según las reglas de transición, se permiten varios abastecimientos hasta un suministro de 30 días como mínimo.**
 - b. En el caso de las revisiones de DUR que se basan en una dosis diaria máxima recomendada por la FDA, las reclamaciones de abastecimiento de transición que se abastezcan en una cantidad menor que la recetada debido a dicha revisión están permitidas respecto del reabastecimiento durante el plazo de TF.**
 - c. El suministro de días acumulativo de TF del PBM delegado se acumula en el nivel de GPI 14 del medicamento por Beneficiario y a través del plan (o de los códigos del plan). Los beneficios del Suministro de emergencia para LTC y del Cambio en el Nivel de atención de LTC o Pacientes nuevos se acumulan por separado.**
 - d. Los límites en las cantidades del plan podrán ser superiores según el programa de beneficios y estarán restringidos por la cantidad recetada.**
- 10. El proceso de transición del PBM delegado está codificado, de modo que, si no es posible establecer una diferencia entre la receta nueva del medicamento fuera del formulario y una receta consecutiva de un medicamento fuera del formulario en un POS, el proceso de transición del PBM delegado se aplicará a la receta como si se tratara de una terapia con medicamentos constantes. Esto se conoce como el nuevo proceso del Beneficiario.**
- 11. Avisos de transición**
 - a. En el caso de los Patrocinadores que utilizan el PBM delegado para enviar los avisos de transición, se envía una notificación de transición por escrito al Beneficiario a través de un correo de primera clase de los EE. UU. dentro de los tres (3) días hábiles posteriores a la fecha de arbitraje del abastecimiento temporal.**
 - b. En el caso de los TF de LTC de medicamentos sólidos orales de marca con un suministro limitado de 14 días, el aviso de TF se enviará solo luego de suministrar el primer abastecimiento temporal.**

- c.** En el aviso se deberá incluir la siguiente información:
 - i. una explicación de la naturaleza temporal del suministro de transición que recibió un Beneficiario;
 - ii. instrucciones para trabajar con el PBM delegado y la persona que proporcionó la receta a fin de cumplir con los requisitos de administración de la utilización y de detectar las alternativas terapéuticamente equivalentes y apropiadas que se incluyen en el formulario del plan;
 - iii. una explicación del derecho del Beneficiario de solicitar una excepción del formulario;
 - iv. una descripción de los procedimientos que se deben seguir para solicitar una excepción del formulario.
 - d.** El PBM delegado respalda el uso del “Modelo de aviso de transición de la Parte D” vigente de los CMS para notificar a los Beneficiarios sobre los motivos por los que se suministran los abastecimientos de transición y las recomendaciones que se deben seguir. Sin perjuicio de cualquier referencia de esta política para la presentación de un aviso de transición que utilice el modelo de notificación de los CMS a través del sistema de archivo y uso, dado que los CMS declaran que esto no es obligatorio, el aviso de modelo no se presentará a través del proceso de archivo y uso, a menos que los CMS lo requieran y hasta entonces.
 - e.** Clover Health usa los servicios del PBM delegado para enviar los avisos de transición, dichos avisos destinados a las personas que emiten las recetas se generan cuando se produce un aviso de abastecimiento de transición para el Beneficiario. El contenido de ese aviso depende del contenido del aviso de abastecimiento de transición para el Beneficiario o el modelo de aviso de los CMS, si se cuenta con este. Se hará todo lo razonablemente posible por entregar el aviso a la persona que emitió la receta.
- 12.** Disponibilidad de Formularios de solicitud de excepción y autorización previa
 - a.** En cuanto a los Patrocinadores que usen los servicios de procesamiento de excepciones y autorización previa del PBM delegado, los formularios de solicitud de excepción y autorización previa están disponibles a pedido del Beneficiario o la persona que emite la receta a través de diferentes medios, incluidos correo electrónico, correo postal, fax y formularios publicados en los sitios web del PBM delegado.
 - b.** En cuanto a los Patrocinadores que no utilicen los servicios de los PBM delegados para excepciones determinaciones de cobertura, el Patrocinador será el responsable de proporcionar dichos formularios.
- 13.** El proceso de transición del PBM delegado para los nuevos Beneficiarios está codificado a fin de que se pueda aplicar durante los Años del contrato para los Beneficiarios con fecha de entrada en vigor de la inscripción al final del plan y que necesiten acceso a un suministro de transición por un cambio negativo en el formulario. Estos Beneficiarios son elegibles para acceder a un cambio negativo en el formulario de TF a partir de la fecha en que se inscriben en el Año del contrato actual hasta el Plazo de TF que comienza el 1 de enero del siguiente año del plan.
- 14.** [Esta página se dejó en blanco de modo intencional para mantener la numeración coherente entre las secciones].
- 15.** Extensiones de la transición

Con respecto a los Patrocinadores que usan el servicio de Atención al Cliente del PBM delegado, según cada caso, dicho servicio proporcionará una extensión del período de transición para complacer a los Beneficiarios que siguen esperando la resolución de una autorización previa pendiente o de una solicitud de excepción. Las extensiones están disponibles a través del Centro de Atención a Farmacias o el servicio de Atención al Cliente, y según el diseño del plan del Patrocinador.

- 16.** De conformidad con el proceso de abastecimiento de transición proporcionado a los Beneficiarios nuevos, el PBM delegado proporciona, a los Beneficiarios que renuevan la inscripción, abastecimientos de transición durante el Plazo de TF del contrato. Esto se aplica a los Beneficiarios que tienen antecedentes de consumo de los medicamentos en cuestión y que no tuvieron que cambiar a un medicamento del formulario terapéuticamente equivalente; o para los cuales las excepciones del formulario/autorizaciones previas no se procesaron antes de que comience el nuevo Año del contrato. Esto se aplica, en los POS, a todos los Beneficiarios que renuevan sus inscripciones, incluidos los que residen en centro de LTC.
- a.** Los abastecimientos de transición de beneficiarios de renovación están disponibles durante el Plazo de TF para los Beneficiarios que se hayan visto afectados de forma negativa por un cambio en el formulario durante los Años del contrato. Los Beneficiarios nuevos deben tener un historial de utilización del medicamento para el cual se solicita la cobertura.
 - b.** En cuanto a estos Beneficiarios, el sistema de arbitraje del PBM delegado procesa y paga automáticamente las reclamaciones elegibles de abastecimientos de transición y envía mensajes a través de los POS, en los que se indica que las reclamaciones se pagaron en virtud de las reglas de abastecimiento de transición.
 - c.** Los suministros de transición adicionales se proporcionan, según el caso, a través del Centro de Atención a Farmacias para garantizar que la transición se realice de manera adecuada. Las farmacias no deben enviar ni volver a enviar el PAMC ni otro código específico del abastecimiento de transición para que se evalúen las reclamaciones elegibles de abastecimientos de transición y para recibir el pago de estas.
 - d.** Los límites en las cantidades y los plazos del plan podrán ser superiores según el diseño de beneficios, y estarán restringidos por la cantidad recetada.
- 17.** Generación de informes y monitoreo del Programa de abastecimientos de transición
- a.** Los procesos de abastecimiento de transición se monitorean en cada área de los programas que tienen una responsabilidad sobre los procesos de TF. El monitoreo del programa de TF es cuantitativo y cualitativo.
 - b.** Los datos de evaluación de las reclamaciones de transición se usan para producir informes estándar de reclamaciones rechazadas y reclamaciones de TF pagadas para realizar un monitoreo cuantitativo del programa. En el monitoreo del rendimiento del programa se incluye la generación de informes y el monitoreo de todos los tipos de TF: TF de Beneficiarios nuevos y que renuevan su inscripción, Admisiones de nuevos pacientes y TF de suministros de emergencia de LTC.
 - c.** Respaldo a las auditorías, respuesta a las auditorías y otras solicitudes de datos
 - i.** Las solicitudes de autoría de los datos de abastecimientos de transición de los CMS y otras entidades apropiadas se responden dentro del plazo designado en la solicitud o tan pronto como sea razonablemente posible; lo que resulte más apropiado según la persona que envía la solicitud.
 - ii.** Las solicitudes de datos de abastecimientos de transición que no sean urgentes se responden dentro de un plazo de diez días hábiles. Existen otros tiempos de respuesta, lo que depende de cada caso y según sea necesario.

DECLARACIÓN DE IMPLEMENTACIÓN

El siguiente es un resumen de cómo las reclamaciones elegibles se procesan según las reglas del sistema de arbitraje de TF en cada punto de venta (POS) y como se realiza el envío manual de las solicitudes para anular las revisiones del sistema que podrían derivar en reclamaciones rechazadas. El objetivo de las reglas de este sistema de arbitraje de TF es garantizar que las farmacias puedan resolver y anular las revisiones elegibles para TF en los POS, a fin de garantizar que los Beneficiarios tengan acceso a los medicamentos según los requisitos y las pautas de la Parte D.

1. A través del Sistema de arbitraje de TF, se garantiza lo siguiente:

- a. Que las reclamaciones elegibles de TF de las recetas nuevas y consecutivas se evalúen automáticamente al enviarlas por el POS, en los siguientes casos:
 - i. Nuevos Beneficiarios del plan después del período de elección coordinada anual.
 - ii. Beneficiarios de Medicare que recientemente se convirtieron en elegibles y que antes tenían otra cobertura.
 - iii. Beneficiarios que se cambian de otro plan de la Parte D luego del inicio del Año del contrato.
 - iv. Los Beneficiarios existentes que se ven afectados por cambios negativos en el formulario (incluidos los nuevos requisitos de administración) que se realizan de un Año del contrato al otro.
 - v. Beneficiarios que residen en los centros de LTC.

b. El procesamiento de abastecimientos de transición también está disponible en la función de anulación manual, disponible a través del Centro de Atención a Farmacias.

c. El Plazo de TF y el control de elegibilidad se aplican a la reclamación.

La fecha de entrada en vigor de la elegibilidad de TF del Beneficiario es proporcionada por el Patrocinador y se basa en el diseño del plan. La lógica de TF no se usa si una reclamación excede el Plazo de TF o los parámetros del suministro de días acumulativos sobre la base de la elegibilidad del Beneficiario.

d. El procesamiento de TF permite proporcionar suministros de transición de medicamentos con diferentes concentraciones.

Los beneficios de TF (incluidos los Suministros de días acumulativos) se determinan sobre la base del Identificador de Medicamentos Genéricos (GPI) 14, con el objetivo de poder realizar el procesamiento de TF de diferentes concentraciones de un medicamento en virtud de las reglas del sistema de TF. De este modo, se garantiza que el Beneficiario que toma un medicamento con una determinada concentración pueda recibir un TF del mismo medicamento/concentración diferente si presenta una nueva receta dentro del plazo elegible de TF.

e. En cuanto a los Beneficiarios que sean nuevos en el plan, los Beneficiarios que renueven su inscripción durante el Plazo de TF y los nuevos pacientes de los centros de LTC y que obtienen suministros de emergencia, se permite la proporción de TF debido a aumentos en las dosis, según corresponda, a través de la anulación manual mediante el Centro de Atención a Farmacias del PBM delegado.

f. Los medicamentos de la Parte D de Medicare son los únicos habilitados para TF. Los medicamentos que no de la Parte D de Medicare están excluidos del procesamiento de TF. Los medicamentos que no son de la Parte D de Medicare se identifican con una “N” en el campo “Medicamentos de la Parte D de Medicare” en la base de datos de medicamentos del PBM delegado. De este modo, la lógica de TF del sistema puede excluir a estos medicamentos del procesamiento de abastecimientos de transición cuando las farmacias presentan reclamaciones de estos medicamentos. Los medicamentos que están cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare y, por lo tanto, potencialmente elegibles para TF, se identifican con una “Y” en el campo “Medicamentos de la Parte D de Medicare” en la base de datos de medicamentos del PBM delegado.

g. Compuestos con múltiples ingredientes procesados para TF.

El procesamiento de TF para medicamentos con compuestos con múltiples ingredientes (MIC) se basa en el estado en el formulario de la reclamación. Según la configuración de diseño de beneficios de MIC seleccionada, el estado en el formulario de la reclamación de MIC puede basarse en el estado en el formulario del ingrediente más costoso presentado o en el estado en el formulario de la reclamación completa (si todos los MIC se consideran incluidos en el formulario o no incluidos en el formulario, o bien solo se consideran los MIC tópicos como no incluidos en el formulario, y los MIC no tópicos se basan en los ingredientes más costosos presentados). Solo los medicamentos no incluidos en el formulario se procesarán conforme a las reglas de TF para MIC. Los protocolos de la terapia escalonada se eluden para los medicamentos de MIC y estas reclamaciones se pagan fuera del TF. Las revisiones de QvT (del inglés Quality Versus Time, calidad frente a tiempo), de dosis diaria y de edad se pueden eludir para los medicamentos de MIC, y las reclamaciones se pagan fuera del TF en función de la configuración del diseño de beneficios. Dado que los MIC son medicamentos no incluidos en el formulario y generalmente están cubiertos solo de acuerdo con una solicitud de excepción aprobada, los medicamentos de MIC procesados para TF tienen asignada la distribución de costos aplicable al nivel de excepción (es decir, el costo compartido aplicable a los medicamentos no incluidos en el formulario aprobados de acuerdo con una solicitud de excepción).

Paso 1: en el arbitraje de MIC, se determina el tipo de compuesto; se determina si es un medicamento de la Parte A o B o de la Parte D. Si se determina que el MIC es un medicamento elegible de la Parte D (sin ingredientes de la Parte A o B y al menos un ingrediente de la Parte D), continúe con el Paso 2.

Paso 2: en el arbitraje, se determina el estado en el formulario de la reclamación de MIC de la Parte D según el diseño de beneficios; mediante la configuración de beneficios, se determina si está en el formulario o no.

- i. Si el plan ha designado todos los compuestos o solo compuestos tópicos como no incluidos en el formulario, entonces se considera que toda la reclamación no está en el formulario y se aplicará el TF.
- ii. Si el plan basa el estado en el formulario en el ingrediente más costoso de la Parte D:
 1. Si el ingrediente más costoso es un medicamento del formulario, todos los ingredientes de la Parte D en el MIC se pagan a las tarifas contratadas.
 2. Si el ingrediente más costoso no está incluido en el formulario y es elegible para el TF, todos los ingredientes de la Parte D en el MIC se pagan como TF. La letra TF se refiere a esta prescripción como un medicamento “compuesto”.
 3. Si el ingrediente más costoso no es elegible para el TF, todo el MIC será rechazado/no se pagará como TF.

Durante el año 2022, Clover Health procesará las reclamaciones de MIC como no incluidos en el formulario. Las siguientes revisiones no se omitirán para las reclamaciones de MIC: terapia escalonada, QvT, dosis diaria y edad.

2. Esta política y procedimiento se actualizan al menos una vez al año antes del período de atestación del TF de los CMS, con los cambios del proceso previstos para el próximo año. La política también se actualiza, según sea necesario, para cambios adicionales.
3. Las reclamaciones por medicamentos no incluidos en el formulario son elegibles para el procesamiento de TF.
 - a. Lanzamiento de medicamentos genéricos
 - i. Medicamento de marca retenido como incluido en el formulario cuando se lanza un medicamento genérico: en el caso del lanzamiento de un nuevo medicamento genérico, el Patrocinador elige retener la marca en el formulario y no agregar el genérico. Los Beneficiarios con el medicamento de marca equivalente en el historial de consulta no son elegibles para un abastecimiento de transición del medicamento genérico con la misma formulación si el Patrocinador elige no ofrecer el TF. La farmacia recibirá un mensaje para dispensar el medicamento de marca. El medicamento de marca estará disponible sin la necesidad de un TF. Si un Beneficiario actualmente toma un medicamento de marca, se entregará un abastecimiento de transición para el medicamento de marca con un cambio en el formulario para que el Beneficiario tenga suficiente tiempo para trabajar con la persona autorizada para recetar para poder cambiarse de manera adecuada a un medicamento terapéuticamente equivalente o para completar una solicitud de excepción para mantener la cobertura de un medicamento existente según las razones de necesidad médica.
 - ii. Sustitución inmediata de medicamentos genéricos: en el caso del lanzamiento de un nuevo medicamento genérico, el Patrocinador o el PBM delegado, en nombre del Patrocinador del formulario de plantilla delegado, evaluarán si el medicamento genérico se agregará de inmediato al formulario y el medicamento de marca cambiará a un estado no incluido en el formulario que no sea elegible para el TF.
 - b. Los Beneficiarios con una reclamación actual de un medicamento que requiere un límite de cantidad inferior al límite en la dosis del historial del Beneficiario serán elegible para el procesamiento de TF.
4. Los sistemas cuentan con capacidades para brindar suministros de transición en el POS. Las farmacias no deben enviar ni volver a enviar un PAMC u otro código específico de TF para el arbitraje de una reclamación elegible para TF.
 - a. Notificaciones de POS de farmacias proveedoras
 - i. Las farmacias son notificadas en el POS cuando las reclamaciones han sido pagadas conforme a las normas de TF, lo cual procura ayudar a las farmacias a analizar los próximos pasos con los Beneficiarios.
 - ii. La información de procesamiento de TF y las comunicaciones son enviadas a todas las farmacias de la red. La información y las comunicaciones del procesamiento de TF incluyen, entre otros, el manual de farmacias proveedoras y todas las actualizaciones relacionadas; y el documento Información y recordatorios de la Parte D de Medicare que se envía anualmente a las farmacias de la red antes del comienzo del nuevo Año del contrato.
 - iii. PHD (del inglés Pharmacy Help Desk, Centro de Atención a Farmacias) del PBM delegado: las farmacias que se comunican con el PHD tienen información verbal sobre la disponibilidad, el proceso y los derechos de TF del Beneficiario para solicitar una autorización previa o una excepción, y sobre cómo presentar una solicitud de TF automatizada.

iv. Pago automático de reclamaciones elegibles para TF

Cuando las reclamaciones presentadas son elegibles para el pago conforme a las normas de TF, la lógica del sistema de arbitraje de reclamaciones de recetas aplica el código TF PAMC 22223333444 a la reclamación, etiqueta la reclamación como TF pagada y reenvía el mensaje a continuación sobre reclamaciones de TF pagadas. No es necesario que las farmacias envíen ni reenvíen un PAMC u otros códigos específicos de TF para el arbitraje de una reclamación elegible para TF. Los códigos relacionados con el TF y los mensajes reenviados a las farmacias sobre las reclamaciones de TF pagados cumplen con los Estándares vigentes de reclamaciones de telecomunicaciones del NCPDP. De acuerdo con estos estándares, el mensaje “Pagado conforme al abastecimiento de transición” aparece después del mensaje de ADDINS (seguro adicional) y del mensaje de Ahorros de marcas/genéricos cuando corresponda. De lo contrario, aparece el mensaje “Pagado conforme al abastecimiento de transición” como primer mensaje en las reclamaciones de TF pagadas. Las reclamaciones que no son elegibles para TF son rechazadas y no se pagan conforme a las normas de TF.

“Pagado conforme al abastecimiento de transición. No incluido en el formulario”.

“Pagado conforme al abastecimiento de transición. Se requiere PA”.

“Pagado conforme al abastecimiento de transición. Rechazo de otro tipo”.
(Nota: Esto incluye requisitos de terapia escalonada, QvT, dosis diaria y edad).

Además de los mensajes de POS anteriores, y de acuerdo con los Estándares vigentes de reclamaciones de telecomunicaciones del NCPDP, los códigos de mensajes de aprobación a continuación también se reenvían en las reclamaciones de TF pagadas.

CÓDIGOS DE MENSAJES DE APROBACIÓN DE TF

NCPDP Farmacia Código de mensaje de aprobación	Condición del TF
005	La reclamación de TF se paga durante el período de transición, pero requiere una autorización previa.
006	La reclamación de TF se paga durante el período de transición y se considera no incluido en el formulario.
007	La reclamación de TF se paga durante el período de transición debido a cualquier otra circunstancia.
009	La reclamación de TF se paga a través de una situación de abastecimiento de emergencia, pero requiere una autorización previa.
010	La reclamación de TF se paga a través de una situación de abastecimiento de emergencia y se considera no incluida en el formulario.
011	La reclamación de TF se paga a través de una situación de abastecimiento de emergencia debido a cualquier otra circunstancia.
013	La reclamación de TF se paga a través de una situación de cambio en el nivel de atención, pero requiere una autorización previa.
014	La reclamación de TF se paga a través de una situación de cambio en el nivel de atención y se considera no incluida en el formulario.
015	La reclamación de TF se paga a través de una situación de cambio en el nivel de atención debido a cualquier otra circunstancia.

- b. Hay condiciones conforme a las cuales puede ser necesario que el PHD o el área de CC (del inglés Customer Care, Atención al Cliente) del PBM delegado ingresen una anulación de TF manual. Estas situaciones incluyen, entre otras, las siguientes:
- El Beneficiario que no recibe LTC se traslada de un entorno de tratamiento a otro, si no se detecta automáticamente mediante el proceso de arbitraje.
 - El Beneficiario solicitó una excepción y la decisión aún está pendiente al momento en que expira el período de TF o se agotan los suministros de días acumulativos.
 - Se necesita un TF para el aumento de la dosis.
- c. Cuando se ingresan manualmente con el código de PAMC de TF, estas anulaciones de TF se evalúan y etiquetan mediante los mismos procesos que las anulaciones TF de POS automatizadas. El mismo mensaje de “Pagado conforme al abastecimiento de transición...” se reenvía a las farmacias en las anulaciones de TF manuales como en las reclamaciones de TF pagadas automatizadas. Las cartas de TF se producen y envían al Beneficiario para las anulaciones de TF manuales de la misma forma que las anulaciones de POS.

5. Suministro de días de TF y parámetros de período (y suministro de días de LTC relativo a la declaración 7).
a.

Descripción		Suministro de días de TF
Beneficiarios nuevos y que renuevan la inscripción		
		- Estos límites en las cantidades y los plazos del plan pueden ser mayores según el diseño de beneficios, y se determinarán según la cantidad recetada. - Fuera de LTC: suministro de 30 días acumulativos dentro de los primeros 90 días en el plan; se permiten varios abastecimientos hasta un suministro mensual aplicable acumulativo para brindar abastecimientos de cantidades inferiores a las prescritas. - En LTC: suministro acumulativo de 31 días dentro de los primeros 90 días en el plan, los suministros de sólidos de marca orales están limitados a 14 días

	con excepciones según lo requerido por la guía de los CMS, a menos que se presenten con un SCC del 21 al 36; se permiten múltiples abastecimientos para un suministro acumulativo de 31 días a fin de brindar suministros por cantidades inferiores a las indicadas /primeros 90 días.	
Cambio en el Nivel de atención de residente que no pertenece a un entorno de LTC		
El Beneficiario es dado de alta del centro de LTC en los últimos 30 días	- Los límites en las cantidades del plan podrán ser superiores según el programa de beneficios y estarán restringidos por la cantidad recetada. - Fuera de LTC: un suministro de hasta 30 días; se permiten múltiples abastecimientos hasta un suministro de 30 días acumulativos para ajustar los abastecimientos por cantidades menores que las recetadas. - TF disponible en los POS si se reconoce por arbitraje o a través de la anulación manual por medio del Centro de Atención a Farmacias según el caso.	
Extensión de TF para Beneficiario nuevo y que renueva la inscripción		
- Beneficiarios nuevos o existentes - Suministro de días de TF o parámetros de tiempo fuera de estándar - Se alcanzaron los parámetros de TF y el Beneficiario aún espera la decisión de determinación de excepción/cobertura.	- Los límites de este plan se determinarán según la cantidad recetada. - Fuera de LTC: según el diseño del plan del Patrocinador, a través de la anulación manual, adicional según sea necesario, siempre y cuando la determinación de excepción o cobertura esté pendiente. - LTC: el diseño del plan del patrocinador, a través de la anulación manual, adicional según sea necesario, siempre y cuando la determinación de excepción o cobertura estén pendientes.	
b. Cambio en el Nivel de atención de residente que no pertenece a un entorno de LTC		

- i. Los residentes que no pertenecen a un centro de LTC pueden obtener un abastecimiento de transición automáticamente en los POS si durante el proceso de arbitraje se indica un cambio en el Nivel de atención de LTC a centro que no es de LTC y la reclamación es rechazada por un reabastecimiento temprano (R79) o una DUR (R88). De lo contrario, la farmacia puede comunicarse con el Centro de Atención a Farmacias del PBM delegado para obtener una anulación y presentar una solicitud de abastecimiento de transición por Nivel de atención.
- ii. El cambio en el Nivel de atención de LTC a No pertenece a LTC se indica en el proceso de arbitraje si el medicamento presentado coincide con una reclamación realizada en los 120 días más recientes del historial del GPI 14 con un Código de ubicación del paciente que indique LTC. Los residentes que no pertenecen a centros de LTC pueden recibir hasta un suministro de 30 días (o mayor según el diseño de beneficios); se permiten múltiples abastecimientos hasta un suministro de 30 días acumulativos para ajustar los abastecimientos por cantidades menores que las recetadas.

6. El sistema de arbitraje garantiza que el costo compartido aplicado a los TF para Beneficiarios de subsidio por bajos ingresos (LIS) nunca exceda los montos de copagos establecidos por la ley; y para los Beneficiarios sin LIS, el costo compartido se basa en uno de los niveles de costo compartido aprobados del plan y cumple con ese cargo para los medicamentos fuera del formulario aprobados conforme a una excepción de cobertura. El abastecimiento de transición para medicamentos fuera del formulario recibirá el mismo costo compartido que se aplicaría para una excepción fuera del formulario, y el abastecimiento de transición para medicamentos del formulario con una revisión de la UM recibirá el mismo costo compartido que se aplicaría si se cumpliera con los criterios de UM.

7. Procesamiento para un entorno de LTC

- a. Códigos para tipo de red de farmacia y tipo de residencia del paciente
Los parámetros de TF pueden variar según el nivel de red (o lista de redes) a través del uso de listas de redes o farmacias. Por lo tanto, se pueden ajustar diferentes suministros de días de TF para proveedores minoristas, de pedido por correo, de atención a largo plazo o de infusión en el hogar. Los códigos para tipo de servicio de farmacia y tipo de residencia del paciente en las reclamaciones presentadas se utilizan para identificar la farmacia reclamante como No pertenece a LTC o LTC para el reembolso y los suministros de días de TF permitidos.
 - i. Los valores definidos como farmacia de LTC por las operaciones de red de farmacia del PBM delegado son revisados internamente durante el arbitraje de RxClaim al valor del sistema existente “Código de ubicación del paciente” (PLC) 03.
- b. Los límites de suministro de días acumulativos de TF de LTC están permitidos para las reclamaciones calificadas presentadas con tipos de servicio de farmacia y tipos de residencia del paciente con LTC.
 - i. Si el Paciente es designado como LICS III además del tipo de servicio de farmacia de LTC y tipo de residencia del paciente de LTC con la reclamación calificada, se aplica el beneficio de TF de LTC.
- c. El Suministro de emergencia (ES) de LTC está permitido una vez que se agotan los parámetros de abastecimiento de transición y están pendientes una determinación de cobertura o excepción. La política de transición de ES de LTC establece un suministro de 31 días acumulativos, excepto para los medicamentos sólidos orales de marca que se limitan a un abastecimiento de 14 días con las excepciones establecidas por la guía de los CMS, a menos que se entreguen con un SCC del 21 al 36.
- d. La admisión de nuevo paciente de LTC de TF y el cambio en el nivel de atención, y el suministro de emergencia de LTC se procesan automáticamente en función de las normas de presentación de reclamaciones específicas de los POS. Las farmacias reciben instrucciones sobre cómo presentar correctamente reclamaciones calificadas a través de actualizaciones del Manual del proveedor y comunicaciones continuas con la red para que estas reclamaciones se procesen correctamente como TF conforme a las condiciones de TF de LTC aplicables.

CAMBIO DE NIVEL DE CUIDADO DE LTC Y SUMINISTRO DE EMERGENCIA DE LTC

Descripción	Suministro de días de TF
Cambios en el Nivel de atención (LOC) de LTC El Beneficiario reside en un centro de LTC (nueva admisión)	
El Beneficiario ingresa al centro de LTC en los últimos 30 días	- Los límites en las cantidades del plan podrán ser superiores según el programa de beneficios y estarán restringidos por la cantidad recetada. - Suministro de 31 días acumulativos, excepto para los medicamentos sólidos orales de marca que se limitan a un suministro de 14 días con las excepciones establecidas por la guía de los CMS, a menos que se entreguen con un SCC del 21 al 36. En POS entregados con lo siguiente: - Código de confirmación de la presentación de 420-DK, Valor "18". - Código de ubicación del paciente como LTC. - Se ofrecen abastecimientos adicionales, según sea necesario, a través de anulaciones de TF manuales mediante el Centro de Atención a Farmacias. - Se permiten múltiples abastecimientos para realizar cambios en el LOC. - El LOC (del inglés Level of Care, Nivel de atención) de LTC del TF puede recibir un suministro de días acumulativos por día corrido, por Beneficiario, por medicamento, por farmacia o por plan dentro del beneficio de LOC de LTC definido. - Los Beneficiarios nuevos y que renuevan la inscripción deben tener el suministro de días de TF agotado o excedido o el período de TF vencido. - En el caso de reclamaciones de LTC, en las que se aplica el SCC 18 al caso principal de una sola coordinación de transacciones de reclamación de beneficios para anular el RTS (del inglés Refill Too Soon, reabastecimiento demasiado pronto) (R79, R88), la misma anulación relativa al RTS (R79, R88) también se aplicará al caso secundario de la transacción. - Si el beneficio de LOC de LTC está comprometido y se paga, se contará para el beneficio de LOC de LTC. Los beneficios restantes de TF de LTC o fuera de LTC seguirán estando disponibles a través del Plazo de TF.

	• Si el suministro de días de la reclamación de LOC de LTC entrante supera el beneficio de LOC de LTC máximo, se enviará un mensaje a la farmacia para notificar sobre el beneficio restante TF de LTC o fuera de LTC disponible a través del Plazo de TF.
Suministro de emergencia de LTC Beneficiarios que residen en centros de LTC	
• Suministro de emergencia (ES) de LTC	• Estos suministros podrán ser superiores según el diseño de beneficios y estarán restringidos por la cantidad recetada de • Suministro de 31 días acumulativos, excepto para los medicamentos sólidos orales de marca que se limitan a un suministro de 14 días con las excepciones establecidas por la guía de los CMS, a menos que se entreguen con un SCC del 21 al 36. En POS entregados con lo siguiente: • Código de confirmación de la presentación de 420-DK, Valor "7". • Código de ubicación del paciente como LTC. • El ES de LTC de TF automático en los POS está configurado para permitir un ES cada 30 días consecutivos, limitado a un ES por estadía en un centro de LTC. La lógica de arbitraje revisa 30 días a partir del día posterior a la fecha del abastecimiento. • El ES de LTC incluye un suministro de días acumulativos por día corrido, por Beneficiario, por medicamento, por farmacia o por plan durante un mes consecutivo. • Los Beneficiarios nuevos o que renuevan la inscripción deben haber agotado el suministro de días de TF, o el período de TF debe haber expirado, y mientras debe haber pendiente una excepción o una autorización previa. • Si el beneficio de LTC está comprometido y se paga, se contará para el beneficio de ES de LTC. Los beneficios restantes de TF de LTC o fuera de LTC seguirán estando disponibles a través del Plazo de TF. • Si el suministro de días de la reclamación de ES de LTC entrante supera el beneficio de LTC es máximo, se enviará un mensaje a la farmacia para notificar sobre el resto del beneficio de TF de LTC o fuera de LTC disponible a través del Plazo de TF.

e. Admisión de paciente nuevo de LTC o cambio de Nivel de atención para Beneficiarios que sean admitidos o dados de alta de un centro de LTC. Las revisiones de reabastecimiento anticipado no se utilizan para limitar acceso a su beneficio de la Parte D, y dichos Beneficiarios tienen acceso a un reabastecimiento en el momento de la admisión o del alta.

**NUEVO PACIENTE DE LTC Y SUMINISTRO DE EMERGENCIA DE LTC
ANULACIONES DE REABASTECIMIENTO TEMPRANO (RTS) Y REVISIÓN DE UTILIZACIÓN DE
MEDICAMENTO (DUR)**

Descripción	Revisión	Código de denegación	Punto de venta	Anulación manual disponible
Nuevo paciente de LTC	RTS/Opción del plan 15	79	S	Sí (si el medicamento califica como TF, anulación de TF utilizada)
Suministro de emergencia de LTC	RTS/Opción del plan 15	79	N	Sí (si el medicamento califica como TF, anulación de TF utilizada)
Nuevo paciente de LTC	DUR - Opción del plan 30	88	S	Sí (si el medicamento califica como TF, anulación de TF utilizada)
Suministro de emergencia de LTC	DUR - Opción del plan 30	88	N	Sí (si el medicamento califica como TF, anulación de TF utilizada)

8. Revisiones de abastecimiento de transición

a. Revisiones de anulaciones no aplicadas durante el TF

Las anulaciones de TF no se aplican en los POS ni en forma manual a medicamentos con límites de dosis según el etiquetado máximo de la FDA, a los medicamentos de la Parte A o B en comparación con la Parte D que requieren determinación de cobertura previamente a la aplicación de beneficios de TF o a los medicamentos no cubiertos por los CMS en virtud de los beneficios del programa de la Parte D, que incluyen medicamentos que requieren indicación médicamente aceptada.

i. Reabastecimiento demasiado pronto (RTS)

La lógica del sistema de TF automatizado para los beneficiarios nuevos y que renuevan la inscripción no permite la anulación de revisiones de RTS (salvo para la Admisión de paciente nuevo de LTC o el Cambio en el nivel de atención). En cambio, la denegación 79 (RTS) se reenvía a las farmacias cuando en las reclamaciones presentadas se detectan estas revisiones.

ii. Revisiones de seguridad de la DUR

La lógica del sistema TF automatizado para los beneficiarios nuevos y que renuevan su inscripción no permite la anulación de las revisiones de seguridad de la DUR que se configuran para rechazarse en el punto de venta. En su lugar, el rechazo 88 (DUR) se reenvía a las farmacias con las instrucciones adecuadas cuando en las reclamaciones enviadas se detecta esta revisión.

iii. Medicamentos de la Parte A o B únicamente

La lógica de arbitraje de TF automatizado no se aplica a las reclamaciones de medicamentos de la Parte A o B únicamente. Todos los medicamentos de la Parte A o B “únicamente” quedan excluidos de los procesos y pagos de TF conforme a las normas de TF, y se etiquetan con el estado “N” en el campo de estado “Med D” en la base de datos de medicamentos del PBM delegado. Los medicamentos de la Parte A o B únicamente se rechazan con los códigos de denegación correspondientes y el mensaje de rechazo estructurado de los Estándares vigentes de reclamaciones de telecomunicaciones del NCPDP.

iv. Los medicamentos de la Parte A o B, en comparación con la Parte D (A o B en comparación con D)

Los medicamentos de la Parte A o B, en comparación con la Parte D, (medicamentos incluidos en el formulario con revisión de UM) no se proporcionan como TF porque la cobertura está disponible. Se necesita una determinación para indicar qué cobertura se aplicará al medicamento. Los medicamentos de la Parte A o B, en comparación con la Parte D se rechazan con los códigos de denegación correspondientes y el mensaje de rechazo estructurado de los Estándares vigentes de reclamaciones de telecomunicaciones del NCPDP. Esto permite a la farmacia o al Beneficiario llamar al PBM delegado para revisiones clínicas a fin de determinar la cobertura. El aviso indicador se puede configurar en la tabla de Autorización previa de RxClaim para especificar los medicamentos de la Parte A o B en comparación con los medicamentos de la Parte D. Las reclamaciones de medicamentos de la Parte A o B, en comparación con la Parte D, se rechazan como A6 (Parte B en comparación con Parte D), A5 (no en la Parte D, no en la Parte B. No cubierto conforme a la ley de la Parte D) o A4 (este producto puede estar cubierto conforme al Paquete de pago de Medicare Parte B para un centro de diálisis por ERT), A3 (este producto puede estar cubierto conforme a la Parte A de Medicare de cobertura en hospicios). Los números de teléfono del nivel del plan se envían en el mensaje de rechazo para las reclamaciones de medicamentos del formulario en las que se rechazan las determinaciones de la Parte A o B en comparación con las de Parte D para permitir que las farmacias realicen seguimiento. Una vez que se determina que un medicamento es elegible en la Parte D, se ingresa la PA. Los medicamentos no incluidos en el formulario en estas categorías, como regla general, no estarán cubiertos por la Parte A o B ni la Parte D. Por lo tanto, se proporciona un TF para permitir que el afiliado deje la farmacia con un suministro temporal y trabaje con el profesional que receta para encontrar una alternativa a la lista de medicamentos.

v. Medicamentos excluidos no cubiertos por los CMS conforme a los beneficios del programa de la Parte D

Los CMS exigen la revisión de algunos medicamentos para determinar el estado del medicamento como medicamento de Parte D. Estos medicamentos requerirán una indicación médicamente aceptada basada en la etiqueta aprobada por la FDA o el compendio aprobado por los CMS a fin de determinar si son elegibles para la cobertura de la Parte D. Los Beneficiarios pueden solicitar una excepción al formulario para estos medicamentos. Los medicamentos solo se aprobarán para Beneficiarios que proporcionen un diagnóstico que demuestre que el medicamento se recetó para una indicación médicamente aceptada. Los Beneficiarios que tienen una determinación de cobertura (autorización previa o excepción al formulario) denegada, recibirán una carta de denegación que indicará que su medicamento no es un medicamento de la Parte D. Los beneficiarios tendrán derecho a apelar la decisión. Si se determina que el medicamento es para una indicación médicamente aceptada y, por lo tanto, para un medicamento de la Parte D, pero no se cumple con ningún criterio adicional de administración de la utilización, se revisa la reclamación a fin de determinar la elegibilidad para TF y se ingresa una PA, si corresponde.

Los medicamentos excluidos pueden rechazarse por las siguientes razones:

1. Los medicamentos del formulario serán rechazados por autorización previa (PA) requerida (R75).
2. Los medicamentos fuera del formulario serán rechazados como no pertenecientes al formulario (R70).

b. Revisiones de condiciones elegibles para TF

El suministro de días de TF y los parámetros de tiempo se aplican a las reclamaciones presentadas para lo siguiente:

- Medicamentos no incluidos en el formulario
- Medicamentos del formulario con autorización previa, terapia escalonada, cantidad frente a tiempo, dosis diaria o edad. La lógica de TF puede aplicarse o no, de acuerdo con el diseño de beneficios del Patrocinador, en situaciones en las que existe una dosis máxima etiquetada por la FDA que no debe excederse por razones de seguridad. El siguiente es el orden de procesamiento de los medicamentos a los que se aplican las revisiones: terapia escalonada, autorización previa, límites de cantidad (incluida la dosis diaria y la edad).

A continuación, se enumeran los tipos específicos de condiciones de abastecimientos de transición.

i. No incluidos en el formulario (NF)

Medicamentos que no están cubiertos en un formulario cerrado. El TF de NF (del inglés Non-formulary, no incluido en el formulario) anula un código de denegación 70 por No cubierto conforme al NDC (Denegación del plan 70).

ii. Autorización previa (PA)

Medicamentos que están cubiertos en el formulario, pero requieren autorización previa. El TF de PA anula un código de denegación 75 por Autorización previa.

iii. Terapia Escalonada

Los medicamentos del formulario que se rechazan por requisitos previos de Terapia escalonada pueden ser elegibles para un TF. El procesamiento de TF permite anular el rechazo por Terapia escalonada y procesar la reclamación a través de la lógica del programa de Terapia escalonada para luego ingresarla correctamente en el historial. Se puede generar un aviso de abastecimiento de transición de terapia escalonada para esta revisión. Para algunos medicamentos con revisiones de terapia escalonada donde el Beneficiario obtuvo un TF (“exento” o con PA de tipo 2, que significa presentado a los CMS como solo para nuevo inicio); el TF en sí cumple con los requisitos de terapia escalonada para ese medicamento. Esto significa que el beneficiario ya cumplió con los requisitos de terapia escalonada y podrá seguir obteniendo futuros abastecimientos de ese medicamento sin tener que encontrarse con un rechazo. En estos casos, no se envían cartas de TF de terapia escalonada a los Beneficiarios o las personas autorizadas para recetar. El paso de TF anula la terapia escalonada de rechazo 608, se requiere una terapia con medicamentos alternativos en función de la configuración de beneficios del plan.

iv. Límites de cantidades (QL)

Cantidad en comparación con tiempo (QvT) o dosis diaria (DD) máxima

Los límites de cantidad de medicamentos se utilizan para establecer las cantidades permitidas para la cobertura de los medicamentos seleccionados a valores específicos durante un período determinado. A los efectos del TF, un límite de cantidad se considera un tipo de abastecimiento de transición para medicamentos que requieren el suministro limitado de un medicamento en función de un suministro de días o una cantidad permitida durante un período, o una dosis máxima por día.

1. Los medicamentos que de otra manera serían rechazados por limitaciones de cantidad cuando se presentan en cantidades superiores a la cantidad permitida son elegibles para el procesamiento de abastecimiento de transición durante el período de transición. La lógica del sistema de TF permite anular el rechazo por límite de cantidad y procesar la reclamación a través de la lógica del programa de TF para luego ingresarla correctamente en el historial. Si una reclamación no es elegible para la anulación de TF y se rechaza por límites de cantidad (es decir, el suministro de días de TF se agotó o el período del TF expiró), se seguirá rechazando de acuerdo con los parámetros de límite de cantidad que utilizan la Denegación 76. El TF anula las revisiones de “cantidad sobre tiempo” establecidas para analizar el historial de abastecimiento continuo en los Años del contrato (configuración de cantidad “período hasta la fecha”, Tipo D) o para analizar el historial de abastecimiento a partir del 1 de enero de cada Año del contrato. El TF de QL (del inglés Quantity Limits, Límites de cantidad) o QvT anula el código de denegación 76.

2. Además del TF en caso de QL/QvT, el TF está disponible para revisiones de medicamentos de DD (del inglés Daily Dose, dosis diaria). Las revisiones de DD y QL/QvT son mutuamente excluyentes.

Si se establecen juntas en el mismo plan, el TF para las revisiones de QL/QvT tiene prioridad sobre el TF de DD. El TF de DD anula la denegación 76.

3. Para el TF de QvT y las limitaciones del plan, un QvT establecido en un medicamento NDC (Opción del plan 10) o GPI (Opción del plan 11) anulará las limitaciones del plan establecidas en las Opciones del plan 26.1 y 26.2, Formulario de medicamentos preferidos. Por lo tanto, cuando se permite el TF por motivos de QvT, las limitaciones del plan en 26.1 y 26.2 también se anulan. Sin embargo, el suministro de días de TF acumulativos no se anula una vez utilizado/agotado.

4. En el caso de cambios en el QL, el sistema buscará la revisión del QL en el historial y la comparará con la revisión actual/activa del QL. Si la revisión del QL actual es inferior a la del historial, la revisión del QL se anula y la reclamación se procesa a través de la lógica del programa de TF.

v. Revisiones de edad

El TF está disponible para medicamentos del formulario que se establecen con revisiones de edad por razones de seguridad. El TF de revisión de edad anula una denegación 76.

vi. Denegación AG

Una denegación AG es una denegación de reclamación debido a una limitación del suministro de días. Las reclamaciones presentadas por una cantidad superior

al suministro de días de TF restante permitido devuelven un código de denegación “AG” y el mensaje “Presentar nuevamente para el suministro de días restante de XX” donde XX es la cantidad de suministro de días acumulativos de TF restante permitido. Se envía el código de rechazo “AG” como código de rechazo primario, a menos que, según los

Estándares vigentes de reclamaciones de telecomunicaciones del NCPDP, este rechazo deba seguir los mensajes de ADDINS (seguro adicional) o de ahorros de marca/genéricos cuando corresponda. La denegación AG aparece tanto en las reclamaciones iniciales sin TF anterior en el historial, así como en las presentaciones posteriores cuando el suministro de TF días acumulativos no se ha agotado con TF pagados anteriores. Cuando una farmacia reduce el suministro de días de la reclamación y vuelve a presentarlo, las reclamaciones elegibles para TF se procesan mediante las normas de TF.

vii. Lógica de medicamentos con preenvase irrompible

Los medicamentos cuyos envases fabricados no se pueden separar para el suministro de una receta se pueden considerar medicamentos con preenvase irrompible para los que se puede dispensar el suministro de días de medicamento preenvasado. El objetivo de esta lógica es garantizar que el Beneficiario reciba el DS (del inglés Days Supply, suministro de días) de TF completo, aunque el DS exceda el beneficio máximo, debido al tipo de envase para el medicamento. Esta lógica se aplicará si el DS acumulativo de medicamento preenvasado es inferior al beneficio requerido, antes del abastecimiento actual. Si el DS acumulativo de medicamento preenvasado, incluida la cantidad de abastecimiento actual, excede el beneficio máximo, y es la cantidad de un solo envase de medicamento, el TF pagará. Si el DS acumulativo de medicamento preenvasado, incluida la cantidad de abastecimiento actual, excede el beneficio máximo, y la cantidad de abastecimiento actual excede la cantidad de un solo envase de medicamento, la farmacia recibirá un mensaje para reenviar un solo envase del medicamento. En la reclamación, se conservarán los mensajes y los rechazos relacionados con el procesamiento.

viii. Autorizaciones previas (PA) clínicas/Nivel del Beneficiario

Las autorizaciones previas clínicas del nivel del Beneficiario se ingresarán para anular todas las revisiones elegibles para TF.

Por otro lado, se permitirá un TF para una revisión elegible para TF para el cual no se haya ingresado la PA. Cuando ya existe una PA clínica/de Beneficiario en el registro del Beneficiario para anular todas las revisiones elegibles para TF, el procesamiento de TF no es aplicable. Conforme a esta condición, las reclamaciones no se procesan como TF y las cartas de TF no se envían a los Beneficiarios.

c. Procesado sin lógica de medicamentos ST-PA tipo 2 de TF

Las revisiones de medicamentos ST-PA de tipo 2 se envían a los CMS como terapia escalonada para los nuevos tratamientos

solamente. La lógica de arbitraje del PBM delegado emplea un período mínimo de 108 días de anticipación para determinar los nuevos inicios. La lógica de medicamentos ST-PA de tipo 2 pagará la reclamación sin lógica de TF, de acuerdo con los criterios del plan, si el Patrocinador la selecciona. El procesamiento de TF se aplicará a cualquier revisión elegible para TF que la lógica de medicamentos ST-PA de tipo 2 no haya anulado.

9. Historial de reclamaciones de TF

Se analiza todo el historial de un medicamento durante el período de transición, independientemente de la farmacia/red de suministro. Las reclamaciones de POS, ingresadas manualmente y presentadas por el Beneficiario (impresas) para redes minoristas, de pedido por correo, de atención a largo plazo y de infusión en el hogar se analizan conjuntamente para determinar el suministro de días acumulativos total relativo a un medicamento. Los límites del suministro de días de TF se definen como suministros acumulativos en función de los requisitos de suministro de días de la Parte D a fin de garantizar que los reabastecimientos de los medicamentos elegibles para TF estén disponibles cuando se suministre el TF en una cantidad inferior a los límites de cantidad secundarios establecidos por razones de seguridad, o revisiones basadas en el etiquetado aprobado del producto; el sistema “cuenta” automáticamente las reclamaciones de TF previas relacionadas para poder aplicar los parámetros de acumulación de suministro de días de TF correspondientes.

10. Si no se puede diferenciar entre una receta nueva para un medicamento fuera del formulario y una receta continua para un medicamento fuera del formulario en el POS, el proceso de transición se aplica a una receta nueva para un medicamento fuera del formulario.

- a. Los Beneficiarios que son nuevos en el plan incluyen a los nuevos Beneficiarios del plan al comienzo del Año del contrato; a los Beneficiarios que recientemente se convirtieron en elegibles y que antes tenían otra cobertura; y a los Beneficiarios que cambiaron de un plan a otro luego del comienzo del Año del contrato.

b. Los abastecimientos de transición están disponibles en los POS a través del procesamiento de transición durante el Plazo de TF.

c. Los suministros de transición adicionales se proporcionan, según el caso, a través del Centro de Atención a Farmacias para garantizar que la transición se realice de manera adecuada.

D. Los límites en las cantidades y los plazos del plan podrán ser superiores según el diseño de beneficios, y estarán restringidos por la cantidad recetada.

11. Clover Health utiliza los servicios del PBM delegado para completar avisos de transición, las cartas de TF se envían a los beneficiarios dentro de los tres (3) días hábiles de la reclamación de TF arbitrada; también se realizan los mejores esfuerzos razonables para identificar la dirección actual de la persona autorizada para recetar e informarle sobre el TF a fin de facilitar la transición de los Beneficiarios. Para los residentes de centros de atención a largo plazo que hayan recibido múltiples suministros de un medicamento de la Parte D en incrementos de 14 días o menos, según lo establecido por la guía de los CMS, el aviso por escrito se entregará dentro de los 3 días hábiles después de la adjudicación de solo el primer abastecimiento temporal. Las cartas de TF se generan desde las Etiquetas de reclamación y carta de TF que se extraen al archivo de carta de TF diario.

a. Indicadores de etiquetas de reclamación y carta de TF según las revisiones elegibles para TF

- i. Etiqueta de reclamación de TF: esta es la etiqueta del sistema de arbitraje que se aplica a la reclamación cuando se arbitra conforme a las normas del sistema de TF. Esta etiqueta representa la razón por la que se pagó la reclamación conforme a los procesos de TF y qué revisiones fueron anuladas por TF en lugar de ser rechazadas como habría sucedido si un TF no estuviera disponible. Estas etiquetas pueden representar una sola razón de TF (p. ej., fuera del formulario, PA, terapia escalonada o límite de cantidad); o también pueden representar una combinación de razones de TF (p. ej., PA con límite de cantidad; fuera del formulario con límite de cantidad, etc.).
- ii. Etiqueta de carta de TF: esta etiqueta se utiliza para designar el contenido específico del lenguaje de una carta de TF para el aviso de TF a Beneficiarios y personas autorizadas para recetar.
- iii. Etiqueta combinada de TF: esta etiqueta se utiliza para designar el contenido específico del lenguaje de una carta de TF para el aviso de TF a Beneficiarios y personas autorizadas para recetar para Patrocinadores que optan por imprimir un párrafo para cada edición anulada por el TF.

b. Archivo diario de carta de TF

- i. Las reclamaciones de TF pagadas se extraen automáticamente a un archivo diario de reclamaciones de TF. Por cada reclamación de TF pagada, hay un registro correspondiente en el archivo diario de carta de TF correspondiente, o el registro es capturado en el archivo diario interno de excepciones con la razón por la que el registro no se incluye en el archivo de carta de TF (por ejemplo: pago en el mismo día/revertida).
- ii. Los contenidos del archivo de carta de TF se utilizan para impulsar la producción de las cartas de TF correspondientes para el Beneficiario y la persona autorizada para recetar.

12. Clover Health utiliza los servicios del PBM delegado para determinaciones de cobertura, el PBM delegado prepara los formularios de solicitud de autorización previa y excepción, y los pone a disposición, según lo solicitado, de los Beneficiarios, las personas autorizadas para recetar, las farmacias y otros proveedores a través de una variedad de medios como correo, fax y correo electrónico, y para el Patrocinador, a través de su sitio web del plan.

13. El proceso de transición del PBM delegado para los nuevos Beneficiarios se aplica desde la fecha de inscripción hasta el Plazo de TF. La fecha de inscripción no necesita ser el inicio del Año del contrato y puede extenderse en todos los Años del contrato para los Beneficiarios con una fecha de inscripción vigente a partir del 1 de noviembre o del 1 de diciembre, o antes, según la duración del Plazo de TF y que necesiten acceso a un suministro de transición respecto de un cambio negativo en el formulario.

14. [Esta página se dejó en blanco de modo intencional para mantener la numeración coherente entre las secciones].

15. Las extensiones de TF están disponibles para Beneficiarios nuevos o que renuevan la inscripción, sin o con LTC, a través del PHD o CC. La solicitud se revisa para verificar lo siguiente y se procesa de acuerdo con las instrucciones del Patrocinador:

- a. Suministro de días de TF o parámetros de tiempo fuera de estándar
- b. Se alcanzaron los parámetros de TF y el Beneficiario aún espera la decisión de determinación de excepción/cobertura.

16. Transición para beneficiarios actuales

- a. Los Beneficiarios que renuevan su inscripción deben presentar antecedentes de utilización de los medicamentos no incluidos en el formulario. El historial de utilización requiere los siguientes criterios:
 - i. La revisión retrospectiva del historial desde la fecha actual de abastecimiento se especifica como 180 días en la configuración del plan para identificar la reclamación del historial elegible más reciente.
 - ii. El nivel de GPI del medicamento especificado en la revisión retrospectiva del historial se indica como GPI 10 en la configuración del plan.
 - iii. Antecedentes de reclamaciones por el mismo medicamento
 1. Se evaluarán las reclamaciones entrantes para los Beneficiarios dentro de su plazo de transición de Beneficiario que renueva la inscripción a fin de determinar si el medicamento solicitado se vio afectado por un cambio negativo en el formulario.
 2. Los cambios negativos en el formulario se evalúan a través de un proceso de arbitraje en el que se comparan las revisiones actuales del formulario para el medicamento solicitado con las revisiones históricas del formulario implementadas previamente para el medicamento.
 3. La evaluación de cambios negativos en el formulario se realizará en el momento del arbitraje en los POS.
 - ii. La autorización clínica previa del Beneficiario todavía no se ejecutó.
 - iii. Para los casos en los que el Beneficiario recibe un abastecimiento de transición parcial, con la lógica se asegurará de que el suministro de días restantes del nuevo Beneficiario sea elegible para el abastecimiento de transición durante el Plazo de TF.
- b. Los siguientes procesos son opciones que el Patrocinador puede solicitarle al PBM delegado que implemente para los Beneficiarios que renuevan la inscripción:
 - i. Utilizar el ANOC como aviso anticipado de cualquier cambio en el formulario.
 - ii. Trabajar en forma prospectiva para educar y transferir a los Beneficiarios actuales que reciben medicamentos que ya no estarán en el formulario en el nuevo Año del contrato o que requieran revisiones de autorización previa, terapia escalonada o administración de utilización de los límites de cantidad en el nuevo Año del contrato.
 - iii. Fomentar el procesamiento de las excepciones al formulario y las autorizaciones previas antes del 1 de enero de un nuevo Año del contrato.
 - iv. De conformidad con el proceso de abastecimiento de transición proporcionado a los nuevos Beneficiarios, el PBM delegado proporciona, a los Beneficiarios que renuevan la inscripción, abastecimientos de transición durante los primeros 90 días del Año del contrato. Esto se aplica a los Beneficiarios que tienen antecedentes de consumo de los medicamentos en cuestión y que no tuvieron que cambiar a un medicamento del formulario terapéuticamente equivalente; o para los cuales las excepciones del formulario/autorizaciones previas no se procesaron antes de que comience el nuevo Año del contrato. Esto se aplica a todos los Beneficiarios que renuevan la inscripción, incluso aquellos que residen en centros de atención a largo plazo.
- c. El Centro de Atención a Farmacias del PBM delegado debe brindar suministros de transición según el diseño del plan del Patrocinador a los Beneficiarios que renuevan la inscripción que recibían medicamentos en el anterior Año del contrato que están fuera del formulario. Según el caso, el área de Atención al Cliente del PBM delegado puede brindar extensiones según las instrucciones del Patrocinador para brindar beneficios a los Beneficiarios que siguen esperando la resolución de solicitudes de autorización previa o de excepción pendientes.

17. El control del rendimiento del programa de TF y los informes incluyen la producción y la revisión continua de los siguientes elementos:

- a. Informes de excepción y control de extracto de reclamación de TF (informe de control interno del PBM delegado)

Estos informes sirven como controles internos para confirmar que todos los registros de reclamaciones de TF pagadas se extraigan al archivo diario de extracto de TF, que se utiliza para producir cartas de TF, o al archivo de excepción.

- b. Revisiones de control de calidad de la impresión de cartas de TF (control interno del PBM delegado)

Las revisiones de control de calidad de la impresión de cartas de TF son utilizadas por Cumplimiento de Impresión para validar la calidad de la impresión de la carta y la fiabilidad del proceso de fusión de la impresión cuando se realizan cambios en las plantillas o el proceso.

- c. Archivo de respuesta de TF (archivo de control interno del PBM delegado)

Este archivo sirve para confirmar que por cada registro de TF válido recibido con el arbitraje, haya una carta de TF correspondiente impresa/enviada por correo.

- d. Informes de TAT (del inglés Turn-Around-Time, tiempo límite de entrega) de cartas de TF (informe de monitoreo interno del Patrocinador y del PBM delegado). En estos informes se hace un seguimiento de los días entre las reclamaciones de TF pagadas y las cartas de TF enviadas a los Beneficiarios. Se utilizan con el fin de controlar el cumplimiento de los requisitos para enviar cartas de TF a los Beneficiarios dentro de los tres (3) días hábiles del TF arbitrado.

- e. Archivo de reclamación de TF pagada (informe de control interno del Patrocinador y del PBM delegado)

Este archivo respalda el control de los TF pagados para garantizar que las reclamaciones se hayan pagado conforme a las normas de TF y que se apliquen las etiquetas de TF correspondientes durante el arbitraje.

- f. Archivo de reclamación rechazada (archivo de control interno del Patrocinador y del PBM delegado)

Los informes diarios de reclamaciones rechazadas se producen y revisan para controlar las reclamaciones rechazadas y confirmar que estas no se pagaron conforme a las normas de TF.

- g. Muestra de TF y prueba de reclamaciones

RxClaim mantiene la capacidad de procesar muestras de reclamaciones de TF a pedido para respaldar las pruebas de reclamaciones. Estas permiten que el Centro de Atención a Farmacias y la Atención al Cliente ejecuten las reclamaciones para la confirmación de los costos y copagos relacionados, y de cómo las reclamaciones “activas” se procesarían y pagarían conforme al TF. Las muestras de reclamaciones de TF “Pagadas” reenvían el mismo mensaje estándar de TF pagado que en las reclamaciones de POS.

ANEXOS O APÉNDICES

N/C