

Título de la política:	Política y procedimiento de las renovaciones de transición para 2023	
Departamento:	Farmacia	
Número de la política:	CH-MCR-PH-01	
Día de emisión:	Fechas de entrada en vigencia: 11/01/2022	
Próxima fecha de revisión: 05/01/2023	Fechas de revisión: 05/20/2021 05/23/2022	

Objetivo: mediante este documento de política y procedimiento se describe el proceso operativo utilizado por el gerente de los beneficios de farmacia (PBM) delegado para implementar el plan de transición del *Formulario de medicamentos* de Clover Health con el fin de satisfacer los requisitos de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) para la Parte D de Medicare.

Alcance: esta política se aplica a todos los miembros del producto Clover Health Medicare Advantage.

Política:

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

1. El PBM delegado implementa y mantiene un proceso de transición adecuado, según lo aprobado por los CMS y de acuerdo con las reglas y la guía del CMS. El proceso del PBM delegado permite una transición significativa para los siguientes grupos de beneficiarios cuyo tratamiento farmacológico actual puede no contar con la cobertura del plan: (a.) los nuevos beneficiarios inscritos en el plan tras el periodo de elección coordinada anual; (b.) los nuevos beneficiarios de Medicare elegibles procedentes de otra cobertura; (c.) la transición de los beneficiarios que se cambian de un plan a otro tras el inicio de un año de contrato; (d.) los beneficiarios actuales afectados por cambios negativos en el *Formulario de medicamentos* en los años de contrato; (e.) los beneficiarios que residen en centros de atención a largo plazo (LTC), incluidos los beneficiarios ingresados o dados de alta de un centro de LTC.
2. El patrocinador tiene la responsabilidad de presentar una copia del proceso de la política de transición a los CMS.

3. La política de transición se aplicará a los medicamentos que no están en el *Formulario de medicamentos*, que incluyen: (a.) los medicamentos de la Parte D que no están en el *Formulario de medicamentos* del patrocinador; (b.) los medicamentos de la Parte D ya aprobados para la cobertura por medio de una excepción una vez que caduca la excepción; y (c.) los medicamentos de la Parte D que se encuentran en el *Formulario de medicamentos* 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 gestión de utilización del patrocinador. El proceso de transición permite la revisión médica de las solicitudes de medicamentos que no están en el *Formulario de medicamentos* y, cuando corresponda, un proceso para brindar a los nuevos beneficiarios de la Parte D del plan alternativas al *Formulario de medicamentos* terapéuticamente adecuadas si no se determina la necesidad médica. **Para 2023, Clover Health delegará la gestión del *Formulario de medicamentos* al PBM delegado.** El Comité de Farmacia y Terapéutica (P&T) del PBM delegado revisa los procedimientos para las excepciones y la determinación de cobertura y, si corresponde, elabora un proceso para brindar a los nuevos beneficiarios del plan alternativas al *Formulario de medicamentos* terapéuticamente adecuadas si no se determina la necesidad médica. El PBM delegado tratará los medicamentos biosimilares como productos de marca/genéricos no intercambiables para los programas y procesos que impliquen renovaciones de transición y aplicará el costo compartido adecuado de acuerdo con la guía de los CMS.
4. El PBM delegado tendrá capacidades de sistemas que le permite otorgar un suministro temporal de medicamentos de la Parte D que no están en el *Formulario de medicamentos* para adaptar las necesidades inmediatas de un beneficiario, así como para permitir que el patrocinador o el beneficiario tengan tiempo suficiente para trabajar con la persona que emite la receta y cambiar a una medicación terapéuticamente equivalente o completar una solicitud de excepción con el fin de mantener la cobertura de un medicamento existente en función de motivos de necesidad médica. El procesamiento y la codificación de las renovaciones de transición (TF) del PBM delegado aplican la mensajería del punto de venta (POS) a las farmacias.
5. El proceso de transición del PBM delegado se aplicará en el entorno que no sea de LTC, de modo que la política de transición brinde al menos una renovación temporal para 30 días, con varias renovaciones de un suministro acumulativo para hasta 30 días que se permite para adaptar las renovaciones a cantidades menores 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 vigencia de la cobertura del beneficiario. Estos límites de cantidad y tiempo del plan pueden ser mayores según el diseño de beneficios del patrocinador, y estarán limitados por la cantidad recetada. Para 2023, el plan de Clover Health permite un suministro de 30 meses dentro del periodo de las TF para 90 días.
6. El PBM delegado aplicará el nivel de costo compartido del patrocinador a un suministro temporal de medicamentos suministrados en el proceso de transición para que no exceda los montos de copago máximos establecidos por la ley para los beneficiarios elegibles con subsidio por bajos ingresos (LIS). Para beneficiarios no elegibles para el LIS:
 - a. El suministro de transición de medicamentos de la Parte D que no están en el *Formulario de medicamentos* tendrá el mismo costo compartido que se aplicaría a los medicamentos que no están en el *Formulario de medicamentos* aprobados a través de una excepción al

Formulario de medicamentos de acuerdo con el título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR), artículo 423.578(b).

- b. El suministro de transición del *Formulario de medicamentos* tendrá el mismo costo compartido para un medicamento del *Formulario de medicamentos* sujeto a las modificaciones de gestión de la utilización brindadas durante la transición que se aplicarían si se cumplen los criterios de gestión de la utilización.
7. El proceso de transición del PBM delegado en el entorno de LTC incluirá los siguientes atributos: (a.) la política de transición brindará un suministro temporal único aplicable para al menos un mes (a menos que el beneficiario presente una receta escrita para menos días) en conformidad con el incremento de entrega aplicable en el entorno de LTC con múltiples renovaciones permitidas para brindar un suministro para hasta un mes de la medicación si es necesario durante los primeros 90 días posteriores a la inscripción de un beneficiario en un plan a partir de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura del beneficiario; (b.) después de que haya vencido el periodo de transición o se agoten los días de suministro, la política de transición brindará al menos un suministro de emergencia para 31 días de medicamentos de la Parte D que no están en el *Formulario de medicamentos* (a menos que el beneficiario presente una receta escrita para un suministro para menos de 31 días) mientras esté pendiente una excepción o determinación de autorización previa; y (c.) para los beneficiarios que ingresen o reciban el alta de un centro de LTC, no se utilizarán modificaciones de renovación temprana para limitar el acceso adecuado y necesario al beneficio de la Parte D, y se permitirá a dichos beneficiarios acceder a una renovación en el momento del ingreso o del alta. Para 2023, el plan de Clover Health permite un suministro para un mes de 31 comprimidos dentro del periodo de las TF de 90 días para los nuevos pacientes y los residentes del centro de LTC/para el cambio en el nivel de atención. El suministro de emergencia de la LTC permite un suministro para 31 días; se permite el suministro de emergencia de la LTC por cada 30 días consecutivos.
8. El PBM delegado solo aplicará las siguientes modificaciones de gestión de utilización durante la transición en un POS: modificaciones para determinar la cobertura de la Parte A o B en comparación con la Parte D, modificaciones para prevenir la cobertura de medicamentos que no son de la Parte D y modificaciones para promover la utilización segura de un medicamento de la Parte D. Las modificaciones de terapia escalonada y autorización previa se codificarán para resolverse en el POS.
9. El proceso de transición del PBM delegado permitirá renovaciones de medicamentos con receta de transición entregados por menos del monto escrito debido a las modificaciones de seguridad de límite de cantidad o a las modificaciones de utilización de medicamentos que se basan en el etiquetado del producto aprobado.
10. El PBM delegado aplicará sus procesos de transición a una receta nueva para un medicamento que no está en el *Formulario de medicamentos* si no puede establecer la distinción entre una receta nueva para un medicamento que no está en el *Formulario de medicamentos* y una receta actual para un medicamento que no está en el *Formulario de medicamentos* en el POS.
11. El PBM delegado cumplirá con los avisos de transición. El PBM delegado enviará un aviso por escrito en conformidad con los requisitos de transición de los CMS al beneficiario dentro de los tres días hábiles posteriores a la adjudicación de una renovación de transición temporal. En el aviso se incluirá: (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 emite la receta del beneficiario con el fin de cumplir con los requisitos de gestión de la utilización o para identificar las alternativas terapéuticas adecuadas que están en el *Formulario de medicamentos* del

plan; (c.) una explicación del derecho del beneficiario a solicitar una excepción al *Formulario de medicamentos*; y (d.) una descripción de los procedimientos para solicitar una excepción al *Formulario de medicamentos*. En el caso de los residentes de un centro de atención a largo plazo a los que se les entregan múltiples suministros de un medicamento de la Parte D en incrementos de 14 días o menos, el aviso por escrito se entregará en un plazo de 3 días hábiles tras la adjudicación del primer suministro temporal. El PBM delegado utilizará el aviso de transición que brinde el patrocinador. El PBM delegado hará todo lo posible para brindar un aviso de TF a las personas que emiten la receta para facilitar la transición de los beneficiarios. En el caso de los patrocinadores que no utilizan al PBM delegado para cumplir con los avisos de transición, se entregará un archivo de extracción diario al patrocinador que contiene las transacciones pagadas de las TF de la Parte D. Para el año 2023, Clover Health utilizará el PBM delegado para cumplir con los avisos de transición.

12. Clover Health utiliza al PBM delegado para la determinación de cobertura. El PBM delegado pondrá a disposición formularios de autorización previa o de solicitud de excepciones previa solicitud tanto a los beneficiarios como a los médicos que emiten la receta por correo, fax, correo electrónico y con el patrocinador a través de los sitios web del plan. Los patrocinadores que no utilizan al PBM delegado para la determinación de cobertura y las excepciones serán responsables de brindar estos formularios. Para el año 2023, Clover Health utilizará el PBM delegado para la determinación de cobertura.
13. El PBM delegado extenderá su política de transición a lo largo de los años de contrato en caso de que un beneficiario se inscriba en un plan con una fecha de entrada en vigencia de la inscripción el 1 de noviembre o el 1 de diciembre, y necesite un suministro de transición.
14. El patrocinador pondrá la información general del proceso de transición a disposición de los beneficiarios a través del enlace al Buscador de planes de medicamentos con receta de Medicare en el sitio web del patrocinador, así como en el *Formulario de medicamentos* y en los materiales previos y posteriores a la inscripción.
15. El PBM delegado brindará un proceso para que los beneficiarios reciban los medicamentos necesarios de la Parte D a través de una extensión del periodo de transición, caso por caso, en la medida en que sus solicitudes de excepción o apelaciones no se hayan procesado al final del periodo mínimo de transición y hasta que se haya realizado una transición (ya sea a través de un cambio a un medicamento del *Formulario de medicamentos* adecuado o una decisión sobre una solicitud de excepción). Para el año 2023, Clover Health permitirá un suministro de 30 días para la extensión de transición.
16. El PBM delegado implementará el proceso de transición para renovar los beneficiarios que renuevan y cuyos medicamentos se verán afectados por cambios negativos en el *Formulario de medicamentos* en el próximo año de contrato. El PBM delegado ofrecerá procesos de transición de patrocinadores para fomentar una transición antes del comienzo del año de contrato. El plan de Clover Health establecido para la revisión del historial de los beneficiarios renovados se encuentra en un nivel 10 del identificador de productos genéricos (GPI) con una revisión retrospectiva de 180 días.
17. El PBM delegado mantendrá la capacidad de respaldar los informes rutinarios y requeridos por los CMS, así como la capacidad de responder a las solicitudes *ad hoc* de: (a.) los informes de reclamos denegados, y (b.) los informes de reclamos de TF pagados para beneficiarios nuevos y los que renuevan. También mantendrá la capacidad de apoyar el procesamiento de reclamos de TF de prueba en respuesta a solicitudes *ad hoc*, y revisará y auditará con regularidad los datos del programa de TF y las operaciones del sistema para controlar la adhesión de los requisitos de renovaciones de transición de la Parte D.

DEFINICIONES (Todas las palabras que se definen en este documento se muestran con mayúsculas iniciales, excepto las siglas).

1. **Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA):** Es una agencia federal del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Esta agencia tiene la responsabilidad de controlar los estándares comerciales y de seguridad en los sectores de alimentos y medicamentos.
2. **Año de contrato:** Es el periodo en el que se aplica un determinado paquete de beneficios del plan. También se lo conoce como «año del plan». En el caso del periodo de transición para los beneficiarios actuales en los años de contrato en planes que no son calendario, el término «año de contrato» hace referencia al año calendario en el que el nuevo *Formulario de medicamentos* entra en vigencia.
3. **APCM:** Es la autorización previa/el código de certificación médica. Es un campo en el diseño estandarizado de adjudicación de farmacia para la entrada de un código de autorización brindado por el procesador.
4. **Atención a largo plazo (LTC):** La atención a largo plazo se refiere a los centros o las instituciones, como las residencias para adultos mayores y los centros de enfermería especializada que brindan atención médica a personas que no pueden manejarse de forma independiente en la comunidad. Esta atención puede representar la gestión de la atención con custodia o crónica, o los servicios de rehabilitación a corto plazo.
5. **Atención que no es a largo plazo:** Describe a los centros minoristas, de correo postal y de infusión domiciliaria.
6. **Autorización previa (AP):** Es una evaluación del uso recetado del medicamento contra un conjunto predeterminado de criterios para determinar si el plan de seguro del beneficiario cubrirá el medicamento o la clase de medicamentos.
7. **Aviso anual de cambios (ANOC):** Los CMS requieren un documento que se debe enviar de manera anual a todos los beneficiarios actuales de acuerdo con las instrucciones de los CMS, y que describa los cambios en los beneficios existentes que se esperan para el próximo nuevo año de contrato.
8. **Beneficiario:** Es una persona inscrita en un plan de la Parte D de Medicare de un patrocinador del PBM delegado, también conocido como inscrito o miembro.
9. **CMS:** Son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid.
10. **Código de aclaración de presentaciones (SCC):** Es el elemento de datos del NCPDP mediante el cual se indica que el farmacéutico aclara la presentación del reclamo.
11. **Código de ubicación del paciente (PLC):** Es el valor del sistema tradicional de adjudicación de RxClaim que se relaciona con el código del tipo de servicio de farmacia y del tipo de residencia del paciente.
12. **Código Nacional de Medicamentos (NDC):** El Código Nacional de Medicamentos es un identificador numérico único de 3 segmentos asignado a cada [medicación](#) conforme a la sección 510 de la [Ley Federal de Alimentos, Medicamentos y Cosméticos de los EE. UU.](#)
13. **Comité de P&T:** El Comité de Farmacia y Terapéutica es un comité que, entre otras cosas, evalúa las pruebas disponibles sobre la seguridad, eficacia y efectividad relativas de los medicamentos con receta dentro de una clase de medicamentos con receta y revisa las recomendaciones para el desarrollo de *Formularios de medicamentos*. El comité se reúne, como mínimo, de manera trimestral.
14. **Compuesto de ingredientes múltiples (MIC):** Se refiere a la lógica para la determinación del reembolso y la cobertura de un reclamo que consiste en múltiples ingredientes ensamblados y entregados de manera manual por una farmacia.

15. **Consejo Nacional de Programas de Medicamentos con Receta (NCPDP):** Es un grupo acreditado por el Instituto Nacional Estadounidense de Estándares (ANSI) que mantiene una serie de formatos estándares para que sigan las farmacias minoristas, algunos de los cuales se adoptaron como estándares de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA).
16. **Empleado:** Es todo empleado de tiempo completo, de tiempo parcial, temporal u ocasional del PBM delegado, que incluye pasantes y servicios externos empleados por el PBM delegado, entre otros.
17. **Gestión de la impresión:** Son las unidades de negocios del PBM delegado que se encargan de imprimir algunas notificaciones a los beneficiarios, incluidas las notificaciones de renovaciones de transición a los beneficiarios y a las personas que emiten la receta.
18. **Identificador de productos genéricos (GPI):** Es un sistema de clasificación jerárquica de 14 caracteres creado por Medi-Span. Permite identificar los medicamentos disponibles con receta en los Estados Unidos a nivel de fabricante y píldora.
19. **Medicamentos biosimilares:** Es un producto biológico presentado a la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) para que lo apruebe a través de la vía biológica abreviada creada por la Ley de Cuidado de Salud Asequible. Se debe demostrar que estos productos son muy similares a los productos de referencia; es decir, que no hay diferencias clínicamente significativas entre el producto biológico y el producto de referencia en términos de seguridad, pureza y concentración. Los medicamentos biosimilares tienen diferencias permitidas porque se fabrican con organismos vivos.
20. **Medicamentos que no están en el *Formulario de medicamentos*:** Esto incluye: (a.) los medicamentos de la Parte D que no están en el *Formulario de medicamentos* del patrocinador; (b.) los medicamentos de la Parte D ya aprobados para la cobertura por medio de una excepción una vez que caduca la excepción; y (c.) los medicamentos de la Parte D que se encuentran en el *Formulario de medicamentos* 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 gestión de utilización del patrocinador.
21. **MME:** Es el miligramo de equivalencia de morfina.
22. **Nivel III de costo compartido para bajos ingresos (LICS III):** Es una designación que otorgan los CMS. La designación de elegibilidad para el LICS III de los CMS y los códigos presentados por la farmacia se evalúan para que un reclamo sea elegible para recibir los beneficios del LICS III.
23. **Parte D de Medicare (Parte D):** Es un beneficio de medicamentos con receta de Medicare conforme a la Parte D de la Ley de Seguro Social.
24. **Patrocinador:** Es el patrocinador de la Parte D que tiene contratos con el PBM delegado para prestar los servicios de gestión de los beneficios de farmacia, incluida la implementación de su proceso de transición. También se lo conoce como plan, patrocinador del plan o cliente. **El patrocinador es CLOVER HEALTH.**
25. **PBM delegado:** Es el gerente de los beneficios de farmacia de Clover Health.
26. **PCD:** Se refiere a los medicamentos de clase protegida.
27. **Periodo de TF:** El periodo de renovaciones de transición para los beneficiarios es el número de días especificado por el patrocinador (mínimo 90 días) durante los cuales se aplican los beneficios de transición para los beneficiarios.
28. **Punto de venta (POS):** Es la capacidad que tienen las farmacias minoristas de acceder de manera electrónica a la información de elegibilidad y diseño del plan para procesar y transmitir datos de reclamos de medicamentos en el momento de la compra.

29. **Renovaciones de transición de Medicare (TF):** Es un suministro temporal de un medicamento cubierto de la Parte D según los requisitos de la Parte D de los CMS.
30. **Revisión de la utilización de medicamentos (DUR):** Es la revisión de la utilización de medicamentos que no permite la anulación de determinadas modificaciones de seguridad de la DUR establecidas para rechazar medicamentos en el punto de venta.
31. **RxClaim:** Es el sistema de tecnología de la información del PBM delegado que sirve para procesar y adjudicar reclamos de la Parte D; también se lo conoce como «sistema», «plataforma» o «plataforma del sistema».
32. **Subsidio por bajos ingresos (LIS):** Son las primas, los deducibles o los copagos subsidiados para los cuales los beneficiarios elegibles pueden calificar. También se lo conoce como Extra Help (Ayuda adicional).
33. **Suministro para un mes aplicable:** Es el suministro de transición mínimo que requieren los CMS (a menos que los medicamentos con receta se receten para menos días); el suministro se determina como la cantidad de días presentados para el suministro para un mes aplicable del paquete de beneficios del plan (PBP) presentado a los CMS para el año del plan correspondiente. La aprobación de los CMS determina el suministro para un mes aprobado para los beneficiarios en los entornos de LTC y los que no son de LTC. Se permiten renovaciones múltiples hasta un suministro total de un mes aprobado para adaptar las renovaciones a cantidades menores a las recetadas.
34. **Tipo de residencia del paciente (PR):** Las farmacias recopilan y registran la residencia del paciente en el punto de venta del reclamo.
35. **Tipo de servicio de farmacia (PST):** Es el tipo de servicio que presta una farmacia cuando existen diferentes términos contractuales entre un pagador y la farmacia, o cuando los beneficios se basan en el tipo de servicio prestado.

Procedimiento:

1. El PBM delegado implementa el programa de TF del patrocinador según el diseño de beneficios solicitado por el patrocinador.
 - a. Los suministros de transición se suministran en el POS a aquellos beneficiarios elegibles que se codifican como los siguientes:
 - i. nuevos beneficiarios en el plan tras el periodo de elección coordinada anual
 - ii. nuevos beneficiarios de Medicare elegibles procedentes de otra cobertura
 - iii. beneficiarios que se cambian de un plan de la Parte D a otro tras el inicio de un año de contrato
 - iv. beneficiarios actuales afectados por cambios negativos en el *Formulario de medicamentos* en el año de contrato (incluidos los nuevos requisitos de gestión de la utilización)
 - v. beneficiarios que residen en centros de LTC
 - b. Los límites de suministro de las renovaciones de transición se definen como suministros para días acumulativos calculados en el nivel 14 del identificador de productos genéricos (GPI) y no se basan en la cantidad de renovaciones. Consulte la declaración 16.a, Implementación, para obtener información adicional.
 - c. Los reclamos elegibles para la transición presentados para los beneficiarios del LICS III se procesan según el nivel del LICS del beneficiario y los códigos presentados por la farmacia para determinar si el reclamo recibido se procesará como reclamo de una persona que no tiene LTC, que tiene LICS III o que tiene LTC.

2. El PBM delegado mantendrá una política y un procedimiento de revisión de las TF de la Parte D de Medicare y, si es necesario, modificará el documento al menos una vez al año y cuando se produzcan cambios en el procesamiento.
3. Medicamentos que no están en el *Formulario de medicamentos*.
 - a. Los procedimientos para aplicar la política de transición a los medicamentos que no están en el *Formulario de medicamentos* consisten en que el Comité de P&T del patrocinador apruebe las modificaciones del *Formulario de medicamentos* y de la gestión de la utilización (UM) y las codifique en el sistema de adjudicación para identificar el reclamo elegible para las TF en el POS, de modo que se pueda pagar.
 - b. Los CMS emitieron una guía en la que se indica que no se espera que los patrocinadores de la Parte D incluyan las excepciones al *Formulario de medicamentos* vencidas en sus políticas de transición. Por lo tanto, el PBM delegado no aplicará su política de transición a las excepciones al *Formulario de medicamentos* vencidas, a menos que y hasta que los CMS emitan una guía que exija lo contrario.
 - c. Los procedimientos para la revisión médica y la identificación de alternativas al *Formulario de medicamentos* son los siguientes:
 - i. Clover Health utiliza el PBM delegado para el apoyo de apelaciones operativas, la determinación de cobertura y los procesos y procedimientos de revisión médica para garantizar que los beneficiarios tengan acceso a los procesos de revisión médica de las solicitudes de medicamentos que no están en el *Formulario de medicamentos*.
 - ii. La información sobre las alternativas al *Formulario de medicamentos* terapéuticamente adecuadas se pone a disposición de los beneficiarios y las personas que emiten la receta en caso de que no se determine una necesidad médica afirmativa.
 - iii. Los beneficiarios que se comunican con Atención al Cliente y las farmacias que se comunican con el servicio de asistencia de la farmacia reciben información sobre las alternativas al *Formulario de medicamentos* disponibles cuando se solicitan y son adecuados para la atención de los beneficiarios.
 - iv. Clover Health delega la determinación y redeterminación de la cobertura al PBM delegado; entre las responsabilidades delegadas se encuentra la revisión de los procedimientos para la determinación de cobertura y las excepciones que, en algunos casos, pueden dar lugar a la necesidad de un proceso de transición de un beneficiario a una alternativa terapéuticamente adecuada al *Formulario de medicamentos*.
4. El procesamiento de renovaciones de transición en el POS está disponible y existen procedimientos para extensiones y anulaciones de transición, si es necesario, a través del servicio de asistencia de la farmacia y la Atención al Cliente. La mensajería del POS a las farmacias sobre las renovaciones de transición se aplica de la siguiente manera:
 - a. El sistema de adjudicación del PBM delegado procesa y paga los reclamos elegibles para las renovaciones de transición de manera automática, y envía un mensaje al POS en el que se indica que los reclamos se pagan en virtud de las reglas de las renovaciones de transición.
 - b. Los mensajes sobre las renovaciones de transición a las farmacias se ajustan a los estándares de reclamos de telecomunicaciones del Consejo Nacional de Programas de Medicamentos con Receta (NCPDP) actuales (en el momento de esta publicación, el estándar actual es D.0 y, en adelante, se denominarán «estándares de reclamos de telecomunicaciones actuales del NCPDP»). No se requiere que las farmacias presenten o vuelvan a presentar un código de autorización previa/certificación

médica (APCM), ni otro código específico de renovaciones de transición para los reclamos elegibles para las renovaciones de transición que se deben pagar.

- c. El procesamiento de renovaciones de transición se aplica a los medicamentos con receta nuevos y actuales en el POS, y a través del servicio de asistencia de la farmacia para los nuevos beneficiarios del plan.
 - d. Se mantiene la comunicación educativa con las farmacias de la red durante el año para facilitar la información y las instrucciones sobre las políticas de renovaciones de transición y el procesamiento de reclamos. Las comunicaciones de las renovaciones de transición de la farmacia se distribuyen a través del Departamento de la Red de Farmacias al menos una vez al año, y con más frecuencia según sea necesario.
5. Renovaciones de transición para los beneficiarios nuevos o que renuevan en el entorno que no es de LTC.
- a. En un entorno que no es de LTC, el sistema de adjudicación del PBM delegado procesa y paga los reclamos elegibles para las renovaciones de transición de manera automática, y envía un mensaje al POS en el que se indica que los reclamos se pagan en virtud de las reglas de las renovaciones de transición por un suministro acumulativo para hasta 30 días.
 - b. No se requiere que las farmacias presenten o vuelvan a presentar un código de APCM, ni otro código específico de renovaciones de transición para los reclamos elegibles para las renovaciones de transición que se deben adjudicar y pagar.
 - c. Las renovaciones de transición están disponibles en el POS a través de esta funcionalidad dentro de los primeros 90 días posteriores a la inscripción a partir de la fecha de entrada en vigencia de la inscripción.
 - d. Es posible que los beneficiarios nuevos y los que renuevan en un entorno que no es de LTC tengan mayores límites de cantidad y tiempo del plan en el diseño de beneficios, y serán limitados con respecto a la cantidad recetada.
 - e. Cambio en el nivel de atención que no es de LTC.
En el caso de los residentes que no están en un centro de LTC, no se utilizará una modificación de renovación temprana para limitar el acceso adecuado y necesario a una renovación de transición. Se puede brindar una renovación de transición de manera automática en el POS si el proceso de adjudicación indica un cambio en el nivel de atención de LTC a uno que no es de LTC con una modificación de renovación temprana. De lo contrario, la farmacia llamará al servicio de asistencia de la farmacia del PBM delegado para obtener una anulación que le permita presentar una solicitud de renovación de transición en el nivel de atención.
6. El PBM delegado establecerá el costo compartido según el diseño del plan del patrocinador.
- a. El costo compartido de los medicamentos suministrados como renovación de transición se establece por ley para los beneficiarios del subsidio por bajos ingresos (LIS).
 - b. Para los beneficiarios que no cuentan con el LIS:
 - i. El suministro de transición de medicamentos que no está en el *Formulario de medicamentos* tendrá el mismo costo compartido que se aplicaría a los medicamentos que tienen una excepción al *Formulario de medicamentos*.
 - ii. El suministro de transición para los medicamentos del *Formulario de medicamentos* con una modificación de la gestión de la utilización tendrá el mismo costo compartido que se aplicaría si se cumplen los criterios de gestión de la utilización.

7. Procesamiento de la atención a largo plazo.

En el caso de las renovaciones de transición de LTC, el sistema de adjudicación del PBM delegado procesa y paga los reclamos LTC elegibles para las renovaciones de transición de manera automática, y envía un mensaje al POS en el que se indica que se pagan en virtud de las renovaciones de transición. Se permite que las renovaciones de transición para la LTC sean de un suministro acumulativo para 31 días, excepto los medicamentos sólidos y orales de marca que se limitan a una renovación para 14 días con excepciones según lo requiera la guía de los CMS, a menos que se presenten con un código de aclaración de presentaciones (SCC) del 21 al 36. Los SCC del 21 al 36 indican la entrega del suministro para varios días para la LTC. Se permiten múltiples renovaciones para brindar hasta un total de 31 días de suministro de medicaciones, de acuerdo con el incremento de dispensación aplicable en el entorno de LTC. Estos límites de cantidad y tiempo del plan pueden ser mayores según el diseño del beneficio. No se requiere que las farmacias presenten o vuelvan a presentar un código de APCM, ni otro código específico de renovaciones de transición para los reclamos elegibles para las renovaciones de transición que se deben adjudicar y pagar.

a. suministros de emergencia (ES) de las renovaciones de transición para la LTC

- i. La farmacia presenta un SCC en los reclamos del POS para adaptar las renovaciones de emergencia de los residentes del centro de LTC después de que se haya agotado el suministro para los días de TF nuevo o renovado o haya vencido el periodo de renovaciones de transición (TF), y mientras esté pendiente una excepción o una autorización previa. Los suministros de emergencia de las renovaciones de transición tienen permitido un suministro acumulativo para hasta 31 días, excepto los medicamentos sólidos y orales de marca que se limitan a renovaciones para 14 días con excepciones según lo requiera la guía de los CMS, a menos que se presenten con un SCC del 21 al 36. De otro modo, estos reclamos de medicamentos se rechazarían por no estar en el *Formulario de medicamentos* o por estar en el *Formulario de medicamentos* con autorización previa, terapia escalonada, límite de cantidad o dosis diaria inferior a la dosis máxima etiquetada por la FDA, o por contar con modificaciones por edad secundarias a los beneficiarios que hayan agotado el suministro para los días de TF nuevas o renovadas, o que estén fuera del periodo de TF.
- ii. Se permite el ES para la LTC por día calendario, beneficiario, medicamento, farmacia, plan, y para el suministro acumulativo para hasta 30 días consecutivos según el diseño de beneficios.
- iii. Estos límites de cantidad del plan pueden ser mayores según el diseño de beneficios, y se limitarán con respecto a la cantidad recetada.

b. Cambios en el nivel de atención de LTC

- i. En el caso de los residentes de LTC, la farmacia presenta un SCC para permitir las renovaciones de transición y anular los rechazos de renovaciones de transición elegibles y los rechazos de renovación demasiado temprana de las nuevas internaciones. Las renovaciones de transición de nivel de atención tienen permitido un suministro para hasta 31 días, excepto los medicamentos sólidos y orales de marca que se limitan a renovaciones para 14 días con excepciones según lo requiera la guía de los CMS, a menos que se presenten con un SCC del 21 al 36. De lo contrario, estos reclamos de medicamentos se rechazarían por no estar en el *Formulario de medicamentos* o por estar en el *Formulario de medicamentos* con modificaciones de la gestión de la utilización.
- ii. Se permiten las renovaciones de transición de nivel de atención por día calendario, beneficiario, medicamento, farmacia, plan, y para el suministro de días acumulativos.

iii. La farmacia puede llamar al servicio de asistencia de la farmacia para obtener una anulación si el cambio de una dosis conlleva un rechazo por «renovación temprana» o renovación demasiado temprana en el caso de los beneficiarios que tienen un cambio en el nivel de atención.

iv. Los límites de cantidad del plan pueden ser mayores según el diseño del beneficio, y se limitarán con respecto a la cantidad recetada.

c. Beneficiarios del LICS III

i. Se permite la lógica de procesamiento del LICS III en un reclamo elegible para las TF para un beneficiario que cuenta con el LICS III con los códigos correspondientes presentados por la farmacia.

ii. Los reclamos del LICS III elegibles para las TF tienen permitida la asignación de suministro para días acumulativos establecida para el LICS III por el plan.

8. Las modificaciones de la gestión de la utilización no son elegibles para las TF, ni para el procesamiento de terapia escalonada y autorización previa.

a. El PBM delegado codifica las siguientes modificaciones de gestión de la utilización en medicamentos, de modo que no se aplican las anulaciones de las renovaciones de transición:

i. Medicamentos que requieren determinación de cobertura de la Parte A o B en comparación con la Parte D, tal como se identifica en la base de datos de medicamentos del PBM delegado.

ii. Medicamentos excluidos de los beneficios de la Parte D, tal como se identifica en la base de datos de medicamentos del PBM delegado.

iii. Modificaciones para apoyar la determinación del estado del medicamento de la Parte D.

iv. Se configura el sistema para rechazar las modificaciones de seguridad de la DUR, tales como la duplicación terapéutica, el acetaminofén acumulativo, el miligramo de equivalencia de morfina (MME), la interacción de medicamentos, las alertas de edad.

Las modificaciones de la terapia escalonada, la autorización previa y el límite de cantidad no segura elegibles para las TF se resuelven en el POS.

9. Suministro para días acumulativos.

a. Se permiten múltiples renovaciones de un suministro de 30 días como mínimo de las renovaciones de transición para los suministros entregados con menos de la cantidad recetada o por menos de los días de suministro disponibles según las reglas de transición.

b. En el caso de las modificaciones de la DUR basadas en una dosis diaria máxima recomendada por la FDA, durante el periodo de TF se permiten los reclamos de renovaciones de transición que se entregan a menos de la cantidad recetada debido a esta modificación.

c. El suministro para días acumulativos de TF del PBM delegado se acumula en el nivel 14 del GPI del medicamento y en el tipo de modificación única por parte del beneficiario y en todos los planes (o códigos del plan). Las renovaciones de transición considerarán cada modificación que no esté en el *Formulario de medicamentos* o de la Gestión de la Utilización de Servicios y permitirá las TF para cada modificación única elegible para la renovación de transición en un nivel 14 del GPI. El suministro de emergencia para la LTC y el cambio del nivel de atención de la LTC/los beneficios para nuevos pacientes se acumulan por separado.

d. Estos límites de cantidad del plan pueden ser mayores según el diseño de beneficios, y se limitarán con respecto a la cantidad recetada.

- 10.** El proceso de transición de PBM delegado se codifica de tal manera que, si no se puede distinguir entre una receta nueva para un medicamento que no está en el *Formulario de medicamentos* y una receta actual para un medicamento que no está en el *Formulario de medicamentos* en el POS, el proceso de transición del PBM delegado se aplicará a la receta para un medicamento como si se tratara de un tratamiento farmacológico en curso. Esto se denomina proceso del nuevo beneficiario.
- 11.** Avisos de transición.
- a. En el caso de los patrocinadores que utilizan el PBM delegado para cumplir con los avisos de transición, se envía un aviso de transición por escrito al beneficiario dentro de los tres (3) días hábiles posteriores a la adjudicación de una renovación temporal.
 - b. En el caso de las TF de LTC para medicamentos sólidos y orales de marca limitados a un suministro para 14 días, se enviará un aviso de TF únicamente después de la primera renovación temporal.
 - c. En el aviso se identifica lo siguiente:
 - i. explicación de la naturaleza temporal del suministro de transición brindado al beneficiario
 - ii. instrucciones para trabajar con el PBM delegado y la persona que emite la receta para cumplir con los requisitos de gestión de la utilización, o para identificar las alternativas terapéuticamente equivalentes y adecuadas del *Formulario de medicamentos*
 - iii. una explicación del derecho del beneficiario a solicitar una excepción al *Formulario de medicamentos*
 - iv. una descripción de los procedimientos para solicitar una excepción al *Formulario de medicamentos*
 - d. Clover Health utiliza al PBM delegado para cumplir con los avisos de transición. Se brindan los avisos de transición a las personas que emiten la receta cuando se produce un avisos de renovación de transición del beneficiario. El contenido de este aviso se basa en el contenido del aviso de renovaciones de transición del beneficiario o en el modelo del aviso de los CMS, si se brinda uno. Se hace lo mejor para entregar el aviso a la persona que emite la receta.
- 12.** Disponibilidad de formularios de solicitud de excepción y autorización previa.
- a. En el caso de los patrocinadores que utilizan los servicios de autorización previa y procesamiento de excepciones del PBM delegado, los formularios de solicitud de excepción y autorización previa están disponibles a pedido del beneficiario o de la persona que emite la receta a través de diversos medios, incluidos el correo electrónico, el correo postal, el fax y los formularios publicados en los sitios web del PBM delegado.
 - b. Los patrocinadores que no utilizan al PBM delegado para la determinación de cobertura y las excepciones serán responsables de brindar estos formularios.
- 13.** El proceso de transición del PBM delegado para los nuevos beneficiarios se codifica para aplicarse en todos los años de contrato para aquellos beneficiarios con una fecha de entrada en vigencia de la inscripción al final del plan y que necesitan un suministro de transición por un cambio negativo en el *Formulario de medicamentos*. Estos beneficiarios son elegibles para recibir las TF por un cambio negativo en el *Formulario de medicamentos* desde la fecha en que se inscriben en el año de contrato actual hasta el periodo de TF que comienza el 1 de enero del próximo año del plan.
- 14.** [Se dejó en blanco de manera intencional para mantener la numeración constante entre secciones].
- 15.** Extensiones de transición.
- En el caso de los patrocinadores que utilizan la Atención al Cliente del PBM delegado, la Atención al Cliente del PBM delegado brindará una extensión del periodo de transición, caso por caso, con el fin de adaptar a los beneficiarios que aún esperan la resolución de una solicitud de excepción o autorización

previa pendiente. Las extensiones están disponibles a través del servicio de asistencia o de Atención al Cliente de la farmacia, y del diseño del plan del patrocinador.

- 16.** De acuerdo con el proceso de renovaciones de transición que se ofrece a los nuevos beneficiarios, el PBM delegado ofrece las renovaciones de transición a los beneficiarios que renuevan durante el periodo de TF del año de contrato con un historial de utilización de medicamentos afectados, cuando dichos beneficiarios no se hayan cambiado a un medicamento del *Formulario de medicamentos* terapéuticamente equivalente, o cuando las autorizaciones previas o las excepciones al *Formulario de medicamentos* no se hayan procesado antes del nuevo año de contrato. Esto se aplica en el POS a todos los beneficiarios que renuevan, incluidos los que residen en centros de LTC.
- a.** Las renovaciones de transición para los beneficiarios que renuevan están disponibles durante el periodo de TF para todos los beneficiarios que se vean afectados por un cambio negativo en el *Formulario de medicamentos* en todos los años de contrato. Los beneficiarios que renuevan deben tener un historial de consumo del medicamento para el que se solicita la cobertura.
 - b.** En el caso de estos beneficiarios, el sistema de adjudicación del PBM delegado procesa y paga los reclamos elegibles para las renovaciones de transición de manera automática, y envía un mensaje al POS en el que se indica que se pagan en virtud de las reglas de las renovaciones de transición.
 - c.** Los suministros de transición adicionales están disponibles, caso por caso, a través del servicio de asistencia de la farmacia para garantizar una transición adecuada. No se requiere que las farmacias presenten o vuelvan a presentar un código de APCM, ni otro código específico de renovaciones de transición para los reclamos elegibles para las renovaciones de transición que se deben adjudicar y pagar.
 - d.** Los límites de cantidad y tiempo del plan pueden ser mayores según el diseño del beneficio, y se limitarán con respecto a la cantidad recetada.
- 17.** Control e informes del Programa de Renovaciones de Transición.
- a.** Los procesos de renovaciones de transición se controlan tanto en cada área del programa como en cada área responsable de los procesos de TF. El control del Programa de TF es tanto cuantitativo como cualitativo.
 - b.** Los datos de adjudicación de reclamos de transición se utilizan para producir reclamos de TF pagados de manera estándar e informes de reclamos rechazados para el control cuantitativo del programa. El control del desempeño del programa incluye el informe y el control de todos los tipos de TF: las TF para los beneficiarios nuevos y que renuevan, y las TF para la internación del nuevo paciente y el suministro de emergencia para la LTC.
 - c.** Apoyo y respuesta a las solicitudes de auditoría y otros datos.
 - i.** Las solicitudes de auditoría de datos de las renovaciones de transición de los CMS u otras entidades adecuadas se responden dentro del periodo designado en la solicitud, o tan pronto como sea razonablemente posible, lo que sea más adecuado para el solicitante.
 - ii.** Las solicitudes que no son de urgencia de datos de las renovaciones de transición se responden en un plazo de diez días hábiles. Otros tiempos de respuesta están disponibles caso por caso, según sea necesario.

DECLARACIÓN DE IMPLEMENTACIÓN

A continuación, se muestra un resumen de cómo el proceso de reclamos elegibles conforme a las reglas del sistema de adjudicación de TF en el punto de venta (POS) y el envío manual permiten la anulación de las modificaciones del sistema que, de otro modo, tendrían como consecuencia los reclamos rechazados. El

objetivo de estas reglas del sistema de adjudicación de TF es garantizar que las farmacias puedan resolver y anular las modificaciones elegibles para las TF en el POS con el fin de garantizar el acceso de los beneficiarios a las medicaciones según los requisitos y la guía de la Parte D.

1. El sistema de adjudicación de TF garantiza lo siguiente:

a. Los reclamos elegibles para TF para los medicamentos con receta nuevos y actuales se adjudican de manera automática cuando se presentan en el POS para:

- i.** los nuevos beneficiarios en el plan tras el periodo de elección coordinada anual
- ii.** los nuevos beneficiarios de Medicare elegibles procedentes de otra cobertura
- iii.** beneficiarios que se cambian de un plan de la Parte D a otro tras el inicio de un año de contrato
- iv.** beneficiarios actuales afectados por cambios negativos en el *Formulario de medicamentos* de un año de contrato a otro (incluidos los nuevos requisitos de gestión de la utilización)
- v.** beneficiarios que residen en centros de LTC

b. El procesamiento de renovaciones de transición también está disponible mediante anulaciones manuales a través del servicio de asistencia de la farmacia.

c. El periodo de TF y la revisión de elegibilidad se aplica al reclamo.

El patrocinador brinda la fecha de inicio de elegibilidad del beneficiario al periodo de TF y se basa en el diseño del plan. La lógica de TF no se invoca si un reclamo excede los parámetros de suministros del periodo de TF o de días acumulativos en función de la elegibilidad del beneficiario.

d. El procesamiento de TF permite el suministro transitorio de diferentes dosis de medicamentos. Los beneficios de TF (incluido el suministro para días acumulativos) se elaboran en función del nivel 14 del identificador de productos genéricos (GPI) para permitir el procesamiento de TF de diferentes dosis de un medicamento según las reglas del sistema de TF. Esto garantiza que un beneficiario que toma un medicamento con una dosis única pueda recibir TF por el mismo medicamento o una dosis diferente si se presenta con una nueva receta dentro del periodo elegible para TF.

e. En el caso de los beneficiarios que son nuevos en el plan, los beneficiarios que renuevan durante el periodo de TF y las internaciones del nuevo paciente y el suministro de emergencia para la LTC, se permite la dosis escalonada de las TF, según corresponda, mediante la anulación manual a través del servicio de asistencia de la farmacia del PBM delegado.

f. Solo se permiten los medicamentos de la Parte D de Medicare para las TF.

Se excluye del procesamiento de las TF a los medicamentos que no son de la Parte D de Medicare. Los medicamentos que no son de la Parte D de Medicare se identifican con una «N» en el campo «Medicamentos de la Parte D» en la base de datos de medicamentos del PBM delegado. Esto permite que la lógica del sistema de TF los excluya del procesamiento de renovaciones de transición cuando las farmacias presentan reclamos para estos medicamentos. Los medicamentos cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare y, por lo tanto, potencialmente elegibles para las TF, se identifican con una «S» en el campo Medicamentos de la Parte D en la base de datos de medicamentos del PBM delegado.

g. Los compuestos de ingredientes múltiples se procesan para las TF.

El procesamiento de los medicamentos compuestos de ingredientes múltiples (MIC) de las TF se basa en la condición del *Formulario de medicamentos* del reclamo. Según la configuración del diseño del beneficio de los MIC seleccionada, la condición del *Formulario de medicamentos* del reclamo de los

MIC puede basarse en la condición del *Formulario de medicamentos* del ingrediente más caro presentado o en la condición del *Formulario de medicamentos* del reclamo completo (si todos los MIC se consideran como compuestos del *Formulario de medicamentos* o compuestos que no son del *Formulario de medicamentos*, o solo se consideran los MIC tópicos como compuestos que no son del *Formulario de medicamentos*, y los MIC no tópicos se basan en el ingrediente más caro presentado). Solo los medicamentos que no están en el *Formulario de medicamentos* se procesarán conforme a las reglas de las TF de los MIC. Los protocolos de la terapia escalonada se omiten para los medicamentos con MIC y estos reclamos se pagan fuera de las TF. Las modificaciones de la cantidad vs. tiempo (QvT), la dosis diaria y por edad se pueden omitir para los medicamentos con MIC y los reclamos se pagan fuera de las TF según la configuración del diseño de beneficios. Debido a que los MIC son medicamentos que no están en el *Formulario de medicamentos* y por lo general se cubren solo en virtud de una solicitud de excepción aprobada, a los medicamentos de MIC procesados para TF se les asigna el costo compartido aplicable al nivel de excepción (es decir, el costo compartido aplicable a los medicamentos que no están en el *Formulario de medicamentos* aprobados en virtud de una solicitud de excepción).

Paso 1: la adjudicación del MIC determina el tipo de compuesto; determina si el MIC es un medicamento de la Parte A o B, o de la Parte D. Si se determina que el MIC es un medicamento elegible para la Parte D (no hay ingredientes de la Parte A o B, y hay al menos un ingrediente de la Parte D), se procede al paso 2.

Paso 2: la adjudicación determina la condición del *Formulario de medicamentos* del reclamo del MIC de la Parte D en función del diseño del beneficio; la configuración del beneficio determina si es un medicamento del *Formulario de medicamentos* o no.

- i. Si el plan designó todos los compuestos o solo los compuestos tópicos como compuestos que no son del *Formulario de medicamentos*, se considerará al reclamo completo como no incluido en el *Formulario de medicamentos* y se aplicarán las TF.
- ii. Si el plan basa el estado del *Formulario de medicamentos* en el ingrediente más caro de la Parte D:
 1. Si el ingrediente más caro es un medicamento del *Formulario de medicamentos*, entonces se pagarán todos los ingredientes del MIC de la Parte D a tarifas contratadas.
 2. Si el ingrediente más caro no está en el *Formulario de medicamentos* y es elegible para las TF, entonces se pagarán todos los ingredientes del MIC de la Parte D como TF. La carta de TF hace referencia a este medicamento con receta como un medicamento con receta «compuesto».
 3. Si el ingrediente más caro no es elegible para las TF, se rechazará todo el MIC/no se pagará como TF.

Para el año 2023, Clover Health procesará los reclamos de MIC como compuestos que no están en el *Formulario de medicamentos*. No se omitirán las siguientes modificaciones para los reclamos de MIC: terapia escalonada, QvT, dosis diaria y por edad.

2. Este documento de la política y el procedimiento se actualiza al menos una vez al año antes del periodo de certificación de TF de los CMS con los cambios del proceso previstos para el año siguiente. La política también se actualiza si se necesita realizar cambios adicionales.

3. Los reclamos de los medicamentos que no están en el *Formulario de medicamentos* son elegible para el procesamiento de TF.
- a. Lanzamiento de medicamentos genéricos.
 - i. El medicamento de marca se mantiene como medicamento del *Formulario de medicamentos* cuando se lanza el genérico: En el caso del lanzamiento de un nuevo medicamento genérico, el patrocinador elige si mantener el medicamento de marca en el *Formulario de medicamentos* y no agregar el medicamento genérico. Un beneficiario que tenga el medicamento de marca equivalente en la revisión retrospectiva no será elegible para un obtener las renovaciones de transición del medicamento genérico con la misma formulación si el patrocinador elige no ofrecer las TF. Se enviará un mensaje a la farmacia para que entregue el medicamento de marca. La marca estaría disponible sin necesidad de una TF. Si un beneficiario toma un medicamento de marca, se brindarán renovaciones de transición para el medicamento de marca con un cambio en el *Formulario de medicamentos* para permitir que el beneficiario tenga tiempo suficiente para trabajar con la persona que emite la receta y realice un cambio adecuado a una medicación terapéuticamente equivalente o complete una solicitud de excepción con el fin de mantener la cobertura de un medicamento existente en función de motivos de necesidad médica.
 - ii. Reemplazo inmediato de medicamentos genéricos: En el caso del lanzamiento de un nuevo medicamento genérico, el patrocinador o el PBM delegado, en nombre del patrocinador delegado de las plantillas del *Formulario de medicamentos*, evaluará si el medicamento genérico se agregará de manera inmediata al *Formulario de medicamentos* y se cambiará el medicamento de marca a una condición de medicamento que no está en el *Formulario de medicamentos* no elegible para TF.
 - b. Los beneficiarios con un reclamo actual para un medicamento que requiera un límite de cantidad inferior al límite de cantidad de la dosis histórica del beneficiario serán elegibles para el procesamiento de las TF.
4. Existen capacidades de sistemas para brindar suministros de transición en el POS. No se requiere que las farmacias presenten o vuelvan a presentar un código de APCM, ni códigos específicos de TF para que se adjudique un reclamo elegible para TF.
- a. Notificación del proveedor de farmacia del POS.
 - i. Las farmacias reciben una notificación en el POS en la que se indica que se pagaron los reclamos de acuerdo con las reglas de las TF con el fin de que puedan discutir los próximos pasos con los beneficiarios.
 - ii. La información de procesamiento de TF y las comunicaciones se envían a todas las farmacias de la red. El procesamiento de la información y las comunicaciones de TF incluyen, entre otros: manual del proveedor de farmacia y todas las actualizaciones relacionadas, y el documento de información/los recordatorios de la Parte D de Medicare que se envía anualmente a las farmacias de la red antes del comienzo de cada nuevo año de contrato.
 - iii. Servicio de asistencia de la farmacia (PHD) del PBM delegado: Las farmacias que se comunican con el PHD reciben información oral sobre la disponibilidad, el proceso y los derechos del beneficiario para solicitar una excepción o autorización previa, y cómo presentar una solicitud de TF automatizada.
 - iv. Pago automático de reclamos elegibles para TF.

Cuando los reclamos presentados son elegibles para el pago conforme a las reglas de TF, la lógica del sistema de adjudicación de RxClaim aplica el APCM 22223333444 de TF al reclamo, etiqueta el reclamo como una TF pagada y devuelve el siguiente mensaje en los reclamos de TF pagados. No se requiere que las farmacias presenten o vuelvan a presentar un código de APCM, ni códigos específicos de TF para que se adjudique un reclamo elegible para TF. Los códigos y mensajes relacionados con las TF devueltos a las farmacias con reclamos de TF pagados cumplen con los estándares de reclamos de telecomunicaciones actuales del NCPDP. De acuerdo con estos estándares, el mensaje «Se pagó en virtud de las reglas de las renovaciones de transición» sigue los mensajes del seguro adicional (ADDINS) y de ahorro de medicamentos de marca/genéricos cuando se aplican. De lo contrario, se devuelve el mensaje «Se pagó en virtud de las reglas de las renovaciones de transición» como el primer mensaje en los reclamos de TF pagados. Los reclamos no elegibles para las TF se rechazan y no se pagan según las reglas de TF.

«Se pagó en virtud de las reglas de las renovaciones de transición. No se incluye en el *Formulario de medicamentos*».

«Se pagó en virtud de las reglas de las renovaciones de transición. Se requiere AP».

«Se pagó en virtud de las reglas de las renovaciones de transición. Hay otro rechazo». (Nota: Esto incluye los requisitos de la terapia escalonada, QvT, dosis diaria y edad).

Además de los mensajes al POS mencionados con anterioridad, y de acuerdo con los estándares de reclamos de telecomunicaciones actuales del NCPDP, los siguientes códigos de mensajes de aprobación también se devuelven en los reclamos de TF pagados.

CÓDIGOS DE MENSAJES DE APROBACIÓN DE LAS TF

Códigos de mensajes de aprobación del NCPDP para la farmacia	Estado de las TF
005	El reclamo de TF se paga durante el periodo de transición, pero requiere autorización previa.
006	El reclamo de TF se paga durante el periodo de transición y se lo consideró como no incluido en el <i>Formulario de medicamentos</i> .
007	El reclamo de TF se paga durante el periodo de transición debido a otra circunstancia.
009	El reclamo de TF se paga a través de un caso de renovación de emergencia, pero requiere autorización previa.
010	El reclamo de TF se paga a través de un caso de renovación de emergencia y se lo consideró como no incluido en el <i>Formulario de medicamentos</i> .
011	El reclamo de TF se paga a través de un caso de renovación de emergencia debido a otra circunstancia.
013	El reclamo de TF se paga a través de un caso de cambio en el nivel de atención, pero requiere autorización previa.
014	El reclamo de TF se paga a través de un caso de cambio en el nivel de atención y se lo consideró como no incluido en el <i>Formulario de medicamentos</i> .
015	El reclamo de TF se paga a través de un caso de cambio en el nivel de atención debido a otra circunstancia.

- b. Hay condiciones en las que puede ser necesario que el PHD o el servicio al cliente (CC) del PBM delegado ingresen una anulación manual de TF. Estas situaciones incluyen, entre otros:
- i. El beneficiario que no tiene LTC pasa de un entorno de tratamiento a otro si no se identifica de manera automática a través del proceso de adjudicación.
 - ii. El beneficiario solicitó una excepción y la decisión está pendiente en el momento en que vence el periodo de TF, o se agotó el suministro para días acumulativos de TF.
 - iii. Se necesitan las TF para aumentar la dosis.

c. Cuando se ingresan con el APCM de TF, estas anulaciones de TF se adjudican y etiquetan a través de los mismos procesos que los TF automatizados del POS. El mismo mensaje «Pagado en virtud de la renovación...» se devuelve a las farmacias en las anulaciones manuales de la TF como se devuelve en las reclamaciones automatizadas de la TF pagadas. Se escriben las cartas de TF y se envían al beneficiario para las anulaciones manuales de TF, al igual que las anulaciones del POS.

5. Parámetros de días de suministro de TF y período de tiempo (y días de suministro de LTC para la declaración 7)

a.

Descripción	Suministro para los días de TF
Beneficiarios nuevos y que renuevan	
	<ul style="list-style-type: none"> • Estos límites de cantidad y tiempo del plan pueden ser mayores según el diseño de beneficios, y se limitarán con respecto a la cantidad recetada. • Centro que no es de LTC: Se brinda un suministro acumulativo para hasta 30 días en los primeros 90 días del plan; se permiten varias renovaciones de hasta un suministro acumulado para el mes correspondiente para adaptar las renovaciones a cantidades menores a las recetadas. • Centro de LTC: Se brinda un suministro acumulativo para 31 días en los primeros 90 días en el plan; se limitan los medicamentos sólidos y orales de marca a un suministro para 14 días con excepciones según lo requiera la guía de los CMS, a menos que se presente con un SCC del 21 al 36; se permiten las renovaciones múltiples para un suministro acumulativo para hasta 31 días para adaptar las renovaciones a cantidades menores a las recetadas en los primeros 90 días.

Cambio en el nivel de atención para residentes que no están en un centro de LTC	
<ul style="list-style-type: none"> • Beneficiario dado de alta de un centro de LTC en los últimos 30 días 	<ul style="list-style-type: none"> • Estos límites de cantidad del plan pueden ser mayores según el diseño de beneficios, y se limitarán con respecto a la cantidad recetada. • Centro que no es de LTC: Se permite un suministro para hasta 30 días; se permiten múltiples renovaciones de hasta un suministro acumulativo para 30 días para adaptar las renovaciones a cantidades menores a las recetadas. • Las TF están disponibles en el POS si se identifican a través de la adjudicación; de lo contrario, debe presentar una anulación manual a través del servicio de asistencia de la farmacia caso por caso.
Extensión de TF nueva y renovada	
<ul style="list-style-type: none"> • Beneficiarios nuevos o existentes. • Parámetros del periodo o del suministro para los días de TF fuera del estándar. • Se alcanzaron los parámetros de TF y el beneficiario tiene la decisión de determinación de cobertura/excepción pendiente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estos límites del plan se realizarán con respecto a la cantidad recetada. • Centro que no es de LTC: Se permite el suministro según el diseño del plan del patrocinador, a través de la anulación manual y un suministro adicional según sea necesario mientras esté pendiente la decisión de excepción o de determinación de cobertura. • Centro de LTC: Se permite el suministro según el diseño del plan del patrocinador, a través de la anulación manual y un suministro adicional según sea necesario mientras esté pendiente la decisión de excepción o de determinación de cobertura.

- b. cambio en el nivel de atención para residentes que no están en un centro de LTC
 - i. Para los residentes que no están en un centro de LTC, se puede brindar una renovación de transición de manera automática en el POS si el proceso de adjudicación indica un cambio en el nivel de atención de LTC a uno que no es de LTC y se rechaza el reclamo por ser una renovación demasiado temprana (R79) o una DUR (R88). De lo contrario, la farmacia puede llamar al servicio de asistencia de la farmacia del PBM delegado para obtener una anulación que le permita presentar una solicitud de renovación de transición en el nivel de atención.
 - ii. Un cambio en el nivel de atención de LTC a la atención que no es de LTC se indica en el proceso de adjudicación si el medicamento presentado coincide con un reclamo realizado en los últimos 120 días del historial con un nivel 14 del GPI y un código de ubicación del paciente que indicaba LTC. A los residentes que no están en un centro de LTC se les permite un suministro para hasta 30 días (o más según el diseño de beneficios); se permiten múltiples renovaciones de hasta un suministro acumulativo para 30 días para adaptar las renovaciones a cantidades menores a las recetadas.

6. El sistema de adjudicación garantiza que los costos compartidos aplicados a las TF para los beneficiarios del subsidio por bajos ingresos (LIS) nunca superen los montos máximos de copago establecidos por la ley; y para los beneficiarios que no tienen el LIS, los costos compartidos se basan en uno de los niveles de costos compartidos aprobados por el plan y son compatibles con los que se cobran por los medicamentos que no están en el *Formulario de medicamentos* aprobados en virtud de una excepción de cobertura. El suministro de transición de medicamentos que no está en el *Formulario de medicamentos* tendrá el mismo costo compartido que se aplicaría a los medicamentos que tienen una excepción al *Formulario de medicamentos*, y el suministro de transición para los medicamentos del *Formulario de medicamentos* con una modificación de la UM tendrán el mismo costo compartido que se aplicaría si se cumplen los criterios de la UM.

7. Procesamiento para el entorno de LTC.

- a. Códigos del tipo de la red de farmacias y de residencia del paciente.

Los parámetros de las TF pueden variar según el nivel de la red (o lista de redes) mediante el uso de listas de redes o farmacias. Por lo tanto, se pueden adaptar diferentes suministros para los días de TF para los proveedores minoristas, de envío por correo postal, de atención a largo plazo o de infusión domiciliaria. Los códigos del tipo de servicio de farmacia y de tipo de residencia del paciente en los reclamos presentados se utilizan para identificar la farmacia que presenta el reclamo como farmacia que brinda, o no, LTC con el objetivo de otorgar un reembolso y un suministro para los días de TF aprobado.

- i. Los valores definidos como farmacia de LTC por las operaciones delegadas de la red de farmacias del PBM delegado se transfieren internamente durante la adjudicación de RxClaim al valor del sistema tradicional «código de ubicación del paciente (PLC)» 03.

b. Los límites del suministro para los días acumulativos de TF para LTC se permiten para los reclamos calificados presentados con el servicio de farmacia y los tipos de residencia del paciente que indican LTC.

- i. Se aplica el beneficio de TF para la LTC si se le designa un LICS III al paciente, además del tipo de servicio de farmacia de LTC y del tipo de residencia de LTC del paciente en el reclamo calificado.

c. El suministro de emergencia (ES) para la LTC se permite después de que se agoten los parámetros del suministro de transición y todavía esté pendiente una excepción o determinación de cobertura. La política de transición del ES para la LTC otorga un suministro acumulativo para 31 días, excepto los medicamentos sólidos y orales de marca que se limitan a un suministro para 14 días con excepciones según lo requiera la guía de los CMS, a menos que se presenten con un SCC del 21 al 36.

d. La admisión de pacientes nuevos en la LTC/el cambio de nivel de atención y el suministro de emergencia para la LTC de las TF se basan de manera automática en las reglas específicas de presentación de reclamos del POS. Las farmacias reciben instrucciones sobre cómo presentar correctamente los reclamos calificadoros a través de las actualizaciones del manual del proveedor y las comunicaciones continuas de la red para que estos reclamos se procesen correctamente como TF en las condiciones aplicables para brindar TF para la LTC.

CAMBIO EN EL NIVEL DE ATENCIÓN QUE ES DE LTC Y SUMINISTRO DE EMERGENCIA PARA LA LTC	
Descripción	Suministro para los días de TF
Cambio en el nivel de atención (LOC) que es de LTC El beneficiario reside en el centro de LTC (nueva admisión).	
<ul style="list-style-type: none"> El beneficiario ingresó en el centro de LTC en los últimos 30 días. 	<ul style="list-style-type: none"> Estos límites de cantidad del plan pueden ser mayores según el diseño de beneficios, y se limitarán con respecto a la cantidad recetada. Suministro acumulativo para 31 días, excepto los medicamentos sólidos y orales de marca que se limitan a un suministro para 14 días con excepciones según lo requiera la guía de los CMS, a menos que se presenten con un SCC del 21 al 36. <p>En el POS si se presenta con:</p> <ul style="list-style-type: none"> Código de aclaración de presentaciones 420-DK de valor «18». El código de ubicación del paciente identificado como LTC. Las renovaciones adicionales están disponibles según sea necesario mediante anulaciones manuales de TF a través del servicio de asistencia de la farmacia. Se permiten múltiples renovaciones para adaptarse a los LOC.

	<ul style="list-style-type: none"> • Se permite el LOC de la LTC para las TF por día calendario, beneficiario, medicamento, farmacia, plan, y para el suministro acumulativo para los días dentro del beneficio de LOC de la LTC. • Los beneficiarios nuevos y que renuevan deben haber agotado o excedido el suministro para los días de TF, o el periodo de TF debe haber vencido. • En el caso de los reclamos de LTC, cuando el SCC 18 se aplica la parte primaria de un reclamo de coordinación de beneficios de una transacción para anular la renovación demasiado temprana (RTS) (R79, R88), esa misma anulación de RTS (R79, R88) también se aplicará a la parte secundaria de la transacción. • Si el beneficio del LOC de la LTC se concede y se paga, contará para el beneficio del LOC de la LTC. Los beneficios restantes de TF que son de LTC y los que no son de LTC seguirán disponibles en el periodo de TF. • Si el suministro para los días del reclamo del LOC de la LTC excede el máximo del beneficio del LOC de la LTC, se enviará un mensaje a la farmacia para notificar que el beneficio de TF que son de LTC, o no, restante está disponible a través del periodo de TF.
<p>Suministro de emergencia para la LTC El beneficiario reside en el centro de LTC.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Suministro de emergencia (ES) para la LTC 	<ul style="list-style-type: none"> • Estos suministros pueden ser mayores según el diseño del beneficio, y se limitarán con respecto a la cantidad recetada. • Suministro acumulativo para 31 días, excepto los medicamentos sólidos y orales de marca que se limitan a un suministro para 14 días con excepciones según lo requiera la guía de los CMS, a menos que se presenten con un SCC del 21 al 36. <p>En el POS si se presenta con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Código de aclaración de presentaciones 420-DK de valor «7».

- El código de ubicación del paciente identificado como LTC.
- Se configura un ES de TF para la LTC automático en el POS para permitir un ES cada 30 días consecutivos y se limita a un ES por estadía de LTC. La lógica de adjudicación realiza una revisión retrospectiva de 30 días a partir del día posterior a la fecha de la renovación.
- Se permite el ES para la LTC por día calendario, beneficiario, medicamento, farmacia, plan, y para el suministro de días acumulativos durante un mes.
- Los beneficiarios nuevos y que renuevan deben haber agotado el suministro para los días de TF, o el periodo de TF debe haber vencido mientras había una excepción o autorización previa pendiente.
- Si el beneficio de ES para la LTC se concede y se paga, contará para el beneficio de ES para la LTC. Los beneficios restantes de TF que son de LTC y los que no son de LTC seguirán disponibles en el periodo de TF.
- Si el suministro para los días del reclamo del ES para la LTC excede el máximo del beneficio del ES para la LTC, se enviará un mensaje a la farmacia para notificar que el beneficio de TF que son de LTC, o no, restante está disponible a través del periodo de TF.

e. Admisión de pacientes nuevos en la LTC o el cambio de nivel de atención para los beneficiarios que ingresen o reciban el alta de un centro de LTC: No se utilizará una modificación de renovación temprana para limitar el acceso adecuado y necesario al beneficio de la Parte D, y dichos beneficiarios tendrán acceso a una renovación en el momento del ingreso o del alta.

**NUEVO PACIENTE EN LA LTC Y SUMINISTRO DE EMERGENCIA PARA LA LTC
ANULACIONES DE LAS RENOVACIONES DEMASIADO TEMPRANAS (RTS) Y LA REVISIÓN DE LA
UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS (DUR)**

Descripción	Modificación	Código de rechazo	Punto de venta	Anulación manual disponible
Nuevo paciente de LTC	RTS/opción del plan 15	79	S	S (Si el medicamento se considera como TF, se utiliza la anulación de TF).
Suministro de emergencia para la LTC	RTS/opción del plan 15	79	N	S (Si el medicamento se considera como TF, se utiliza la anulación de TF).
Nuevo paciente de LTC	DUR: opción del plan 30	88	S	S (Si el medicamento se considera como TF, se utiliza la anulación de TF).
Suministro de emergencia para la LTC	DUR: opción del plan 30	88	N	S (Si el medicamento se considera como TF, se utiliza la anulación de TF).

8. Modificaciones de las renovaciones de transición.

a. Las modificaciones de anulación no se aplican durante las TF.

Las anulaciones de las TF no se aplican en el POS, ni manualmente a los medicamentos con límites de dosis basados en el etiquetado máximo de la FDA, a los medicamentos de la Parte A o B vs. los medicamentos de la Parte D que requieren la determinación de cobertura antes de la aplicación de los beneficios de TF, o a los medicamentos sin cobertura de los CMS bajo los beneficios del programa de la Parte D, que incluyen medicamentos que requieren una indicación médicamente aceptada.

i. renovaciones demasiado tempranas (RTS)

La lógica automatizada del sistema de TF para los beneficiarios nuevos y los que renuevan no permite la anulación de las modificaciones de RTS (excepto para la admisión de pacientes nuevos en la LTC o el cambio de nivel de atención). En cambio, se devuelve el rechazo 79 (RTS) a las farmacias cuando los reclamos presentados se encuentran con esta modificación.

ii. modificaciones de seguridad de la DUR

La lógica automatizada del sistema de TF para los beneficiarios nuevos y los que renuevan no permite la anulación de las modificaciones de seguridad de la DUR establecidas para rechazar medicamentos en el punto de venta. En cambio, se devuelve el rechazo 88 (DUR) a las farmacias con las instrucciones adecuadas cuando los reclamos presentados se encuentran con esta modificación.

iii. solo medicamentos de la Parte A o B

La lógica de adjudicación automática de las TF no se aplica a los reclamos de medicamentos solo de la Parte A o B. Todos los medicamentos «solo» de la Parte A o B de Medicare se excluyen de los procesos y el pago de TF en conformidad con las reglas de las TF y se los identifica con una condición de «N» en el campo de condición de «Medicamentos de la Parte D» en la base de datos de medicamentos del PBM delegado. Los medicamentos solo de la Parte A o B rechazan el uso de los códigos de rechazo adecuados y la mensajería estructurada de rechazo de los estándares de reclamos de telecomunicaciones actuales del NCPDP aplicables.

iv. Parte A o B vs. Parte D (A o B vs. D)

Los medicamentos de la Parte A o B vs. Parte D (medicamentos del *Formulario de medicamentos* con una modificación de UM) no reciben TF porque la cobertura está disponible para los medicamentos. Se necesita una determinación para identificar qué cobertura se aplicará al medicamento. Los medicamentos de la Parte A o B vs. Parte D rechazan el uso de los códigos de rechazo adecuados y la mensajería estructurada de rechazo de los estándares de reclamos de telecomunicaciones actuales del NCPDP aplicables. Esto permite que la farmacia o el beneficiario llamen al PBM delegado para que se realice una revisión clínica y se determine la cobertura. El indicador del identificador se puede configurar en la tabla de autorización previa de RxClaim para especificar los medicamentos de la Parte A o B vs. los medicamentos de la Parte D de Medicare. Los reclamos de medicamentos la Parte A o B vs. la Parte D de Medicare se rechazan como A6 (B vs. D), A5 (ni la Parte D ni la B; sin cobertura de la Ley de la Parte D), A4 (este producto puede cubrirse por el pago agrupado de la Parte B de Medicare a un centro de diálisis para la enfermedad renal en fase terminal [ESRD]) o A3 (este producto puede cubrirse por el centro de cuidados paliativos de la Parte A de Medicare). Los números de teléfono a nivel del plan se devuelven en la mensajería de rechazo para los reclamos de los medicamentos del *Formulario de medicamentos* que rechazan las determinaciones de la Parte A o B vs. la Parte D para permitir que las farmacias realicen un seguimiento. Una vez realizada la determinación, si se determina que un medicamento es elegible para la Parte D, se ingresa una AP. Los medicamentos que no están en el *Formulario de medicamentos* en estas categorías, por regla general, no tendrán la cobertura de la Parte A o B ni la Parte D. Por lo tanto, se otorgan las TF para permitir que el inscrito abandone la farmacia con un suministro temporal y trabaje con la persona que emite la receta para identificar una alternativa del *Formulario de medicamentos*.

v. medicamentos excluidos sin cobertura por parte de los CMS en los beneficios del programa de la Parte D

Los CMS requieren que se revisen algunos medicamentos para determinar el estado del medicamento de la Parte D. Estos medicamentos requerirán una indicación médicamente aceptada basada en la etiqueta aprobada por la FDA o en el compendio aprobado por los CMS para determinar si son elegibles para la cobertura de la Parte D. Los beneficiarios pueden solicitar una excepción al *Formulario de medicamentos*. Los medicamentos solo se aprueban para los beneficiarios que presenten un diagnóstico en el que se demuestra que el medicamento se receta para una indicación médicamente aceptada. Los beneficiarios a los que se les niegue una determinación de cobertura (autorización previa o excepción al *Formulario de medicamentos*) recibirán una carta de denegación en la que se indica que el medicamento no es un medicamento de la Parte D. Los beneficiarios tendrán el derecho de apelar la decisión. Si se determina que el medicamento se toma para una indicación médicamente aceptada y es un medicamento de la Parte

D, pero no se cumple con los criterios de gestión de utilización adicionales, se revisa el reclamo para la elegibilidad de las TF y se ingresa una AP, si corresponde.

Se pueden rechazar los medicamentos excluidos por los siguientes motivos:

1. Los medicamentos del *Formulario de medicamentos* se rechazarán por requerir autorización previa (AP) (R75).
2. Los medicamentos que no están en el *Formulario de medicamentos* se rechazarán como medicamentos que no están en el *Formulario de medicamentos* (R70).

b. Modificaciones elegibles para las TF.

Los parámetros de suministros y tiempo de las TF se aplican a los reclamos presentados para los siguientes:

- Medicamentos que no están en el *Formulario de medicamentos*.
- Medicamentos del *Formulario de medicamentos* con autorización previa, terapia escalonada, cantidad vs. tiempo, dosis diaria o modificaciones por edad. La lógica de las TF puede o no aplicarse, según el diseño del beneficio del patrocinador, en situaciones en las que existe una dosis máxima etiquetada por la FDA que no se debe exceder por motivos de seguridad. El siguiente es el orden de procesamiento de los medicamentos a los que se aplican las modificaciones: terapia escalonada, autorización previa, límites de cantidad (incluida la dosis diaria y la edad).

A continuación, se enumeran los tipos únicos de estados de renovaciones de transición.

i. medicamentos que no están en el *Formulario de medicamentos* (NF)

Son los medicamentos sin cobertura en un *Formulario de medicamentos* cerrado. Las TF de los NF anulan un código de rechazo 70 para los medicamentos sin cobertura del NDC (rechazo del plan 70). La sigla NDC hace referencia al Código Nacional de Medicamento.

ii. autorización previa (AP)

Son los medicamentos que tienen cobertura en el *Formulario de medicamentos* pero requieren autorización previa. Las TF con AP anulan un código de rechazo 75 para autorización previa.

iii. terapia escalonada

Los medicamentos del *Formulario de medicamentos* que rechazan los requisitos previos de terapia escalonada pueden ser elegibles para las TF. El procesamiento de TF permite anular el rechazo de terapia escalonada y procesar el reclamo a través de la lógica del programa de terapia escalonada, que se contabilice en el historial de manera adecuada. Se puede generar un aviso de renovaciones de transición de terapia escalonada para esta modificación. En el caso de algunos medicamentos con modificaciones de terapia escalonada en los que el beneficiario obtuvo TF (AP «adquirida» o de tipo 2, lo que significa que se presentó a los CMS como paso solo para nuevos inicios de la terapia), las TF cumplen con los requisitos de terapia escalonada para ese medicamento. Esto significa que el beneficiario ya cumplió con los requisitos escalonados y podrá continuar con la obtención de renovaciones futuras de ese medicamento sin rechazos. En estos casos, las cartas del paso de TF no se envían a los beneficiarios ni a las personas que emiten la receta. El paso de TF anula el código de rechazo de terapia escalonada 608, y se requiere un tratamiento farmacológico alternativo basado en la configuración de beneficios del plan.

iv. límites de cantidad (LC)

Cantidad vs. tiempo (QvT) o máximo de dosis diaria (DD)

Los límites de cantidad de medicamentos se utilizan para establecer las cantidades permitidas para la cobertura de medicamentos seleccionados a valores específicos durante un periodo determinado.

A los fines de las TF, un límite de cantidad se considera un tipo de renovación de transición para los

medicamentos que requieren un suministro limitado de un medicamento que se entregará sobre la base del suministro de días o la cantidad permitida a través del tiempo o las dosis máximas por día.

1. Los medicamentos que, de lo contrario, se rechazarían por límite de cantidad cuando se presentan por más de la cantidad permitida son elegibles para el procesamiento de renovaciones de transición durante el periodo de transición. La lógica del sistema de TF permite anular el rechazo del límite de cantidad y procesar el reclamo a través de la lógica del programa de TF, y que se contabilice en el historial de manera adecuada. Si un reclamo no es elegible para la anulación de TF y se rechazan los límites de cantidad (es decir, se agotó el suministro para los días de TF o se venció el periodo de TF), se continuará con el rechazo de acuerdo con los parámetros de límites de cantidad con el código de rechazo 76. Las TF anulan las modificaciones de «cantidad en el tiempo» que se establecen para contar el historial de renovación continua a lo largo de los años de contrato (configuración del tipo D de la cantidad «periodo hasta la fecha»), o para contar el historial de renovación a partir del 1 de enero de cada año de contrato. Las TF de LC/QvT anulan el código de rechazo 76.

2. Además de las TF para LC/QvT, las TF están disponibles para las modificaciones de medicamentos de DD. Las modificaciones de DD y LC/QvT son mutuamente excluyentes. Si se colocan juntas en el mismo plan, las TF para las modificaciones de LC/QvT tienen prioridad sobre las TF de DD. Las TF de DD anulan el código de rechazo 76.

3. En el caso de las TF de QvT y las limitaciones del plan, establecer una modificación de QvT del NDC del medicamento (opción del plan 10) o un GPI (opción del plan 11) anulará las limitaciones del plan establecidas en las opciones del plan 26.1 y 26.2 del *Formulario de medicamentos preferidos*. Por lo tanto, cuando se permiten las TF por motivos de QvT, también se anulan las limitaciones del plan en los puntos 26.1 y 26.2. Sin embargo, el suministro para los días de TF acumulativos no se anula una vez que se utiliza o agota.

4. En el caso de los cambios en el LC, el sistema verá la modificación del LC en el historial y la comparará con la modificación del LC actual o activa. Si la modificación actual del LC es inferior a la modificación en el historial, la modificación del LC se invalida y el reclamo se procesa a través de la lógica del programa de TF.

v. modificaciones por edad

Las TF están disponible para los medicamentos del *Formulario de medicamentos* que se establecen con modificaciones por edad por motivos de seguridad. Las TF de modificación por edad anulan un rechazo 76.

vi. rechazo de AG

Un rechazo de AG es un rechazo de reclamos debido a la limitación del suministro. Los reclamos presentados para más suministro para los días de TF restantes permitidos se devuelven con un código de rechazo «AG» y el mensaje «Volver a presentar con un suministro de días restantes de XX», donde XX es el número de días acumulativos del suministro de TF restantes permitidos. El código de rechazo «AG» se devuelve como código de rechazo primario, a menos que, según los estándares de reclamos de telecomunicaciones actuales del NCPDP, este rechazo deba seguir los mensajes del seguro adicional (ADDINS) o de ahorro de medicamentos de marca/genéricos cuando se aplican. Los rechazos de AG se devuelven en ambos reclamos iniciales sin TF anteriores en el historial, así como en las presentaciones subsiguientes cuando no se agotaron los días acumulativos del suministro de TF con TF pagadas con anterioridad. Cuando una farmacia reduce el suministro de

días del reclamo y lo vuelve a presentar, se procesan los reclamos elegibles para las TF mediante las reglas de las TF.

vii. Lógica de la medicación envasada irrompible

Los medicamentos cuyo envase fabricado no puede dividirse para la entrega de una receta pueden considerarse como una medicación envasada irrompible para la que se puede entregar el suministro de días de medicación envasada. La intención de esta lógica es garantizar que el beneficiario reciba todo el suministro para los días (DS) de las TF aunque el DS exceda el beneficio máximo, debido al tipo de envase del medicamento. Esta lógica se aplicará si el DS acumulativo de medicación envasada es menor que el beneficio requerido, antes de la renovación actual. Si el DS acumulativo de medicación envasada, incluida la cantidad de renovación actual, excede el beneficio máximo y es la cantidad de un solo envase de medicación, las TF pagarán. Si el DS acumulativo de medicación envasada, incluida la cantidad de renovación actual, excede el beneficio máximo y la cantidad de la renovación actual excede la cantidad de un solo envase de medicación, se enviará un mensaje a la farmacia para que vuelva a solicitar un envase individual de la medicación. El reclamo conservará los mensajes y los rechazos asociados al procesamiento.

viii. nivel de beneficiario/autorizaciones previas (AP) clínicas

Se ingresarán las autorizaciones previas clínicas de nivel de beneficiario para anular todas las modificaciones elegibles para las TF. De lo contrario, se permitirán las TF para cualquier modificación elegible para las TF para la que no se haya ingresado la AP. Cuando una AP clínica/del beneficiario ya existe en el registro del beneficiario para anular todas las modificaciones elegibles para las TF, no se aplica el procesamiento. En esta condición, los reclamos no se procesan porque las cartas de TF y las TF no se envían a los beneficiarios.

c. Procesados sin TF.

Lógica de medicamentos de TE o AP de tipo 2

Las modificaciones de los medicamentos de TE o AP de tipo 2 se presentan a los CMS como paso solo para los nuevos inicios del tratamiento. La lógica de adjudicación del PBM delegado utiliza un periodo mínimo de revisión retrospectiva de 108 días para determinar nuevos inicios. La lógica de medicamentos de TE o AP de tipo 2 pagará el reclamo sin la lógica de las TF, de acuerdo con los criterios del plan, si el patrocinador elige esta lógica. Se aplicará el procesamiento de las TF a todas las modificaciones elegibles para las TF que la lógica de medicamentos de TE o AP de tipo 2 no haya anulado.

9. Antecedentes de reclamos de TF.

Se cuenta todo el historial de un medicamento durante el periodo de transición, independientemente de la farmacia/red de entrega. Los reclamos del POS, ingresados de manera manual y presentados por el beneficiario (en papel) para las redes minoristas, de envío por correo postal, de atención a largo plazo e infusión domiciliaria se cuentan juntos para determinar el suministro de días acumulativos totales para un medicamento. Los límites de suministro para los días de TF se definen como suministros acumulativos basados en los requisitos de suministro para los días de la Parte D que deben garantizar que las renovaciones de los medicamentos elegibles para las TF estén disponibles cuando se entregan las TF con menos de la cantidad recetada secundario a los límites de cantidad debido a la seguridad, o las modificaciones basadas en el etiquetado del producto aprobado; el sistema «cuenta» de manera automática los reclamos anteriores de TF relacionados para permitir que se apliquen los parámetros de acumulación de suministro para los días de TF correctos.

10. Si no se puede distinguir entre una receta nueva para un medicamento que no está en el *Formulario de medicamentos* y una receta actual para un medicamento que no está en el *Formulario de medicamentos* en el POS, el proceso de transición se aplica a una receta nueva para un medicamento que no está en el *Formulario de medicamentos*.

- a. Los beneficiarios que son nuevos en el plan incluyen los nuevos beneficiarios del plan al inicio del año de contrato, los nuevos beneficiarios elegibles procedentes de otra cobertura los y beneficiarios que se cambian de un plan a otro tras el inicio de un año de contrato.

b. Las renovaciones de transición están disponibles en el POS a través del procesamiento de transición en el periodo de TF.

c. Los suministros de transición adicionales están disponibles, caso por caso, a través del servicio de asistencia de la farmacia para garantizar una transición adecuada.

d. Los límites de cantidad y tiempo del plan pueden ser mayores según el diseño del beneficio, y se limitarán con respecto a la cantidad recetada.

11. Clover Health utiliza al PBM delegado para cumplir con los avisos de transición. Las cartas de TF se envían a los beneficiarios en un plazo de tres (3) días hábiles a partir de la adjudicación del reclamo de TF; también se realizan los esfuerzos razonables y óptimos para identificar el domicilio actual de la persona que emite la receta para brindar un aviso de TF a las personas que emiten la receta con el fin de facilitar la transición de los beneficiarios. En el caso de los residentes de un centro de atención a largo plazo a los que se les entregan múltiples suministros de un medicamento de la Parte D en incrementos de 14 días o menos, tal y como exige la guía de los CMS, el aviso por escrito se entregará en un plazo de 3 días hábiles tras la adjudicación del primer suministro temporal. Las cartas de TF se generan a partir de las etiquetas de reclamos y las cartas TF que se extraen en el archivo diario de cartas de TF.

a. Indicadores de etiquetas de cartas y reclamos de TF basados en las modificaciones elegibles para las TF

i. Etiqueta de reclamo de TF: Esta es la etiqueta del sistema de adjudicación aplicada al reclamo cuando se adjudica según las reglas del sistema de TF. Esta etiqueta representa el motivo por el que el reclamo se pagó mediante los procesos de TF y qué modificaciones se anularon por las TF en lugar de rechazarse, tal como sucedería si las TF no estuvieran disponibles. Estas etiquetas pueden representar un solo motivo de TF (p. ej., que no es del *Formulario de medicamentos*, AP, terapia escalonada, límite de cantidad), o también puede representar una combinación de motivos de TF (p. ej., AP con límite de cantidad, que no es del *Formulario de medicamentos* con el límite de cantidad, etc.).

ii. Etiqueta de la carta de TF: Esta etiqueta se utiliza para designar el contenido específico del lenguaje de las cartas de TF para el aviso de TF hacia los beneficiarios y las personas que emiten la receta.

iii. Etiqueta combinada de TF: Esta etiqueta se utiliza para designar el contenido específico del lenguaje de las cartas de TF para el aviso de TF hacia los beneficiarios y las personas que emiten la receta para los patrocinadores que optan por imprimir un escrito para cada modificación anulada por las TF.

b. Archivo diario de cartas de TF

i. Los reclamos de TF pagados se extraen automáticamente a un archivo diario de reclamos de TF. Para cada reclamo de TF pagado, hay un registro correspondiente en el archivo diario de cartas de TF correlacionado, o el registro se guarda en el archivo de excepción interno diario con el motivo por el

cual el registro no se incluye en el archivo de cartas de TF (por ejemplo, se pagó el mismo día/se revocó).

ii. El contenido del archivo de la carta de TF se utiliza para generar la producción de las cartas de TF correspondientes del beneficiario y de la persona que emite la receta.

iii. Las comunicaciones sobre las renovaciones de transición del beneficiario se brindan en otros idiomas (umbral del 5 % de los CMS) cuando el patrocinador lo identifica en las presentaciones de implementación de TF, así como en las comunicaciones con el beneficiario.

12. Clover Health utiliza al PBM delegado para la determinación de cobertura. El PBM delegado pone a disposición formularios de solicitud de excepción y autorización previa a pedido para los beneficiarios, las personas que emiten la receta, las farmacias, entre otros, por una variedad de medios, como correo, fax, correo electrónico, y con el patrocinador a través de su sitio web del plan.

13. El proceso de transición del PBM delegado para nuevos beneficiarios se aplica desde la fecha de inscripción durante el periodo de TF. La fecha de inscripción no tiene que ser el comienzo del año de contrato y puede extenderse a lo largo de los años de contrato para los beneficiarios con una fecha de entrada en vigencia de la inscripción el 1 de noviembre o el 1 de diciembre, o antes, en función de la duración del periodo de TF y en función de quién necesitan acceso a un suministro de transición por un cambio negativo en el *Formulario de medicamentos*.

14. [Se dejó en blanco de manera intencional para mantener la numeración constante entre secciones].

15. Las extensiones TF están disponibles para los beneficiarios nuevos o existentes, y los que tienen o no LTC, a través del PHD o CC. La solicitud se revisa para lo siguiente y se procesa según las instrucciones del patrocinador:

a. Parámetros del periodo o del suministro para los días de TF fuera del estándar.

b. Se alcanzaron los parámetros de TF y el beneficiario tiene la decisión de determinación de determinación de cobertura/excepción pendiente.

16. Transición para beneficiarios actuales.

a. Los beneficiarios que renuevan deben tener un historial de consumo del medicamento que no está en el *Formulario de medicamentos*. La utilización del historial requiere los siguientes criterios:

i. La revisión retrospectiva del historial a partir de la fecha de la renovación actual se especifica como de 180 días en la configuración del plan para identificar el reclamo calificador más reciente.

ii. La revisión retrospectiva del nivel de coincidencia del GPI del historial se especificó como nivel 10 del GPI en la configuración del plan.

iii. Reclamos históricos del mismo medicamento.

1. Se evaluarán los reclamos entrantes de los beneficiarios dentro del periodo de transición de renovación de beneficiarios para determinar si el medicamento que se solicita se vio afectado por un cambio negativo en el *Formulario de medicamentos*.

2. Los cambios negativos en el *Formulario de medicamentos* se evalúan a través de un proceso de adjudicación que compara las modificaciones actuales del *Formulario de medicamentos* para el medicamento que se solicita con las modificaciones históricas del *Formulario de medicamentos* implementadas previamente para el medicamento.

3. La evaluación de los cambios negativos en el *Formulario de medicamentos* se realizará tras la adjudicación en el POS.

ii. Las autorizaciones previas clínicas del beneficiario aún no se efectuaron.

- iii. En los casos en los que el beneficiario reciba una renovación de transición parcial, la lógica garantizará que el suministro de días restantes del beneficiario sea elegible para la renovación de transición durante el periodo de TF.
- b. Los siguientes procesos son opciones que los patrocinadores pueden solicitar al PBM delegado que implemente para los beneficiarios que renuevan:
 - i. Utilice el *Aviso anual de cambios* (ANOC) como aviso anticipado de cualquier cambio en el *Formulario de medicamentos*.
 - ii. Trabajar de manera prospectiva para educar y hacer la transición de los beneficiarios actuales sobre las medicaciones que ya no estarán en el *Formulario de medicamentos* en el nuevo año de contrato o que requerirán autorización previa, terapia escalonada o modificaciones en la gestión de la utilización del límite de cantidad en el nuevo año de contrato.
 - iii. Aconsejar el procesamiento de las autorizaciones previas o las excepciones al *Formulario de medicamentos* antes del 1 de enero de un nuevo año de contrato.
 - iv. De acuerdo con el proceso de renovaciones de transición que se ofrece a los nuevos beneficiarios, el PBM delegado ofrece las renovaciones de transición a los beneficiarios durante los primeros 90 días del año de contrato con un historial de utilización de medicamentos afectados, cuando dichos beneficiarios no se hayan cambiado a un medicamento del *Formulario de medicamentos* terapéuticamente equivalente, o cuando las autorizaciones previas o las excepciones al *Formulario de medicamentos* no se hayan procesado antes del nuevo año de contrato. Esto se aplica a todos los beneficiarios que renuevan, incluidos los que residen en centros de atención a largo plazo.
- c. Se indica al servicio de asistencia de la farmacia del PBM delegado que brinde suministros de transición según el diseño del plan del patrocinador para los beneficiarios que renuevan que tomaban medicaciones en el año de contrato anterior y que no están en el *Formulario de medicamentos* actual. En cada caso, la Atención al Cliente del PBM delegado puede brindar extensiones según las instrucciones del patrocinador para adaptar a los beneficiarios que aún esperan la resolución de solicitudes de excepción o autorización previa.

17. Los informes y el control del desempeño del programa de TF incluyen la producción y la revisión continua de los artículos a continuación:

a. informes del control y las excepciones de los reclamos de TF (informe de control interno del PBM delegado)

Estos informes sirven como controles internos para confirmar que todos los registros de reclamos de TF pagados se extraen al archivo de extracción diario de TF, que se utiliza para elaborar las cartas de TF, o al archivo de excepción.

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

Gestión de la impresión utiliza las revisiones de control de calidad de la impresión de cartas de TF para validar la calidad de la impresión de cartas y la fiabilidad del proceso de fusión de la impresión cuando se realizan cambios en las plantillas o en el proceso.

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

Este archivo sirve para confirmar que hay una carta de TF correspondiente impresa/enviada por correo para cada registro de TF válido recibido de la adjudicación.

d. informes del tiempo de respuesta (TAT) de la carta de TF (informe de control interno y del patrocinador del PBM delegado)

En estos informes se rastrean los días entre los reclamos de TF pagados y las cartas de TF enviadas por correo a los beneficiarios. Se utilizan para controlar la adhesión a los requisitos para enviar cartas de TF al beneficiario en un plazo de tres (3) días hábiles a partir de la adjudicación de TF.

e. archivo de reclamo de TF pagado (informe de control interno y del patrocinador del PBM delegado)

Este archivo permite controlar las TF pagadas para validar que los reclamos se hayan pagado según las reglas de las TF y que se apliquen las etiquetas correctas de las TF durante la adjudicación.

e. archivo de reclamo rechazado (informe de control interno y del patrocinador del PBM delegado)

Los informes de reclamos rechazados diariamente se producen y revisan para el control de reclamos rechazados con el fin de validar si no se deberían haber pagado según las reglas de las TF.

g. simulacros y pruebas de reclamos de TF

RxClaim mantiene la capacidad de procesar los simulacros de reclamos de TF a pedido para probar los reclamos. Esto permite que el servicio de asistencia de la farmacia y los servicios de Atención al Cliente ejecuten reclamos para confirmar los costos asociados, los copagos y cómo los reclamos «en vivo» procesarían y pagarían las TF. Los simulacros de reclamos de TF «pagados» devuelven los mensajes estándar de TF pagadas como los que se devuelven en los reclamos del POS.

ANEXOS/APÉNDICES

N/C