

	Políticas/Procedimientos	No. PH-917	MMM-PHA-POL-380-13-5202020-S
	Proceso de Transición	Fecha de Efectividad	12/11/2008
		Revisión	5/20/2020
		Aprobación Final	Jeanette Melendez Ocasio AVP of Pharmacy

1.0 Propósito

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

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

2.0 Alcance

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

	Políticas/Procedimientos	No. PH-917	MMM-PHA-POL-380-13-5202020-S
	Proceso de Transición	Fecha de Efectividad	12/11/2008
		Revisión	5/20/2020
		Aprobación Final	Jeanette Melendez Ocasio AVP of Pharmacy

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

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

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

3.0 Política

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

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

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

	Políticas/Procedimientos	No. PH-917	MMM-PHA-POL-380-13-5202020-S	
	Proceso de Transición	Fecha de Efectividad	12/11/2008	
		Revisión	5/20/2020	
		Aprobación Final	Jeanette Melendez Ocasio AVP of Pharmacy	

4.0 Definiciones

Término	Definición
Equipo de Cuenta	Punto de contacto principal en el PBM.
Notificación anual de cambios (ANOC)	Documento requerido por CMS que debe ser enviado anualmente a todos los afiliados actuales, de acuerdo a las directrices de CMS, y que describe los cambios en beneficios existentes los cuales se espera sean efectivos para el nuevo año de contrato.
Suministro del mes aplicable	CMS requiere el suministro de transición, como mínimo (a menos que las recetas se escriban por menos días); el suministro se determina como la cantidad de días enviados, para el suministro del mes aplicable del Paquete de Beneficios del Plan (PBP) enviado a CMS para el año del plan correspondiente. La aprobación de CMS determina el suministro del mes aprobado para los afiliados, tanto en la configuración no LTC como en la LTC. Se permiten múltiples despachos hasta un suministro total del mes aprobado para acomodar despachos por cantidades menores a las prescritas.
Equipo de Beneficios	El Departamento de CVS responsable de establecer y darle seguimiento al proceso de transición.
Afiliado Actual	Un afiliado que permanece en un plan con Parte D durante todo un año póliza sin brechas en la cubierta.
CVS Caremark Part D Services, L.L.C. (Servicios de la Parte D):	La subsidiaria de Caremark que provee ciertos servicios de administración de beneficios de farmacia a los planes de la Parte D de Medicare.
Aspectos Relacionados a los Días de Elegibilidad	El aspecto solicitado para redactar reglas basadas en el número de días que un afiliado ha estado suscrito a un plan con Parte D.
DUR	Un análisis del uso de drogas prescritas con el objetivo de garantizar una terapia farmacológica clínicamente apropiada y un cuidado de calidad al paciente; puede realizarse de manera simultánea (entre el momento en que se escribe la receta y comienza la terapia), retrospectivamente (después de dispensar el medicamento) y prospectivamente (antes de que se receten medicamentos para influir en los patrones de uso futuros).
DUM	Manejo de utilización de medicamentos.

	Políticas/Procedimientos	No. PH-917	MMM-PHA-POL-380-13-5202020-S	
	Proceso de Transición	Fecha de Efectividad	12/11/2008	
		Revisión	5/20/2020	
		Aprobación Final	Jeanette Melendez Ocasio AVP of Pharmacy	

Término	Definición
Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA)	La Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA) es la agencia de gobierno responsable de revisar, aprobar y regular productos médicos, incluidos medicamentos farmacéuticos y dispositivos médicos.
Biológico Intercambiable	Un producto biológico intercambiable es biosimilar a un producto de referencia aprobado por la FDA y cumple con los estándares adicionales de intercambiabilidad. Un producto biológico intercambiable puede ser sustituido por el producto de referencia por un farmacéutico sin la intervención médica que prescribió el producto de referencia.
IPG (GPI)	El Indicador de Producto Genérico categoriza los productos fármacos de acuerdo a una estructura de jerarquía por clasificación terapéutica. El IPG define el producto médico farmacéuticamente equivalente que sea idéntico en: ingrediente(s) activo(s), dosis, forma, ruta, intensidad o concentración.
(LIS) Subsidio por bajos ingresos	El programa administrado por la Administración del Seguro Social (SSA) para subsidiar primas, copagos, costos compartidos para afiliados calificados (es decir, Ayuda adicional).
CLP (LTC)	Una variedad de servicios que ayudan a las personas con necesidades de salud o personales y actividades de la vida diaria durante un período de tiempo. La atención a largo plazo se puede proporcionar en el hogar, en la comunidad o en varios tipos de facilidades, incluidos hogares de ancianos e instalaciones de vivienda asistida. La mayoría de los cuidados a largo plazo son de custodia.
MC-21	Entidad delegada para manejar la red de farmacia.
MIC	Compuesto de Múltiples Ingredientes
EMM (MME)	Equivalente en Miligramos de Morfina
NCPDP	Consejo Nacional para Programas de Medicamentos Recetados (National Council for Prescription Drug Programs). Esta es la organización sin fines de lucro que desarrolla los estándares de la industria que establece los parámetros y guías prevalecientes para procesar las reclamaciones/telecomunicaciones de reclamaciones de la Parte D.
Nuevo Afiliado	Los nuevos afiliados de planes con Parte D luego del período establecido de elección, nuevos afiliados elegibles bajo Medicare que provienen de otra cubierta, o individuos que cambian de un plan a otro [Identificación de contrato] luego del inicio del año póliza.
Cuidado que no	Describe las facilidades de ventas al detal, vía correo y de infusiones en

	Políticas/Procedimientos	No. PH-917	MMM-PHA-POL-380-13-5202020-S	
	Proceso de Transición	Fecha de Efectividad	12/11/2008	
		Revisión	5/20/2020	
		Aprobación Final	Jeanette Melendez Ocasio AVP of Pharmacy	

Término	Definición
es Prolongado	el hogar.
NPI	Identificador de Proveedor nacional
Comité P&T	Comité de Farmacia y Terapéutica. Es un comité que, entre otras cosas, evalúa la evidencia disponible sobre la seguridad, eficacia y efectividad de medicamentos dentro de una clase de medicamentos recetados y sus revisiones.
PAMC	Autorización previa / Código de Certificación médica
Medicamento Parte D	Término que se refiere a los medicamentos determinados por Medicare que cuentan para los costos de gastos extra reales para un afiliado a la Parte D.
Código de Localización de Paciente (PLC)	Valor del sistema de adjudicación de RxClaim legacy el cual relaciona el tipo de servicio de farmacia y el tipo de residencia del paciente.
PBM	Administrador del Beneficio de Farmacia
PH-801	Política y Procedimiento de Determinación de Cubierta.
Point of Sale (POS)	Capacidad de las farmacias para acceder electrónicamente al diseño del plan e información de elegibilidad para procesar y transmitir la data de las reclamaciones de medicamentos al momento de la compra.
Pre-Autorización (PA)	Evaluación de un medicamento prescrito la cual usa de referencia un set predeterminado de criterios a fin de determinar si el medicamento / o clase del medicamento será cubierto por el plan de seguro de los afiliados.
QL	Límite de Cantidad
QVT	Cantidad durante un tiempo determinado.
RMU	Unidad de Monitoreo de Rechazo
RxClaim	Sistema de información tecnológica que se utiliza para procesar y adjudicar las reclamaciones de la Parte D; también conocido como “el sistema”, “la plataforma” o “la plataforma de sistema”.
Submission Clarification Code (SCC)	Elemento en la data de NCPDP el cual indica que el farmacéutico está clarificando el sometimiento de las reclamaciones
ST	Terapia Escalonada
Despacho de Transición (TF)	Suplido temporero de un medicamento cubierto por la Parte D de acuerdo a los requisitos de CMS para la Parte D.
Ventana TF	Ventana del afiliado para suplido temporero es el número específico de días (mínimo de 90 días) durante el cual aplica el beneficio de autorización para el afiliado.

	Políticas/Procedimientos	No. PH-917	MMM-PHA-POL-380-13-5202020-S	
	Proceso de Transición	Fecha de Efectividad	12/11/2008	
		Revisión	5/20/2020	
		Aprobación Final	Jeanette Melendez Ocasio AVP of Pharmacy	

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

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

5.0 Responsabilidades

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

	Políticas/Procedimientos	No. PH-917	MMM-PHA-POL-380-13-5202020-S
	Proceso de Transición	Fecha de Efectividad	12/11/2008
		Revisión	5/20/2020
		Aprobación Final	Jeanette Melendez Ocasio AVP of Pharmacy

mediante facsímil, correo electrónico y portales de planes médicos, según sea solicitado.

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

6.0 Procedimiento

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

- 6.1 El sistema de adjudicación de la Parte D de CVS automáticamente procesa y paga las reclamaciones para despachos de transición elegibles y tramita los mensajes POS para informar que los pagos son procesados bajo las reglas de despachos de transición.
- 6.2 Los mensajes sobre despachos de transición a las farmacias son consistentes con los estándares de reclamaciones en Telecomunicaciones NCPDP vigentes (al momento de esta publicación, el estándar actual es D.0 y de ahora en adelante se referirá al mismo como el “Actual Estándar de Reclamación de Telecomunicaciones NCPDP”) e incluye: 1) “Pagado bajo despacho de transición. No es parte del formulario”; 2) “Pagado bajo despacho de transición. Autorización previa (PA) requerida”; y 3) Pagada bajo despacho de transición. Otro tipo de rechazo”, el cual incluye terapia escalonada, límites de cantidad, (cantidad vs. tiempo o dosis diaria) o despacho de transición por motivo de edad. Las farmacias no están obligadas a someter o volver a someter una solicitud de determinación de cubierta, u otro código específico para los despachos de transición para despachos de transiciones elegibles para pago.
- 6.3 El procesamiento de despachos de transición aplica tanto a recetas nuevas como recetas que ya se están utilizando en los Puntos de Ventas.
- 6.4 Los esfuerzos de comunicación y educación con la red de farmacias se llevan a cabo de forma continua a través del año para proveerles la información e instrucciones necesarias sobre las políticas relacionadas a los despachos de transición y el procesamiento de reclamaciones. Por lo menos una vez al año, y con mayor frecuencia de ser necesario, las comunicaciones sobre despachos de transición son distribuidas a través de MC-21.
- 6.5 Aunque no existe ninguna referencia en este documento relacionado a excepciones a formulario expiradas, CMS ha emitido guías en las que indica que no espera que los planes Parte D incluyan en proceso de excepciones al formulario expiradas en su política de transición, MMM Healthcare, LLC y

	Políticas/Procedimientos	No. PH-917	MMM-PHA-POL-380-13-5202020-S
	Proceso de Transición	Fecha de Efectividad	12/11/2008
		Revisión	5/20/2020
		Aprobación Final	Jeanette Melendez Ocasio AVP of Pharmacy

Caremark Part D Services L.L.C no aplicara su política de transición excepciones de formulario expiradas a menos que o hasta que CMS emita alguna guía que requiera lo contrario.

A. Proceso de transición en Escenario de ventas al Detal:

1. MMM Helthcare, LLC provee un despacho temporero de al menos el suplido del mes aplicable (A menos que el afiliado presente una receta escrita por un suministro inferior a un mes, en cuyo caso MMM Healthcare, LLC debe permitir múltiples suplidos para proporcionar hasta un total de un mes de suministro de medicamento) en cualquier momento dentro de los primeros 90 días en que el afiliado se inscribe al plan, comenzando en la fecha de efectividad de la cubierta de la persona inscrita. Si el empaque más pequeño disponible en el mercado excede el suministro del mes aplicable, MMM Healthcare, LLC aun así proveerá un suplido de transición cuando sea requerido.
2. En los casos de personas inscritas con cambios en su nivel de cuidado, se podrá proporcionar un suplido de transición automáticamente en el punto de venta, si el proceso de adjudicación indica un cambio de nivel de atención de LTC a no LTC con un edito de repetición temprana. De lo contrario MMM Healthcare, LLC autoriza el suplido de transición una vez que la farmacia identifica que una reclamación rechazada se refleja en su sistema de adjudicación de reclamaciones, pero que al afiliado se le permitió tener acceso a medicamentos recetados al ser admitido o dado de alta.
3. El período de transición de un afiliado actual cubre el período que va desde el 1 de enero al 31 de marzo del año póliza, con excepción de los afilados nuevos que son elegibles para recibir beneficios de Medicare y cambios en la elegibilidad para el programa de necesidades especiales (SNP). Durante este período de tiempo, a un afiliado actual se le provee con un suplido de transición de un medicamento elegible en cualquier momento que haya evidencia de que lo haya utilizado anteriormente dentro del período retrospectivo establecido de 365 días. La utilización previa del medicamento es confirmada basada en el GPI10 asociado con el medicamento en la reclamación a ser procesada a cualquier reclamación pagada por el afiliado con el mismo número de contrato de CMS PBP ID para el mismo GPI10 dentro de los últimos 365 días. No tener récord de utilización previa dentro del

	Políticas/Procedimientos	No. PH-917	MMM-PHA-POL-380-13-5202020-S	
	Proceso de Transición	Fecha de Efectividad	12/11/2008	
		Revisión	5/20/2020	
		Aprobación Final	Jeanette Melendez Ocasio AVP of Pharmacy	

período retrospectivo establecido excluye la transición de ser extendida al afiliado actual durante la ventana de cambio de plan.

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

MMM Healthcare, LLC proveen acceso continuo a medicamentos de transición elegibles durante la totalidad del período de 90 días de su ventana de transición en el Punto de ventas. Los suplidos de transición de LTC están permitidos para el suministro acumulativo del mes aplicable, excepto los medicamentos sólidos orales de marca que están limitados a 14 días con excepciones según lo requerido por las guías de CMS, a menos que se presenten con un código de clarificación de presentación (SCC) de 21-36. Los códigos SCC 21-36 indican el despacho de LTC en días variables. Si el afiliado presenta una receta prescrita por una cantidad inferior al suministro del mes correspondiente, MMM Healthcare, LLC permite varios suplidos para proporcionar hasta un acumulado del suplido de medicamentos del mes aplicable para acomodar los suplidos por cantidades inferiores a los recetados durante los primeros 90 días de suscripción de un afiliado al plan. Si el empaque más pequeño disponible en el mercado no está alineado a los límites de tiempo, MMM Healthcare, LLC proveerá un suplido por transición cuando así sea requerido.

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

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

	Políticas/Procedimientos	No. PH-917	MMM-PHA-POL-380-13-5202020-S
	Proceso de Transición	Fecha de Efectividad	12/11/2008
		Revisión	5/20/2020
		Aprobación Final	Jeanette Melendez Ocasio AVP of Pharmacy

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

1. Efectuando una transición previa al comienzo del nuevo año póliza.
 - a) MMM Healthcare, LLC pueden identificar proactivamente a afiliados afectados por cambios en el formulario y concederle la autorización (a través de una cláusula de abuelo) del medicamento antes de entrar en un nuevo año póliza, dependiendo del tipo de terapia de medicamento, el impacto que puede tener en la seguridad del afiliado, y la responsabilidad que ha demostrado el afiliado con la terapia para evitar interrupciones.
2. O, proporcionando un proceso de transición en el comienzo del nuevo año póliza.
 - a) Los afiliados que no sean autorizados a través de una cláusula de abuelo son notificados sobre los cambios negativos en el formulario y sobre el proceso de excepciones mediante una versión escrita del formulario y se les proveerá un suplido por transición al comienzo del año de póliza, si aplica.
 - b) MMM Healthcare, LLC notificará al afiliado mediante una notificación anual sobre los cambios negativos en el formulario (incluyendo terapia escalonada y cambios en autorizaciones previas) a lo largo de los años póliza para propósitos de determinar la elegibilidad de un despacho.
 - c) MMM Healthcare, LLC diseña y ejecuta un plan de comunicación anual con los proveedores y farmacias para educarles sobre los nuevos cambios al formulario y cuáles son sus mejores alternativas para la transición. El plan puede incluir comunicaciones enfocadas a proveedores con afiliados afectados por los cambios.
 - d) Cuando estos afiliados no hacen un cambio a las nuevas alternativas del formulario, y visitan una farmacia bajo contrato y reclaman un medicamento que ya no está en el formulario durante el año póliza, aplicarán las disposiciones del Proceso de Transición en el Escenario de Ventas al Detal o del Escenario de Cuidado Prolongado descrito anteriormente.
 - e) El período de transición de un afiliado actual cubre el período que va desde el 1 de enero al 31 de marzo del año póliza, con la excepción de nuevos afiliados elegibles para

	Políticas/Procedimientos	No. PH-917	MMM-PHA-POL-380-13-5202020-S
	Proceso de Transición	Fecha de Efectividad	12/11/2008
		Revisión	5/20/2020
		Aprobación Final	Jeanette Melendez Ocasio AVP of Pharmacy

los beneficios de Medicare y para cambios en el programa de necesidades especiales.

D. Revisiones durante la Transición:

1. CVS implementa revisiones en el proceso de adjudicaciones de las reclamaciones para viabilizar el despacho temporero de medicamentos de transición para los medicamentos de la Parte D. La elegibilidad del afiliado es determinada a base del Elemento de Datos de Elegibilidad. Si un afiliado no es elegible, la reclamación no cumplirá con el criterio de despacho de transición y será debidamente rechazada. La farmacia recibirá un mensaje apropiado en el punto de venta correspondiente para atender la no autorización. Si una reclamación es aprobada bajo el criterio de despacho de transición, se incluirá un mensaje indicando que la reclamación fue pagada de acuerdo a los requisitos de despachos de transición en el punto de venta y se le enviará al paciente y al proveedor una carta aprobada por CMS, según estipulado en la política.
2. Sin embargo, note que los despachos de transición pueden ser rechazados o despachados por una cantidad menor a la indicada en la receta por medidas de seguridad, incluyendo límites en el nivel de cantidad o revisiones en la utilización del medicamento basadas en las etiquetas aprobadas para el producto. En estos casos, se le instruye a la farmacia mediante mensaje a reducir la cantidad y a someter nuevamente la reclamación usando un código para el límite de cantidad. El código permite que se envíe una notificación única advirtiéndole al afiliado sobre el límite en la cantidad del medicamento o las revisiones en la utilización del mismo, según sea requerido.
3. Los despachos de transición proceden para todas las terapias y revisiones de autorizaciones previas en el punto de venta, con excepción de los siguientes editos:
 - a) Revisiones para determinar cubierta Parte A o B vs. Parte D.
 - b) Revisiones para prevenir la cubierta de un medicamento que no de la Parte D (Ej. medicamentos excluidos, medicamentos sin receta u OTC).
 - c) Revisiones para promover la sana utilización de los medicamentos de la Parte D tales como:
 - 1) Editos en reclamaciones de opioides a nivel de afiliado.

	Políticas/Procedimientos	No. PH-917	MMM-PHA-POL-380-13-5202020-S	
	Proceso de Transición	Fecha de Efectividad	12/11/2008	
		Revisión	5/20/2020	
		Aprobación Final	Jeanette Melendez Ocasio AVP of Pharmacy	

- 2) Límites de cantidad basados en la dosis diaria máxima recomendada por la FDA tales como APAP.
- 3) Edits de repeticiones tempranas que no sean el resultado de un cambio en dosis.
- 4) Edits para apoyar el estado de una determinación de un medicamento Parte D.
4. Para aquellos afiliados nuevos que se presenten con una receta la cual representa tratamiento en curso con un medicamento opioide fuera del formulario o un medicamento opioide dentro del formulario estará sujeto al proceso de PA o ST bajo las nuevas reglas de manejo de utilización establecidas por el plan, un suplido temporero podrá ser provisto durante el periodo de transición en acorde con esta sección, siempre y cuando el suplido de transición no exceda los límites a nivel del plan. Edits acumulativos para medicamentos opioides o límites específicos para un afiliado documentados por un plan previamente también se aplica.
5. Todas las revisiones están sujetas a excepciones y apelaciones. Las autorizaciones previas de MMM Healthcare, LLC, solicitudes de excepciones al formulario y la política de transición del plan están disponibles a solicitud para los afiliados, representantes autorizados y médicos a través de correo, facsímil, correo electrónico y portales electrónicos.
6. MMM Healthcare, LLC provee reabastecimiento para recetas de transición despachadas por una cantidad menor a los límites establecidos, edits de seguridad o revisiones en la utilización de medicamentos basadas en las etiquetas aprobadas de los productos. Estas se evalúan de acuerdo a cada caso a través de una determinación de cubierta, de acuerdo al documento PH-801.

E. Periodos de Transición:

1. MMM Healthcare, LLC provee un despacho temporero por única vez de al menos el suplido de medicamento aplicable a un mes (a menos que el afiliado presente una receta por menos del suplido del mes aplicable) cuando el afiliado solicite en la farmacia el despacho de un medicamento que no se encuentra en el formulario durante los primeros 90 días de su cubierta bajo el nuevo plan.
2. MMM Healthcare, LLC provee un suplido temporero en cualquier momento durante los primeros 90 días de suscripción de un afiliado al plan.
 - a) Para los afiliados que se suscriban al plan en cualquier momento durante el año póliza, este requisito aplica al

	Políticas/Procedimientos	No. PH-917	MMM-PHA-POL-380-13-5202020-S
	Proceso de Transición	Fecha de Efectividad	12/11/2008
		Revisión	5/20/2020
		Aprobación Final	Jeanette Melendez Ocasio AVP of Pharmacy

inicio de la fecha de efectividad de la cubierta, y no sólo durante los primeros 90 días del año póliza.

3. Cuando se esté en un proceso de transición de una reclamación PBM o un intercambio, MMM Healthcare, LLC considera a todos los afiliados elegibles para un suplido temporero en cualquier momento durante los primeros 90 días de suscripción de un afiliado al plan, según establecido previamente.

F. Extensiones de Transiciones:

1. MMM Healthcare, LLC sigue brindándole al afiliado los medicamentos que necesite a través de una extensión del período de transición basado en la evaluación de cada caso, si su solicitud de excepción o apelación no ha sido procesada al final del término mínimo del período de transición. La continuidad de la cubierta de farmacia será provista hasta que se realice el cambio a un medicamento apropiado dentro del formulario o se tome una determinación sobre la solicitud de excepción. Se han establecido procedimientos para las extensiones de transiciones y anulaciones en los puntos de venta, y de ser necesario, a través de Asistencia de Farmacia y Servicios al Afiliado (Pharmacy Help Desk and Member Services). Las farmacias no están obligas a, ya sea, someter o volver a someter un código de autorización previa / certificación médica (PAMC), o cualquier otro código específico para suministro de transición para las reclamaciones elegibles a ser pagadas por transición.
2. MMM Healthcare, LLC extienden la política de transición a lo largo de los años póliza si un afiliado se suscribe en el plan con fecha de efectividad del 1 de noviembre o 1 de diciembre y necesita tener acceso a un suplido de transición. Estos afiliados son elegibles para un TF a partir de la fecha en que se afilia al plan. (Es decir noviembre o diciembre 1) a través de la ventana de TF que comienza el 1 de enero del siguiente año.
3. MMM Healthcare, LLC les ofrece orientación a los afiliados afectados sobre cómo proceder luego de que se le provee un abasto temporero para que pueda realizarse una transición apropiada y significativa para cuando concluya el período de transición. Sin embargo, hasta que dicha transición ocurra, ya sea mediante el cambio a un medicamento apropiado dentro del formulario o la determinación de una solicitud de excepción, se proveerá la continuidad del medicamento, además de aquellos casos en que no sean medicamentos que no están cubiertas bajo la Parte D de Medicare.

	Políticas/Procedimientos	No. PH-917	MMM-PHA-POL-380-13-5202020-S
	Proceso de Transición	Fecha de Efectividad	12/11/2008
		Revisión	5/20/2020
		Aprobación Final	Jeanette Melendez Ocasio AVP of Pharmacy

G. Distinción de medicamentos recetados nuevos:

1. MMM Healthcare, LLC aplicarán todos los procesos de transición a los medicamentos de nueva receta para un medicamento que no sea del formulario si no se puede hacer la distinción entre un medicamento de nueva receta para un medicamento que no está incluido en el formulario y una receta de continuidad para un medicamento que no es parte del formulario en un punto de venta.
2. MMM Healthcare, LLC permite a los nuevos afiliados un despacho inicial por transición para aquellas drogas de clase protegida que están sujetas a PA o ST en aquellos nuevos utilizadores los cuales actualmente utilizan la droga. Por lo tanto, cualquier requerimiento de PA o ST para un medicamento de clase protegida para paciente de nuevo comienzo no será aplicable este requisito de que el primer suplido haya sido provisto.

H. Notificaciones de Transición:

1. CVS activa el Modelo de Notificación de Transición, aprobado mediante el proceso de archivo y utilización (File & Use) o al someter una notificación que no sea del Modelo de Transición a CMS para revisión de mercadeo sujeto a una revisión de 45 días, a ser enviada vía correo postal de primera clase de los Estados Unidos dentro de un período de tres (3) días laborables a partir de la fecha de adjudicación a cada afiliado y afiliados de cuidado prolongado que reciben suplidos temporeros de transición. Las notificaciones de transición a los médicos que recetó el medicamento se generan y se envía por correo cuando se produce la notificación del suplido de transición del afiliado. El contenido de esta notificación está basado en el contenido del suplido de transición del afiliado, aprobado por CMS. Se realizan esfuerzos razonables para entregar la notificación al médico.
2. Para los cambios en el nivel de cuidado, MMM Healthcare, LLC envía una notificación escrita a través del correo postal de primera clase de los E.E. U.U. a cada afiliado que reciba suplidos de transición.
3. El texto de la carta a cada afiliado afectado sigue el modelo de lenguaje provisto por CMS e incluye: (1) una explicación que el suplido de transición provisto es temporero (2), instrucciones para trabajar con el plan y el médico del afiliado para satisfacer los requerimientos de manejo de utilización identificar alternativas terapéuticas apropiadas que son parte del formulario; (3) Una explicación con los derechos del afiliado a solicitar una excepción

	Políticas/Procedimientos	No. PH-917	MMM-PHA-POL-380-13-5202020-S
	Proceso de Transición	Fecha de Efectividad	12/11/2008
		Revisión	5/20/2020
		Aprobación Final	Jeanette Melendez Ocasio AVP of Pharmacy

al formulario y,(4) Una descripción de los procesos para solicitar una excepción al formulario.

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

I. Costos Compartidos para los Suplidos Transicionales:

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

J. Notificación pública sobre el Proceso de Transición:

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

K. Intercambio Terapéutico:

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

L. Monitoreo de rechazo:

	Políticas/Procedimientos	No. PH-917	MMM-PHA-POL-380-13-5202020-S
	Proceso de Transición	Fecha de Efectividad	12/11/2008
		Revisión	5/20/2020
		Aprobación Final	Jeanette Melendez Ocasio AVP of Pharmacy

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

M. Monitoreo y Reporte del programa de Abasto de Transición:

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

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

1. Solicitudes de Auditoría para datos sobre suplidos de transición de CMS u otras entidades apropiadas son atendidas dentro del período de tiempo designado en la solicitud; o tan pronto sea razonablemente posible, lo que sea más apropiado para el solicitante.
2. Las solicitudes para datos sobre suplido de transición que no sean urgentes serán atendidas dentro de un período de 10 días laborables. Otros tiempos de respuesta están disponibles tomando en cuenta las necesidades de cada caso.
3. Cada mes de enero, CVS Caremark monitorea las cartas de transición para asegurar exactitud y que el contenido refleje la información correcta. CVS Caremark también revisa los reportes de las reclamaciones e identificar cualquier rechazo que no esté siendo suplido acorde con la política del proceso de transición. El proceso de control de calidad para suplidos de transición continúa

	Políticas/Procedimientos	No. PH-917	MMM-PHA-POL-380-13-5202020-S
	Proceso de Transición	Fecha de Efectividad	12/11/2008
		Revisión	5/20/2020
		Aprobación Final	Jeanette Melendez Ocasio AVP of Pharmacy

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

N. Rol del Comité P&T en la Transición:

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

7.0 Declaración de Implementación:

A continuación, sigue una declaración resumida sobre cómo las reclamaciones elegibles bajo el proceso de adjudicación del sistema TF gobierna sobre puntos de venta (POS) y reclamaciones sometidas manualmente para permitir la anulación de editos del sistema que de otra manera resultarían en reclamaciones rechazadas. El objetivo de estas reglas del sistema de adjudicaciones TF es asegurar que las farmacias puedan resolver y anular ediciones elegibles TF en los puntos de ventas para asegurarle al beneficiario acceso a los requisitos y guías de los medicamentos de la Parte D.

7.1 El sistema de Adjudicación TF garantiza que:

- A. Las reclamaciones TF elegibles para recetas nuevas y vigentes se adjudiquen automáticamente al momento de ser sometidas en el Punto de Venta para:
 1. Los beneficiarios nuevos del plan después del periodo anual de afiliación.
 2. Beneficiarios de Medicare recientemente elegibles de otras cubiertas.
 3. Beneficiarios que cambian de otro plan con Parte D luego del comienzo de del año póliza.

	Políticas/Procedimientos	No. PH-917	MMM-PHA-POL-380-13-5202020-S
	Proceso de Transición	Fecha de Efectividad	12/11/2008
		Revisión	5/20/2020
		Aprobación Final	Jeanette Melendez Ocasio AVP of Pharmacy

4. Beneficiarios actuales afectados por un cambio negativo del formulario (Incluyendo nuevos requisitos de manejo de utilización) de un año póliza a otro.
 5. Beneficiarios que residen en facilidades de Cuidado Prolongado.
 6. Transición de PBM, si aplica.
- B. El procesamiento de solicitudes de transición también está disponible mediante anulación manual a través del Servicio de Asistencia de farmacia para los escenarios detallados más adelante en esta Declaración de Implementación.
- C. El día de elegibilidad TF del beneficiario es proporcionado por el patrocinador y basado en el diseño del plan. La lógica de TF no se aplica si una reclamación excede el tiempo de suplido de transición o parámetros de días de suplido acumulados a base de la elegibilidad del beneficiario.
- D. El procesamiento TF permite la transición de suministros de medicamentos de distintas potencias. Los beneficiarios TF (incluyendo los días de suplido acumulados) están basados en el Identificador de Producto de Medicamento Genérico (GPI) 14, para permitir procesamiento FT de medicamentos de distintas potencias bajo las normas del sistema TF. Esto garantiza que el beneficiario que está tomando un medicamento con una potencia pueda recibir TF para el mismo medicamento con distinta potencia, si este presenta una receta dentro del período elegible TF.
- E. Para beneficiarios nuevos en el plan, beneficiarios renovando durante la ventana de transición y para pacientes con cambios en el nivel de cuidado y suplidos de emergencia, se permite TF para la incrementación de dosis, según apropiada, por invalidación manual a través del Servicio de Asistencia de la Farmacia.
- F. Medicamentos de la Parte D solamente:
Medicamentos que no son Med D están excluidos del procesamiento TF. Medicamentos que no son Med D, están identificados con una “N” en el renglón de “Med D” en la base de datos de CVS Caremark Part D Services, L.L.C. Esto le permite a la lógica del sistema TF a excluir estas del procesamiento de complementación de transición cuando reclamaciones para estos medicamentos son sometidos por las farmacias. Los medicamentos que están cubiertos bajo el beneficio de Medicare parte D y, por lo tanto, potencialmente elegibles para TF, se identifican con una “Y” en el campo de Med D en la base de datos de CVS Part D Service, L.L.C.
- G. Compuestos Multi-ingredientes procesados por TF:
1. Procesamiento TF para medicamentos de Compuestos de Multi-Ingredientes (CMI) está basado en el ingrediente de mayor costo sometido. Sólo medicamentos que no están en el Formulario serán

	Políticas/Procedimientos	No. PH-917	MMM-PHA-POL-380-13-5202020-S
	Proceso de Transición	Fecha de Efectividad	12/11/2008
		Revisión	5/20/2020
		Aprobación Final	Jeanette Melendez Ocasio AVP of Pharmacy

procesados bajo las reglas FT de CMI. Protocolos de terapia escalonada se pueden evitar en casos de medicamentos MIC y estas reclamaciones se pagan fuera del TF. QvT, dosis diaria y cambios por edad no serán anulados para medicamentos MIC y se pagan reclamaciones fuera de TF a base del diseño de beneficios.

2. Para los MIC que son medicamentos fuera del formulario y, en general son cubiertos únicamente en virtud de una solicitud de excepción aprobada, las drogas MIC procesadas para TF se les asigna el costo compartido aplicable al Nivel de excepción (es decir, la parte del costo correspondiente a los medicamentos fuera del formulario aprobadas en virtud de una solicitud de excepción). El suplido de transición MIC para medicamentos dentro del formulario con editos de UM, recibirá el mismo costo compartido que se aplicaría si se cumplen los requisitos de UM.
 - a) Primer paso: La adjudicación de MIC determina el tipo de compuesto; determina si son medicamentos Parte A o B o Parte C. Si el compuesto MIC se determina que es un medicamento elegible de la Parte D (sin ingredientes de la Parte A o B y al menos un ingrediente de la Parte D), entonces proceder al segundo paso.
 - b) Segundo paso: La adjudicación determina el estatus de Formulario del ingrediente más costoso de la Parte D; determina si es del Formulario o no están el en Formulario.
 - c) Si el el ingrediente más costoso es un medicamento dentro de Formulario, entonces todos los ingredientes de la Parte D se pagan en tarifas según contrato.
 - d) Si el ingrediente más costoso no está en el formulario y es elegible para TF, entonces todos los ingredientes de la Parte D en el MIC pagan como TF. La carta de TF se refiere a esta receta como un “compuesto” prescrito.
 - e) Si el ingrediente más costoso no es elegible para TF, el MIC total será rechazado/ no pagado como TF.
Reclamaciones realizadas para un medicamento fuera del formulario son elegibles para TF.
- H. Esta política y procedimiento es actualizada por lo menos anualmente antes del período de atestación de CMS TF con expectativas de cambios para el año siguiente. La política también es actualizada según sea necesario para incorporar cambios adicionales.
- I. Reclamaciones para medicamentos fuera del Formulario son elegibles para el proceso de transición.
 1. Lanzamiento de medicamentos genéricos:

	Políticas/Procedimientos	No. PH-917	MMM-PHA-POL-380-13-5202020-S
	Proceso de Transición	Fecha de Efectividad	12/11/2008
		Revisión	5/20/2020
		Aprobación Final	Jeanette Melendez Ocasio AVP of Pharmacy

- a) Medicamento de Marca es retenido en formulario cuando se lanza un medicamento genérico al mercado; En el evento en que surja un nuevo medicamento genérico, MMM Healthcare, LLC podrá elegir si retiene el medicamento de marca en formulario y no añadir el genérico al formulario.
 - i. Un paciente con un medicamento equivalente de marca en su historial no será elegible para un suplido de transición del medicamento genérico con la misma formulación, si MMM Healthcare, LLC elige no ofrecer el suplido por transición
 - ii. La farmacia recibirá un mensaje para que despache el medicamento de marca. El medicamento de marca deberá estar disponible sin la necesidad de un suplido de Transición.
 - iii. Si el afiliado en la actualidad está tomando un medicamento de marca un suplido de transición por el medicamento de marca con un cambio en el formulario será provisto para permitir tiempo suficiente y trabajar con el medico que prescribe y obtener un cambio apropiado a un medicamento terapéuticamente equivalente o para que se complete una solicitud de excepción para mantener la cobertura existente del medicamento basado en razones de necesidad médica.
2. Sustitución inmediata del medicamento genérico; En el caso en que surja el lanzamiento de un medicamento genérico nuevo al mercado, MMM Healthcare LLC, evaluará si el medicamento genérico será añadido inmediatamente al formulario y el medicamento de marca cambiara a ser un medicamento fuera del formulario que no será elegible al proceso de transición.
- J. Afiliados con reclamaciones de un medicamento con un límite de cantidad menor a la dosis actual del afiliado serán elegibles a un suplido de transición.
- K. Las capacidades del sistema existen para proveer suministros de transición en los Puntos de Ventas. Las farmacias no están requeridas de someter o re-someter un PAMC u otro código específico de TF para que una reclamación TF elegible sea adjudicada.
 1. Notificaciones de Puntos de Ventas de Farmacias Proveedoras:
 - a) Las farmacias son notificadas en los Puntos de Ventas cuando las reclamaciones han sido pagadas bajo las reglas de TF, lo cual procura ayudar a las farmacias a discutir los próximos pasos con los beneficiarios.
 - b) La información de procesamiento TF y comunicaciones son enviadas a todas las farmacias de la red. La información de

	Políticas/Procedimientos	No. PH-917	MMM-PHA-POL-380-13-5202020-S
	Proceso de Transición	Fecha de Efectividad	12/11/2008
		Revisión	5/20/2020
		Aprobación Final	Jeanette Melendez Ocasio AVP of Pharmacy

procesamiento TF y comunicaciones incluidas, no se limitan necesariamente al documento de comunicación TF que es enviado anualmente a las farmacias de la red antes del comienzo de cada Nuevo Año de póliza.

- c) Servicio de Asistencia de Farmacia (SAF): Las farmacias que se comunican con el SAF son informadas verbalmente de la disponibilidad del TF del Beneficiario, los procedimientos y derechos para solicitar autorización previa o excepciones y cómo someter una solicitud automatizada TF.
- d) Pago automático de reclamaciones TF elegibles: Cuando las reclamaciones sometidas son elegibles para el pago bajo las reglas TF, las lógicas del sistema de adjudicación RxClaim aplican el TF PAMC 22223333444 a la reclamación, etiquetan la reclamación como una TF pagada, y devuelven el mensaje a continuación en reclamaciones TF pagadas. Las farmacias no son requeridas a someter o re-someter un Código de Certificación Medica/Autorización Preliminar (PAMC) u otro código específico TF para una reclamación TF elegible para ser adjudicada. Los códigos relacionados TF y mensajes devueltos a las farmacias sobre reclamaciones TF están en cumplimiento con los Estándares de Reclamaciones de Telecomunicaciones Corrientes NCPDP. De acuerdo con estos estándares, el mensaje de “Pago bajo suplido de Transición” / “Paid under transition fill” sigue el mensaje de ADDINS (seguro adicional) y el mensaje de Ahorros de Marcas/Genéricos cuando estos apliquen. De otra manera, el mensaje “Pago Bajo suplido de Transición” / “Paid under transition fill” aparece como el primer mensaje en las reclamaciones TF pagadas. Reclamaciones TF no elegibles son rechazadas y no son pagadas bajo las reglas TF.

"Pagado bajo despacho de transición. Fuera del formulario"
"Pagado bajo despacho de transición. Requiere PA "
"Pagado bajo despacho de transición. Otro tipo de denegación". (Nota: Esta incluye requisitos de Terapia escalonada, QVT, Dosis Diaria y Edad)

	Políticas/Procedimientos	No. PH-917	MMM-PHA-POL-380-13-5202020-S	
	Proceso de Transición	Fecha de Efectividad	12/11/2008	
		Revisión	5/20/2020	
		Aprobación Final	Jeanette Melendez Ocasio AVP of Pharmacy	

Además del mensaje arriba a los Puntos de Ventas y de acuerdo con los Estándares de Reclamaciones de Telecomunicaciones NCPDP Vigentes, los siguientes códigos de mensaje de aprobación son enviados en la reclamación TF pagada.

CODIGOS PARA MENSAJES DE APROBACION TF	
Códigos para Mensajes de Farmacia NCPDP	Condición TF
005	La reclamación TF es pagada durante el periodo de transición, pero necesita una autorización previa
006	La reclamación TF es pagada durante el periodo de transición, y fue considerada como fuera del formulario
007	La reclamación TF es pagada durante el periodo de transición debido a cualquier otra circunstancia
009	La reclamación TF es pagada a través de un escenario de suplido de emergencia, pero requirió autorización previa
010	La reclamación TF es pagada a través de un escenario de suplido de emergencia y fue considerada como fuera del formulario
011	La reclamación TF es pagada a través de un escenario de suplido de emergencia debido a cualquier otra circunstancia
013	La reclamación TF es pagada vía escenario de un cambio en el nivel de cuidado, pero requiere de autorización previa.
014	La reclamación TF es pagada vía escenario de un cambio en el nivel de cuidado y fue considerada como fuera del formulario
015	La reclamación TF es pagada vía escenario de un cambio en el nivel de cuidado debido a cualquier otra circunstancia

	Políticas/Procedimientos	No. PH-917	MMM-PHA-POL-380-13-5202020-S	
	Proceso de Transición	Fecha de Efectividad	12/11/2008	
		Revisión	5/20/2020	
		Aprobación Final	Jeanette Melendez Ocasio AVP of Pharmacy	

Hay condiciones bajo las cuales podría ser necesario para el PHD procesar una anulación manual. Estas situaciones incluyen, pero no necesariamente se limitan a:

- Un beneficiario que no es LTC se mueve del escenario de un tratamiento a otro, si no es identificado automáticamente a través del proceso de adjudicación.
- El beneficiario ha solicitado una excepción y la decisión aún está pendiente al momento en que expira el período TF, o se han agotado los días acumulados para el suplido.
- Necesidad de un TF para un incremento en dosis.

Cuando se entra manualmente con el TF PAMC, estas anulaciones de TF son adjudicadas y clasificadas a través de los mismos procesos que las POS TF automatizadas. El mismo mensaje “Pagado bajo el suplido de transición...” se devuelve a las farmacias con anulaciones TF manuales devueltas en las reclamaciones TF pagadas automáticamente. Cartas TF son generadas y enviadas al beneficiario cuando ocurren anulaciones manuales al igual que las anulaciones TF en los POS.

Abasto de días TF y Parámetros para el Período de Tiempo (y Abasto de Días LTC para el Punto 7).

Miembros Nuevos y Renovaciones	
Descripción	Días de Suministro TF
Nueva afiliación en el Plan	<ul style="list-style-type: none"> •Estos planes de calidad y tiempo pueden ser mayores en el diseño de los beneficios y van a ser determinados por la cantidad recetadas. •Non-TLC: Suplido acumulativo aplicable del mes dentro de los primeros 90 días en el plan; Se permiten múltiples suplidos hasta el suplido acumulativo del mes aplicable para acomodar los suplidos por cantidades menores a las prescritas. •LCT: Suplido acumulado aplicable al mes dentro de los primeros 90 días en el plan, excepto por sólidos de marca oral los cuales están limitados a un suplido de 14 días con la excepción de los requerimientos de las guías de CMS, al menos que se envíe con un formulario SCC 21-36; múltiples despachos para días acumulativos

	Políticas/Procedimientos	No. PH-917	MMM-PHA-POL-380-13-5202020-S	
	Proceso de Transición	Fecha de Efectividad	12/11/2008	
		Revisión	5/20/2020	
		Aprobación Final	Jeanette Melendez Ocasio AVP of Pharmacy	

	aplicables al mes. Este suplido será permitido para permitir despachos por cantidades menores a los prescritos/ los primeros 90 días.
Afiliado renovando	
	<ul style="list-style-type: none"> •Estos límites del plan de cantidad y tiempo pueden ser mayor a basados en el diseño de beneficios y serán limitados a la cantidad recetada. •No-LTC: Suplido acumulativo aplicable al mes, Se permiten múltiples despachos hasta acumular el suplido aplicable a un mes para permitir cantidades menores a las prescritas. •LTC: Suplido de 31 días, excepto por sólidos de marca oral los cuales están limitados a un suplido de 14 días con la excepción de los requerimientos de las guías de CMS, al menos que se envíe con un formulario SCC 21-36; múltiples despachos para días acumulativos para por lo menos 91 días hasta un máximo de 98, consistente con los incrementos de despacho / primeros 90 días.

Extensión TF Nueva y de Renovación	
<ul style="list-style-type: none"> • Afiliados nuevos o existentes • Estándares externos de suministro diario TF o por parámetros de tiempo • Los parámetros TF han sido 	<ul style="list-style-type: none"> • Los límites del plan serán determinados por la cantidad recetada. • Cando no es cuidado prolongado: de acuerdo al diseño del plan del patrocinador, invalidación manual, adicional según se necesite mientras esté pendiente una determinación de excepción o cubierta.

	Políticas/Procedimientos	No. PH-917	MMM-PHA-POL-380-13-5202020-S
	Proceso de Transición	Fecha de Efectividad	12/11/2008
		Revisión	5/20/2020
		Aprobación Final	Jeanette Melendez Ocasio AVP of Pharmacy

alcanzados y el afiliado aún espera por la determinación sobre la excepción/ determinación de cubierta	•LTC: de acuerdo al diseño del patrocinador, invalidación manual, adicional según se necesite mientras esté pendiente una determinación de excepción o cubierta.
--	--

- a) Cambio en el nivel de cuidado para pacientes que no residen en facilidades de cuidado prolongado.
- 1) Pacientes que no residen en facilidades de cuidado prolongado, un suplido de transición puede ser provisto automáticamente en el punto de venta, si el proceso de adjudicación indica un cambio en el nivel de cuidado de una unidad de cuidado prolongado a una unidad que no sea de cuidado prolongado y la reclamación está rechazando por reabastecimiento temprano (R79) o DUR (R88). De otra manera, la farmacia llamará al Centro de Ayuda para Farmacia con el otro propósito de obtener una anulación para someter una solicitud de suplido de transición de acuerdo al nivel de cuidado.
 - 2) Un cambio en el nivel de cuidado de una facilidad de cuidado prolongado a una que no sea de cuidado prolongado es indicado en el proceso de adjudicación si el medicamento que se somete pareo con una reclamación realizada en los 120 días más recientes del historial GPI 14 con el código de residencia del paciente indicando una facilidad de cuidado prolongado. Afiliados que no residente en facilidades de cuidado prolongado se les provee un suplido acumulativo aplicable a un mes (o mayor basado en el diseño de beneficios); reabastecimientos múltiples hasta una cantidad acumulada de un suplido acumulativo aplicable a un mes se permiten para acomodar los reabastecimientos por cantidades menos de las recetadas.
 - 3) El sistema de adjudicación se asegura que se aplica el costo compartido a los TF para que el subsidio de los beneficiarios de bajos ingresos (LIS) nunca exceda en un máximo estatutario establecido para las cantidades de los copagos; y para los beneficiarios que no son LIS, los costos compartidos son basados en niveles de costos aprobados por el plan y es consistente con el que se cobra por medicamentos que no son parte del formulario aprobados bajo la excepción de cubierta., El abasto de transición de medicamentos que no son parte del formulario recibirá el mismo costo compartido que se pagaría por una excepción para medicamentos que no son parte del formulario y medicamentos del formulario con una revisión UM y recibirá el mismo costo compartido que aplicaría luego de que se cumpla con el criterio UM.
- b) Procesamiento para un escenario de cuidado prolongado (LTC):

	Políticas/Procedimientos	No. PH-917	MMM-PHA-POL-380-13-5202020-S
	Proceso de Transición	Fecha de Efectividad	12/11/2008
		Revisión	5/20/2020
		Aprobación Final	Jeanette Melendez Ocasio AVP of Pharmacy

- 1) Códigos para la Red de Farmacia y residencia de pacientes.
 - Los parámetros TF pueden variar por nivel de red (o lista de redes) a través del uso de redes o listas de farmacia. Por lo tanto, abastos de diferentes días se pueden acomodar para venta al detal, correo, cuidado prolongado y/o proveedores de infusión en el hogar. Los códigos de tipo de servicios de farmacia y residencia del paciente en reclamaciones sometidas se usan para identificar la reclamación ya sea como cuidado prolongado o no cuidado prolongado para propósitos de reembolso y para permitir el suplido de días TF.
 - Los valores definidos como pertenecientes a una farmacia de cuidado prolongado por las operaciones de redes de farmacia y MMM y PMC son revisadas internamente durante la adjudicación de RxClaim al valor del sistema de legado “Patient Location Code” (PLC) 03.
- 2) Límites en la cantidad de días acumulados para el suplido TF de cuidado prolongado son permitidos para reclamaciones cualificadas sometidas con tipos de servicios de farmacia y residencia de pacientes designados como que son de cuidado prolongado.
- 3) El abasto de Emergencia LTC es permitido luego de que se agotan o se expiran los parámetros para el abasto de transición para afiliados nuevos y que renuevan y aún está pendiente la determinación sobre la excepción a la cubierta. La política de transición de LTC ES provee para un suplido acumulativo de 31 días, con la excepción de marcas de medicamentos sólidos orales, los cuales están limitados a un suplido de 14 días con excepciones según requerido por las guías de CMS, a menos que sea sometido con una forma SCC 21-36.
- 4) Las admisiones para LTC / cambios en el nivel de cuidado y el suplido de emergencia de cuidado prolongado (LTC) son procesados automáticamente basados en reglas de reclamaciones específicas sometidas en los puntos de venta. A las farmacias se les proveen instrucciones de cómo pueden someter correctamente las reclamaciones que cualifican a través de actualizaciones al Manual de Proveedores y comunicaciones continuas con la red de proveedores para que puedan procesar las reclamaciones correctamente como TF bajo las condiciones aplicables LTC TF.

Admisión de Paciente con Cambios en el Nivel de Cuidado y Suplido de Emergencia de
Cuidado Prolongado

	Políticas/Procedimientos	No. PH-917	MMM-PHA-POL-380-13-5202020-S	
	Proceso de Transición	Fecha de Efectividad	12/11/2008	
		Revisión	5/20/2020	
		Aprobación Final	Jeanette Melendez Ocasio AVP of Pharmacy	

Descripción	Días de Suplido TF
<p>Nueva Admisión de Paciente de Cuidado Prolongado/ Cambio de Nivel de Cuidado Afiado reside en Facilidad de Cuidado Prolongado (Nueva Admisión)</p>	
<ul style="list-style-type: none"> •Afiado admitido a la facilidad de Cuidado Prolongado en los últimos 30 días. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los límites de cantidad de este plan podrían ser mayor basados en el diseño de beneficios y serán limitados por la cantidad prescrita. •Un suplido acumulativo aplicable a un mes, excepto por sólidos orales de marca los cuales están limitados a un suplido de 14 días con la excepción requerida de acuerdo a las guías de CMS, al menos que sean sometidas con un SCC 21-36 En Puntos de Ventas sometidos con: <ul style="list-style-type: none"> • Código de Clarificación de sometimiento 420-DK Valor “18” • Código de ubicación del paciente identificado como LTC •Reabastecimientos adicionales disponibles según necesitados mediante invalidación manual TF a través del Servicio de Asistencia de Farmacia. • Reabastecimientos múltiples permitidos para acomodar Cambios de Nivel de Cuidado (LOC) •Sólo un TF LTC LOC es permitido por día calendario, por Afiado, por medicamento, por farmacia, por plan un suplido de días acumulados dentro de del beneficio LTC LOC definido por el plan. •Solamente permitido cuando ya sea el suministro de los días TF nuevos o de renovación han sido agotados, excedidos o el período de tiempo TF ha expirado, aun cuando los días acumulativos de Cuidado Prolongado no se hayan usado.

	Políticas/Procedimientos	No. PH-917	MMM-PHA-POL-380-13-5202020-S	
	Proceso de Transición	Fecha de Efectividad	12/11/2008	
		Revisión	5/20/2020	
		Aprobación Final	Jeanette Melendez Ocasio AVP of Pharmacy	

	<ul style="list-style-type: none"> • Para las reclamaciones LTC, donde SCC 18 se aplica al lado primario de una transacción única, de coordinación de beneficios para anular la repetición demasiado temprana (RTS por sus siglas en inglés) (R79, R88) esta misma anulación para (R79, R88) también se aplicará al lado secundario de la transacción. • Si el beneficio LTC LOC está comprometido y paga, contará para el beneficio LTC LOC. Los beneficios restantes que no sean LTC o LTC TF seguirán estando disponibles a través de la ventana TF. • Si el suministro de días de la transacción LTC LOC entrante excede el beneficio máximo de LTC LOC, se le enviará un mensaje a la farmacia para notificarle sobre el beneficio restante no LTC o LTC TF disponible a través de la ventana TF.
--	---

Suplido de Emergencia LTC Los afiliados residen en facilidades de cuidado prolongado	
<ul style="list-style-type: none"> • Suplido de emergencia LTC (ES) 	<ul style="list-style-type: none"> • Estos suplidos pueden ser mayores basados en los beneficios diseñados y estarán limitados a la cantidad recetada. • Suplido acumulativo para 31 días, excepto para sólidos orales de marca los cuales están limitados a un suplido de 14 días con excepciones según requeridas por las guías de CMS, al menos que sean sometidas con un SCC 21-36 <p>Sometidos en Puntos de Ventas con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Submission Clarification Code 420-DK Value “7” • Código de ubicación del paciente Identificado como LTC • TF LTC ES automatizado en Puntos de Ventas es ajustado

	Políticas/Procedimientos	No. PH-917	MMM-PHA-POL-380-13-5202020-S	
	Proceso de Transición	Fecha de Efectividad	12/11/2008	
		Revisión	5/20/2020	
		Aprobación Final	Jeanette Melendez Ocasio AVP of Pharmacy	

	<p>por beneficio diseñado para permitir ya sea un complementado (One Time Fill) por Año de Contrato, o uno cada 30 días sucesivos. La lógica de adjudicación verifica retrospectivamente 30 de comenzando el día después de la fecha del suplido.</p> <ul style="list-style-type: none"> • LTC ES es permitido por día calendario, por afiliado, por medicamento, por farmacia, por plan un suplido de días acumulativos durante el mes en curso. • Solamente permitido luego de que un suministro de día TF nuevo o de renovación haya sido agotado, o el período de tiempo TF haya expirado, y mientras esté pendiente una excepción o autorización previa. <ul style="list-style-type: none"> • Si el beneficio LTC LOC está comprometido y paga, contará para el beneficio LTC LOC. Los beneficios restantes que no sean LTC o LTC TF seguirán estando disponibles a través de la ventana TF. • Si el suministro de días en la reclamación LTC LOC entrante excede el beneficio máximo de LTC LOC, se le enviará un mensaje a la farmacia para notificarle sobre el beneficio restante no LTC o LTC TF disponible a través de la ventana TF.
--	---

- 5) La admisión de nuevos pacientes de cuidado prolongado o de cambio en el nivel de cuidado para afiliados que son hospitalizados o dados de alta de una facilidad de cuidado prolongado – las revisiones a los reabastecimientos tempranos no son utilizados para limitar el acceso apropiado y necesario a sus beneficios de la Parte D, y estos afiliados tienen acceso a reabastecimientos una vez son hospitalizados o dados de alta.

NUEVOS PACIENTES DE CUIDADO PROLONGADO SUPLIDO DE EMERGENCIA PARA CUIDADO PROLONGADO REABASTECIMIENTO MUY TEMPRANO (RTS) Y ANULACIONES DE REVISIÓN DE UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS (DUR)

	Políticas/Procedimientos	No. PH-917	MMM-PHA-POL-380-13-5202020-S	
	Proceso de Transición		Fecha de Efectividad	12/11/2008
			Revisión	5/20/2020
			Aprobación Final	Jeanette Melendez Ocasio AVP of Pharmacy

Descripción	Ajuste	Código De Rechazo	Puntos De Ventas	Invalidación Manual Disponible
Paciente con Cambios en el Nivel de Cuidado	RTS/Opción de Plan 15	79	Si	Sí (si el medicamento cualifica como TF, Invalidación de TF usada)
Suministro de Emergencia de Cuidado Prolongado	RTS/Opción de Plan 15	79	No	Sí (si el medicamento cualifica como TF, Invalidación de TF usada)
Paciente con Cambios en el Nivel de Cuidado	DUR- Opción de Plan 30	88	Si	Sí (si el medicamento cualifica como TF, Invalidación de TF usada)
Suministro de Emergencia de Cuidado Prolongado	DUR- Opción de Plan 30	88	No	Sí (si el medicamento cualifica como TF, Invalidación de TF usada)

c) Cambios en Suplidos de Transición:

1) Revisión a las Anulaciones No Aplicadas Durante TF

Las anulaciones TF no se aplican en los puntos de venta, o manualmente a medicamentos con límites de dosis basados en la rotulación máxima establecida por la FDA, medicamentos A o B vs. D que requieren determinación de cubierta antes de la aplicación de los beneficios TF o medicamentos no cubiertos por CMS bajo el programa de beneficios de la Parte D, que incluyen medicamentos que requieren una indicación médica aceptada.

- Reabastecimiento Muy temprano (RTS): La lógica del sistema automatizado para TF para nuevos afiliados y afiliados que renueven su suscripción no permite la anulación de RTS (con la excepción de la hospitalización de un nuevo paciente de cuidado prolongado o de cambio en el nivel de cuidado). En su lugar, la no autorización 79 (RTS) se devuelven a las farmacias cuando en las reclamaciones sometidas se identifica alguna de ellas.
- Edits por Seguridad de Revisión de utilización de Medicamentos (DUR): La lógica del sistema automatizado para beneficios TF para nuevos

	Políticas/Procedimientos	No. PH-917	MMM-PHA-POL-380-13-5202020-S	
	Proceso de Transición	Fecha de Efectividad	12/11/2008	
		Revisión	5/20/2020	
		Aprobación Final	Jeanette Melendez Ocasio AVP of Pharmacy	

afiliados y afiliados que renueven su suscripción no permite la anulación de éditos por seguridad de DUR que estén programados a rechazar en el punto de venta. En su lugar un rechazo 88 (DUR) es devuelto a las farmacias con las instrucciones apropiadas cuando la reclamación sometida identifica este edito.

d) Medicamentos Parte A o B Solamente:

La lógica de la adjudicación automatizada para los beneficios de TF no se aplica a las reclamaciones de medicamentos exclusivos de la Parte A o B solamente. Todos los medicamentos excluidos del proceso de TF y del pago bajo las reglas de TF y del pago bajo las reglas de TF y son identificados con un estatus de “n” en el campo de Med D en la base de datos del PBM. Los medicamentos exclusivos de la parte A o B rechazan usando los códigos de rechazo apropiados y los estándares actuales de reclamaciones de Telecomunicaciones NCPDP.

e) Medicamentos de la Parte A o B vs. Parte D (B vs D):

A los medicamentos de la Parte A o B vs D no se les provee un TF por Parte D para determinar la cobertura apropiada de la Parte A o B vs D. Se necesita una determinación para identificar qué tipo de cobertura se aplicará. Los medicamentos de la Parte A o B vs D rechazan usando los códigos de rechazos apropiados y los estándares actuales de reclamaciones de Telecomunicaciones NCPDP. Las reclamaciones de los medicamentos Parte A o B vs D rechazan como A6 (b vs D), A5 (No D, No B) No está cubierto bajo la ley de medicamentos Parte D) o A4 (Este producto puede ser cubierto bajo el Medicare B Bundled Payment para una facilidad de diálisis ESRD. A3 (Este producto puede estar cubierto bajo Hospicio – A de Medicare). Se le provee a las farmacias número de teléfonos contactos del plan. Esto le permite a la farmacia o al afiliado llamar al PBM delegado para una revisión clínica para determinar si la cubre. El identificador puede ser incluido en la Tabla de Autorización Previa de Reclamaciones de Farmacia (RxClaim) para especificar medicamentos A o B vs D. Medicamentos de la Parte B vs. D y exclusivos de la Parte B denegados usando los códigos de denegación apropiados y los Estándares Actuales de Reclamaciones de Telecomunicaciones NCPDP para estructurar las comunicaciones sobre las denegaciones. Se le provee a las farmacias los números de teléfonos contacto del plan.

f) Medicamentos excluidos no cubiertos por CMS bajo el programa de beneficios de la Parte D:

- 1) CMS requiere que algunos medicamentos sean revisados para determinar el status del medicamento como de la Parte D. Estos medicamentos van a requerir de un diagnóstico medicamento aceptable basado en las indicaciones aprobadas por la FDA o compendios aprobadas por CMS para determinar si son elegibles a no a la parte D para determinar si son elegibles para la cubierta de la Parte D. Los afiliados pueden solicitar una excepción al formulario para estos medicamentos.

	Políticas/Procedimientos	No. PH-917	MMM-PHA-POL-380-13-5202020-S
	Proceso de Transición	Fecha de Efectividad	12/11/2008
		Revisión	5/20/2020
		Aprobación Final	Jeanette Melendez Ocasio AVP of Pharmacy

Los medicamentos sólo serán aprobados para los afiliados que provean un diagnóstico. Los afiliados que tengan una determinación de cubierta denegada (autorización previa o excepción al formulario), recibirán una carta de denegación indicando que su medicamento no es un medicamento elegible para la Parte D. Los afiliados tendrán el derecho de apelar la decisión.

- 2) Si se determina que el medicamento tiene una indicación aceptable por razones médicas y por lo tanto es un medicamento Parte D, pero no cumple con cualquier otro criterio de manejo de utilización, entonces se procede a revisar la reclamación para validar la elegibilidad de TF y se aplica un PA si es apropiado.
- g) Medicamentos excluidos pueden rechazar por las siguientes razones:
 - 1) Medicamentos del formulario denegados por requerir pre-autorización (PA) (R75).
 - 2) Los medicamentos que no sean del formulario serán denegados por no ser parte del formulario (R70).
- h) Revisiones elegibles para TF:
 - 1) Los suplidos bajo TF y los parámetros de tiempo son aplicados a las reclamaciones sometidas para:
 - Medicamentos que no son parte del formulario.
 - Medicamentos del Formulario con autorización previa, terapia escalonada, cantidad vs. tiempo, dosis diaria o revisiones de edad. La lógica para TF puede o no ser aplicada de acuerdo al diseño de beneficios del patrocinador, acciones en donde hay un máximo de dosis estipulado por la FDA que no debe ser excedida por razones de seguridad. A continuación, está el orden de procesamiento para medicamentos en los cuales se aplican revisiones: terapia escalonada; autorización previa; límites de cantidad (incluyendo dosis diaria y edad).
- i) Las condiciones para los tipos específicos de abasto de medicamentos de transición están indicadas abajo.
 - 1) **No es parte del Formulario (Non-formulary -NF)**
Medicamento que no son cubiertos en un formulario cerrado. NF TF anula un código de denegación 70 para NDC No Cubierto (Plan reject 70). Código Nacional de Medicamentos (National Drug Code, NDC).
 - 2) **Autorización Previa (PA):**
Medicamentos que son cubiertos en el formulario, pero requieren de autorización previa. PA TF anula un código de denegación 75 para Autorización Previa.
 - 3) **Terapia Escalonada (ST):**
Medicamentos del formulario que son denegados bajo los pre-requisitos de la terapia escalonada, pueden ser elegibles para TF. El procesamiento TF permite anular la denegación bajo Terapia Escalonada y la reclamación se puede procesar a través del programa de lógica de Terapia Escalonada y colocarla en el historial

	Políticas/Procedimientos	No. PH-917	MMM-PHA-POL-380-13-5202020-S	
	Proceso de Transición	Fecha de Efectividad	12/11/2008	
		Revisión	5/20/2020	
		Aprobación Final	Jeanette Melendez Ocasio AVP of Pharmacy	

apropiadamente. Una notificación de suplido de transición de Terapia escalonada podrá ser generada para este edito. Para algunos medicamentos con revisiones de terapia escalonada (“cláusula de abuelo” o PA Tipo 2 lo que significa que fue sometida a CMS como paso al inicio de nuevas terapias solamente), un TF en sí mismo satisface los requisitos de la terapia escalonada para ese medicamento. Esto significa que el beneficiario ya ha cumplido con los requisitos de la terapia escalonada y que le será posible continuar recibiendo el despacho de ese medicamento sin tener que encontrarse con denegaciones. En estos casos, no se envían cartas TF ni a los beneficiarios ni a los médicos. El paso TF anula la denegación 76/75.

4) Límites de cantidad (QL):

Cantidad vs Tiempo (QvT) o límites en la Dosis Diaria (DD) Máxima de un Medicamento se utilizan para establecer las cantidades permitidas bajo la cubierta de medicamentos seleccionados para especificar valores durante un período de tiempo. Para propósitos de TF, un límite en la cantidad es considerado un tipo de abastecimiento de transición para medicamentos que requieren un suplido limitado del medicamento a ser despachado basado en los días de suplido permitido durante un período de tiempo o dosis máxima por día.

- Medicamento que de otra manera serían denegados por limitaciones en cantidad cuando son sometidos por más de la cantidad permitida son elegibles para el procesamiento de abastecimientos de transición durante el período de transición. El sistema de lógica TF permite anular la denegación por límite de cantidad y la reclamación se puede procesar a través del programa de lógica TF e incluirlo en el historial apropiadamente. Si una reclamación no es elegible para anulación TF y denegación por límite de cantidad (Ej. Se ha agotado el abastecimiento TF o el período de tiempo TF ha expirado), este continuará denegando de acuerdo a los parámetros de límite de cantidad utilizando la Denegación 76. Las anulaciones TF de ediciones “cantidad sobre tiempo” que son establecidas para los años póliza (cantidad “período de la fecha” Tipo D, establecido), o para contar para el historial de despacho empezando el 1 de enero de cada año póliza. QL/QvT TF va por encima de la denegación bajo el código 76.
- Además de TF para QL/QvT, el TF estará disponible para revisiones de medicamentos DD. DD y revisiones QL/QvT son exclusivamente manual. Si en algún momento las dos se establecieran al mismo tiempo en el mismo plan, las revisiones TF para el QL/QvT toman precedencia sobre DD TF. DD TF va por encima de la denegación 76.
- Para QvT TF y el Limitaciones del Plan, un QvT establecido para un medicamento NDC (Opción de Plan 10) y/o GPI (Opción de Plan 11) irán

	Políticas/Procedimientos	No. PH-917	MMM-PHA-POL-380-13-5202020-S	
	Proceso de Transición	Fecha de Efectividad	12/11/2008	
		Revisión	5/20/2020	
		Aprobación Final	Jeanette Melendez Ocasio AVP of Pharmacy	

por encima de las limitaciones del plan que han sido establecidas en las Opciones de Plan 26.1 y 26.2, en el Formulario Preferido. Por lo tanto, cuando se permite el TF por motivo de QvT, las Limitaciones del Plan 26.1 y 26.2 también son anuladas. Sin embargo, el abasto de días acumulados TF no anulan ninguna de las dos una vez sean utilizadas/ estén vencidas.

- Para cambios de QL el sistema buscará en el historial de editos de QL y lo comparará al édito de QL activo/actual. Si el édito actual de QL es menor al édito en el historial el édito de QL será anulado y la reclamación procesará a través de la lógica del programa de transición.

5) Ediciones sobre edad:

TF está disponible para los medicamentos del formulario que tienen ediciones sobre edad por razones de seguridad. Las ediciones sobre edad TF anulan las denegaciones 76.

6) Denegación AG:

Una Denegación AG es una denegación de una reclamación debido a limitaciones en el abasto de días. Las reclamaciones sometidas por más de los días TF permitidos que queden se enviará un mensaje de denegación AG y las instrucciones “Volver a someter para Abasto Diario Restante de XX”, con XX siendo el número del abasto de días acumulados TF permitidos que queden. El código de denegación AG es devuelto como el primer código de denegación, según los Estándares Actuales de Telecomunicaciones NCPDP, esta denegación es requerida para seguir, ya sea ADDINS (seguro adicional) o Ahorros Marca/Genéricos cuando los mensajes apliquen. Las denegaciones AG son devueltas en ambas circunstancias de reclamaciones iniciales sin historial previo de TF, así como formas sometidas subsiguientemente cuando el abasto de días acumulados no ha sido agotado con TF pagado previamente. Cuando una farmacia reduce el suplido de días reclamado y vuelve a someter una reclamación, el proceso de reclamación elegible TF se sostiene en el proceso.

7) Lógica inquebrantable sobre medicamentos re-empacados.

Los medicamentos cuyo empaque de manufacturero no permite ser divididos para el despacho de una receta, pueden ser considerados como un medicamento con pre-empaque inquebrantable. El propósito de esta lógica es para asegurar que el afiliado reciba en suplido diario TF completo, a pesar de que el suplido diario exceda el beneficio máximo, debido al tipo de empaque del medicamento. Esta lógica aplicara si los días de suplido acumulativos de medicamentos de reempaque es menor que el beneficio requerido antes del suplido actual. Si los días acumulados del medicamento de reempaque incluyendo la cantidad de suplido actual exceden el máximo del beneficio, y es la cantidad de un solo empaque de medicamento, el TF pagará. Si los días de suplido acumulativos de

	Políticas/Procedimientos	No. PH-917	MMM-PHA-POL-380-13-5202020-S
	Proceso de Transición	Fecha de Efectividad	12/11/2008
		Revisión	5/20/2020
		Aprobación Final	Jeanette Melendez Ocasio AVP of Pharmacy

los medicamentos de reempaque, incluyendo la cantidad actual de suplido excede la cantidad máxima del beneficio, y la cantidad del suplido actual es menor o igual a la cantidad de medicamento de un solo empaque, la farmacia recibirá un mensaje el cual le indicará volver a re someter para un solo empaque del medicamento. La reclamación conservara el mensaje y los rechazos asociados con el proceso.

8) Nivel de Afiliado/Autorizaciones Clínicas Previas:

Las Autorizaciones previas para niveles de afiliados se entrarán al sistema para anular todas las ediciones TF elegibles. De otra manera, se permitirá una edición elegible para un TF para el cual una PA no ha sido entrada al sistema. Cuando ya existe una PA clínica/ para afiliado en el expediente del beneficiario para invalidar las ediciones TF elegibles, el procesamiento de TF no aplica. Bajo esta condición, las reclamaciones no se procesan como TF y no se envías cartas TF a los beneficiarios.

9) Proceso de medicamentos sin TF:

Lógica para los medicamentos con PA-ST Tipo 2:

- Los Edito de medicamentos con PA-ST Tipo 2 son editos sometidos a CMS para los pacientes nuevos en la terapia solamente. La lógica de adjudicación utiliza un periodo retrospectivo de 365 días para identificar si es un afiliado de nuevo comienzo en la terapia. Esta la reclamación sin que tenga que pasar por TF. El proceso de TF se aplicará a cualquier edito elegible para TF que la lógica de medicamentos PA_ST no haya anulado.

10) Historial de Reclamaciones TF:

- Todo historial para un medicamento durante el período de transición se cuenta, sin importar la farmacia o red que despachó.
- Reclamaciones del punto de ventas, entradas manualmente o sometidas por parte del beneficiario (a papel) para redes de Ventas al detal, correo, cuidado prolongado o infusión en el hogar se cuentan juntas para determinar la cantidad total de días acumulados para el suplido de un medicamento.
- Los límites para el suplido de días TF están definidos como suplidos acumulados basados en los requisitos para suplidos diarios de la Parte D para asegurar que los reabastecimientos de medicamentos elegibles TF están disponibles cuando se despache un TF en una cantidad menor que los límites de cantidad escritos de forma secundaria debido a razones de seguridad o revisiones basadas en la etiqueta aprobado del producto; el sistema automáticamente cuenta las reclamaciones TF previas para

	Políticas/Procedimientos	No. PH-917	MMM-PHA-POL-380-13-5202020-S
	Proceso de Transición	Fecha de Efectividad	12/11/2008
		Revisión	5/20/2020
		Aprobación Final	Jeanette Melendez Ocasio AVP of Pharmacy

viabilizar la aplicación correcta de los parámetros del suplido acumulativo de días TF.

- Si no se puede hacer la distinción entre un medicamento recetado nuevo que no esté en el formulario y la receta de un medicamento de uso continuo que no está en el formulario en el punto de venta, el proceso de transición aplica al medicamento nuevo que no es parte del formulario.
 - i. Afiliados nuevos en el plan incluyen: Nuevos beneficiarios en el plan al comenzar el nuevo año póliza; nuevos afiliados elegibles de otra cubierta; y afiliados que han cambiado de un plan a otro luego de haber comenzado el año póliza.
 - ii. Los suplidos de transición están disponibles en los puntos de venta a través del proceso de transición durante la ventana de TF.
 - iii. Suministros adicionales de transición estarán disponibles basados en una revisión caso por caso a través del Pharmacy Help Desk para asegurar una transición adecuada.
 - iv. Los límites de cantidad y tiempo del plan podrán ser mayores basados en el diseño del beneficio y estarán limitados por la cantidad prescrita.
 - v. Para los patrocinadores que utilizan CVS Caremark Part D Services, L.L.C. para cumplir con las notificaciones de transición, cartas TF serán enviadas a los beneficiarios dentro de un período de tres (3) días laborables desde que se adjudique la reclamación TF; además se realizan los mejores esfuerzos razonables para identificar la dirección/información de contacto actual del médico que hizo la receta y proveerle notificaciones a los suscriptores TF para facilitar la transición de beneficiarios. Para los residentes en facilidades de cuidado prolongado a quienes se les hayan despachado suministros múltiples de medicamentos de la Parte D en incrementos de 14 días o menos según requerido por las guías de CMS, la notificación escrita será provista dentro de 3 días laborables luego de la adjudicación de sólo el primer suplido temporero. Las cartas TF son desarrolladas a partir de las Etiquetas de Cartas y Reclamaciones TF que son obtenidas del Archivo de Cartas TF.

11) Reclamaciones TF e indicadores de Etiquetas de cartas Basados en Ediciones Elegibles a TF.

- Etiqueta de Reclamación TF: Esta es la etiqueta del sistema de adjudicación aplicada a la reclamación cuando es adjudicada bajo las reglas del sistema TF. Esta etiqueta representa la razón por la cual se pagó la reclamación bajo los procesos TF y qué revisiones fueron anuladas por

	Políticas/Procedimientos	No. PH-917	MMM-PHA-POL-380-13-5202020-S	
	Proceso de Transición	Fecha de Efectividad	12/11/2008	
		Revisión	5/20/2020	
		Aprobación Final	Jeanette Melendez Ocasio AVP of Pharmacy	

TF en lugar de ser denegadas como hubiese pasado cuando un TF no está disponible. Estas etiquetas pueden representar tanto una sola razón TF (Ej. Fuera de Formulario, PA, Terapia Escalonada, o Límite de Cantidad); o también puede representar una combinación de razones TF (Ej. PA con Límite de Cantidad; Fuera del Formulario con Límite de Cantidad, etc.).

- Etiqueta para Carta TF: Esta etiqueta se utiliza para designar el contenido específico del lenguaje de una carta TF para las notificaciones TF a los beneficiarios y médicos.
- Etiqueta Combo TF: Esta etiqueta se utiliza para designar el contenido específico del lenguaje de una notificación TF a los beneficiarios y médicos que recetan para clientes que escojan imprimir un párrafo para cada edición que fue invalidada por TF.

12) Archivo diario de cartas TF:

- Las reclamaciones TF son automáticamente extraídas a un Archivo diario de Reclamaciones TF. Por cada reclamación TF pagada, hay un expediente correspondiente en el Archivo de Carta TF o el expediente es capturado en el archivo diario interno de Excepciones porque el expediente no es incluido en el Archivo de Carta TF (ejemplo: pago en el mismo día/revertido).
 - El contenido del archivo de Carta TF se utiliza para impulsar la producción de cartas TF para los beneficiarios y médicos.
- j) MMM y PMC aplican el proceso de transición para nuevos afiliados desde la fecha de afiliación hasta la ventana de TF. La fecha de afiliación no tiene que ser al principio del año póliza y puede extenderse a través de los años de contrato en donde la ventana de TF se extiende durante los años contrato.
- k) Las extensiones TF están disponibles para afiliados nuevos y existentes, que no sean de cuidado prolongado o de cuidado prolongado, a través de PHD. La solicitud es revisada para lo siguiente y procesada de acuerdo a las instrucciones del patrocinador:
- Estándares externos para los días de suplido o parámetros de tiempo
 - Los parámetros TF han sido alcanzados y el afiliado aún espera por la determinación de excepción/cubierta.
- l) Consistente con el proceso de suministro de transición provisto a nuevos afiliados, CVS Caremark Part D Services, L.L.C. provee suplidos de transición, para afiliados que renovaron su suscripción durante los primeros 90 días del año póliza con historial de utilización de medicamentos impactados cuando esos beneficiarios no han hecho una transición a un medicamento del formulario terapéuticamente equivalente; o para quien las excepciones/ pre autorizaciones del formulario no han sido procesadas antes del nuevo año póliza. Esto aplica en los puntos de venta a todos los beneficiarios que renueven incluyendo a los que residen en facilidades de cuidado prolongado.

	Políticas/Procedimientos	No. PH-917	MMM-PHA-POL-380-13-5202020-S
	Proceso de Transición	Fecha de Efectividad	12/11/2008
		Revisión	5/20/2020
		Aprobación Final	Jeanette Melendez Ocasio AVP of Pharmacy

- La lógica retroactiva del beneficiario que renueva aplica de la siguiente manera:
 - i. El beneficiario tiene un historial de utilización de medicamentos fuera del formulario El criterio para el historial de utilización está basado en las siguientes opciones:
 - a. Historial de reclamaciones previas desde la fecha actual de suplido 365 días
 - b. Historial previo de medicamentos a nivel de GPI 10
 - c. Historial de reclamaciones previa de la misma droga
 1. Reclamaciones entrantes de afiliados renovando dentro de su ventana de transición, será evaluado para determinar si el medicamento solicitado ha sido impactado por un cambio negativo al formulario.
 2. Los cambios negativos al formulario son evaluados a través del proceso de adjudicación el cual compara los éditos actuales del formulario para la droga solicitada con el historial de éditos de formulario implementados previamente.
 3. La evaluación de los cambios negativos al formulario se realizará en la adjudicación en el Punto de venta.
 - d. Las Autorizaciones clínicas del afiliado aún no se han procesado
 - e. En los casos en que el afiliado reciba un despacho de transición parcial, la lógica garantizará que el suministro de los días restantes del afiliado que está renovando sea elegible para el suplido de transición durante la ventana TF
 - m) El programa de monitoreo y reporte TF incluye la producción y revisión continúa de los elementos mencionados a continuación:
 - Control de extracción de reclamaciones TF y reportes de excepciones (reportes de monitoreo interno):
Estos reportes sirven como controles internos para confirmar que todos los récords de reclamaciones TF pagadas son extraídos diariamente al archivo de TF, el cual se utiliza para generar las cartas de TF o se envían al archivo de excepciones.
 - Revisión de control de impresión de cartas TF (monitoreo interno):
Revisión de Control de Impresión de Cartas TF se usan para imprimir el pago y validar la calidad de la carta impresa y el proceso de fusión cuando se realizan cambios al modelo o el proceso.
 - Archivo de respuesta TF (archivo de monitoreo interno)
Este archivo sirve para confirmar que para cada expediente TF recibido de adjudicación que sea válido hay una carta TF correspondiente impresa/enviada por correo o distribuido por otro método aprobado.

	Políticas/Procedimientos	No. PH-917	MMM-PHA-POL-380-13-5202020-S	
	Proceso de Transición	Fecha de Efectividad	12/11/2008	
		Revisión	5/20/2020	
		Aprobación Final	Jeanette Melendez Ocasio AVP of Pharmacy	

- n) Reportes Turn-Around-Time (TAT) de carta TF (reporte de monitoreo interno y de patrocinador).
Estos reportes monitorean los días entre los pagos de las reclamaciones TF y la fecha en que fueron enviadas las cartas TF a los beneficiarios. Son usadas para monitorear el cumplimiento con los requisitos de enviar cartas TF a los beneficiarios dentro de tres (3) días laborales desde la adjudicación de TF.
- o) Archivos de Pagos de Reclamaciones TF (reporte de monitoreo interno y de patrocinador).
Este Archivo apoya el monitoreo de los pagos TF para validar las reclamaciones que deben ser pagadas bajo las reglas TF y que las etiquetas correctas de TF sean utilizadas durante la adjudicación.
- p) Archivo de Denegación de reclamaciones (reporte de monitoreo interno y de patrocinador)
Reportes de Denegaciones diarias son generados y revisados para monitorear las reclamaciones denegadas para validar que estas no deben ser pagadas bajo las reglas TF.
- q) Pruebas de Reclamaciones y TF MOCK:
RxClaim mantiene la capacidad de procesar reclamaciones Mock TF al momento en apoyo a las pruebas de reclamaciones. Estas permiten que Asistencia de Farmacia y Servicios al Afiliado puedan procesar reclamaciones para confirmar costos asociados, copagos y como reclamaciones vigentes se procesarían y pagarían a través de TF. Las reclamaciones de ejercicio TF “pagadas” devuelven el mensaje de pago estándar en los puntos de venta.

8.0 Referencias Regulatorias:

- Prescription Drug Benefit Manual Chapter 6 (Rev. 18, 01-15-16)
- Part D Formulary Submission and Review CY2017 Training Materials
- CMS 2016 Medicare Advantage & Prescription Drug Plan Spring Conference & Webcast

9.0 Anejos:

N/A

10.0 Políticas y Procedimientos Relacionados:

- PH- 801 Coverage Determinations
- PH-406 Pharmacy and Therapeutic Committee
- PH-802 Exception Process
- MEDAFF-0027 Medicare Part D Transition Process - CVS Caremark Part D Services, L.L.C

	Políticas/Procedimientos	No. PH-917	MMM-PHA-POL-380-13-5202020-S	
	Proceso de Transición		Fecha de Efectividad	12/11/2008
			Revisión	5/20/2020
			Aprobación Final	Jeanette Melendez Ocasio AVP of Pharmacy

11.0 Aprobación de Documento:

Role	Posición	Nombre	Firma	Fecha de aprobación
	Director of Formulary and Utilization Management	Maria I. Lázaro; Pharm.D.	Signatures on File	5/20/2020
	AVP of Pharmacy Operation	Fernando Caratini	Signatures on File	5/20/2020
	Corporate Medical Officer	Waldemar Rios; M.D.	Signatures on File	5/20/2020
	AVP of Pharmacy Operations	Enid Rivera	Signatures on File	5/20/2020
Aprobación Final	AVP of Pharmacy Utilization	Jeanette Melendez Ocasio; Pharm.D.	Signatures on File	5/20/2020

12.0 Historial de Revisión:

Fecha de Efectividad	Revisión	Autor del Documento	Descripción del cambio
12/11/2008			Initial release.
	07/20/2010	Nayra Martinez: Pharm.D.	Revisión de Política
	09/28/2010	Nayra Martinez: Pharm.D.	Revisión de Política
	04/13/2011	Nayra Martinez: Pharm.D.	Revisión de Política
	06/27/2012	Nayra Martinez: Pharm.D.	Revisión de Política

	Políticas/Procedimientos	No. PH-917	MMM-PHA-POL-380-13-5202020-S	
	Proceso de Transición	Fecha de Efectividad		12/11/2008
		Revisión		5/20/2020
		Aprobación Final		Jeanette Melendez Ocasio AVP of Pharmacy

	12/20/2013	Nury Toledo: Pharm. D.	Revisión de Política
	05/28/2014	Nury Toledo: Pharm. D.	Revisión de Política
	05/28/2015	Nury Toledo: Pharm. D.	Revisión de Política
	06/01/2015	Nury Toledo: Pharm. D.	Revisión de Política
	06/01/2016	Nury Toledo: Pharm. D.	Revisión de Política
	10/03/2016	Francisco Rivera: MBA	Revisión de Política
	11/30/2016	Francisco Rivera: MBA	Revisión de Política
	05/23/2017	Francisco Rivera: MBA	Revisión de Política
	11/14/2017	Francisco Rivera: MBA	Revisión de Política
	05/24/2018	Francisco Rivera: MBA	Revisión de Política
	12/13/2018	Francisco Rivera: MBA	Revisión de Política
	05/24/2019	Daniel Gali	Revisión de Política
	05/20/2020	Enid Rivera	Revisión de Política