Política de transición de 2024 para la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de CarePlus

En CarePlus, queremos garantizar que usted, en calidad de afiliado actual o nuevo, tenga una transición segura al año del plan 2024. En 2024, es posible que no pueda recibir su tratamiento farmacológico actual si el medicamento:

- No está en la lista de medicamentos del formulario de CarePlus (es decir, "no está en el formulario" o "no está cubierto"); *o*
- Tiene requisitos de control de la utilización, como requisitos de autorización previa, límites de cantidad o terapia por fases.

Suministro de transición por única vez en una farmacia de pedido por correo o minorista

A partir del 1 de enero de 2024, en caso de que su capacidad para recibir su tratamiento actual con medicamentos recetados esté limitada:

- CarePlus cubrirá un suministro único de 30 días de un medicamento cubierto por la Parte D, *a menos que* la receta indique menos de 30 días (en cuyo caso CarePlus permitirá varios surtidos de la receta hasta cubrir un total de 30 días del medicamento) durante los primeros 90 días de su elegibilidad para el año del plan en curso, o durante los primeros 90 días desde su inscripción, a partir de la fecha de vigencia de la cobertura, si las recetas de su tratamiento actual se surten en una farmacia de venta minorista/de pedido por correo. CarePlus proporcionará repeticiones de medicamentos recetados de transición que se despachen por una cantidad menor a la escrita debido a límites de cantidad por seguridad o a modificaciones en la utilización del medicamento basadas en la información aprobada del producto.

- Una vez que reciba un suministro de transición, recibirá una carta en la que se explica el carácter temporal del suministro del medicamento de transición. Después de que reciba la carta, hable con el médico que emite las recetas y decida si debe cambiar a un medicamento alternativo o solicitar una excepción o autorización previa. Es posible que CarePlus no pague repeticiones de medicamentos recetados con suministro temporal hasta que no se haya solicitado y aprobado una excepción o una autorización previa.

Suministro de transición para residentes de centros de cuidado médico a largo plazo

CarePlus ayuda a los afiliados que residen en centros de cuidado médico a largo plazo, que están haciendo una transición entre planes y que tienen los beneficios de Medicare, así como los beneficios completos de Medicaid, o que presentan una solicitud de apelación o excepción. Para los residentes de centros de cuidado a largo plazo, CarePlus cubrirá un suministro de 31 días *a menos que* la receta indique menos de 31 días (en cuyo caso CarePlus permitirá varios surtidos de la receta hasta cubrir un total de 31 días del medicamento) de un medicamento cubierto de la Parte D. Esta cobertura se ofrece en cualquier momento durante los primeros 90 días de elegibilidad para el año del plan en curso o durante los primeros 90 días de su inscripción, que comienza en la fecha de vigencia de su cobertura, si las recetas del tratamiento actual se surten en una farmacia de cuidado médico a largo plazo.

Si su capacidad para recibir el tratamiento de medicamentos está limitada, pero ya han pasado los primeros 90 días de afiliación a su plan, CarePlus cubrirá un suministro de emergencia de 31 días, *a menos que* la receta esté hecha para un período menor a 31 días. En dicho caso, CarePlus permitirá varios surtidos hasta alcanzar un total de 31 días de un medicamento cubierto de la Parte D, de manera que usted pueda continuar con su tratamiento mientras solicita una excepción o una autorización previa.

Si es admitido o dado de alta de un centro de cuidado médico a largo plazo, se le permitirá tener acceso a una repetición de receta al momento de la admisión o del alta, y no se aplicarán las revisiones por repetición temprana.

Suministro de transición para afiliados actuales

Durante todo el año del plan, es posible que su tratamiento tenga cambios debido al nivel de cuidado que usted necesita. Entre esas transiciones se incluyen:

- Afiliados que son dados de alta de un hospital o centro de enfermería especializada para volver a sus hogares.
- Afiliados que dejan sus hogares y son admitidos en un hospital o centro de enfermería especializada.
- Afiliados que son transferidos de un centro de enfermería especializada a otro y reciben servicios de una farmacia diferente.
- Afiliados que finalizan su estadía en un centro de enfermería especializada de la Parte A de Medicare (donde los pagos incluyen todos los cargos de farmacia) y que ahora necesitan usar el beneficio de la Parte D de su plan.
- Afiliados que cambian de estatus de hospicio y vuelven a la cobertura estándar de la Parte A y B de Medicare.
- Afiliados que reciben el alta de hospitales para pacientes psiquiátricos crónicos con regímenes altamente individualizados de medicamentos.

Para estas modificaciones en el ámbito del tratamiento, CarePlus cubrirá un suministro de hasta

31 días de un medicamento cubierto de la Parte D. Si cambia el ámbito de tratamiento en varias ocasiones dentro de un mismo mes, deberá solicitar una excepción o una autorización previa y obtener la aprobación para la continuidad de la cobertura de su medicamento.

CarePlus revisará estas solicitudes de continuación del tratamiento considerando cada caso individualmente cuando usted tenga un régimen de medicamento estabilizado en el que se sabe que, en caso de alterarse, tendrá riesgos.

Transición de un año de contrato a otro

CarePlus proporciona un proceso de transición para los afiliados actuales compatible con el proceso de transición requerido para los afiliados nuevos. Para los afiliados actuales cuyos medicamentos se verán afectados por cambios negativos en el formulario en el próximo año, CarePlus realizará una transición lógica proporcionando un proceso de transición al comienzo del nuevo año de contrato. CarePlus también extiende la política de transición entre años de contrato en caso de que un afiliado se inscriba en un plan con una fecha de inscripción vigente desde el 1 de noviembre o 1 de diciembre y necesite acceso a un suministro de transición.

Distinción de recetas totalmente nuevas

CarePlus garantiza que aplicará todos los procesos de transición a una receta totalmente nueva para medicamentos que no estén en la lista de medicamentos (formulario) de CarePlus, o que tengan requisitos de control de la utilización, si no puede hacerse la distinción entre una receta totalmente nueva y una receta en curso en el punto de venta. Para hacer la distinción del tratamiento en curso, los afiliados deben tener un historial de reclamaciones de 108 días como mínimo. CarePlus analizará 180 días desde la fecha de vigencia o del comienzo del año del plan actual del afiliado para verificar la utilización previa del medicamento cuando el historial de reclamaciones esté disponible.

Avisos de transición a los afiliados

La política de CarePlus es garantizar que se envíe un aviso del evento de transición al afiliado para la reclamación de la transición. Todas las cartas de notificación de la política de transición se envían a los afiliados a través de correo de primera clase de los Estados Unidos dentro de los tres (3) días hábiles desde que el sistema de adjudicación en el punto de venta reconozca el evento de surtido de transición. Estas cartas contienen los siguientes textos:

- El suministro de transición proporcionado es temporal y no se puede repetir la receta fuera del período de transición, a menos que se apruebe una excepción al formulario u otra autorización;
- El afiliado debe trabajar con CarePlus, así como con el profecional que le receta el medicamento, para satisfacer los requisitos de control de la utilización o identificar alternativas terapéuticas apropiadas que estén incluidas en el formulario de CarePlus y que probablemente reduzcan sus costos;
- El afiliado tiene el derecho de solicitar una excepción al formulario, los plazos para procesar la excepción y el derecho del afiliado a solicitar una apelación si el patrocinador

toma una decisión adversa; y
- Los procedimientos de CarePlus para solicitar excepciones.

Para los residentes de cuidado a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) a los que se les proporcionan varios suministros de un medicamento de la Parte D en incrementos de 14 (o menos) días, la carta de notificación de la política de transición se enviará dentro de los tres (3) días hábiles después del procesamiento de la primera repetición temporal.

Avisos de transición al profesional que receta medicamentos

La política de CarePlus es garantizar que se envíe un aviso del evento de transición al profesional que receta el medicamento que figura en los registros para la reclamación de la transición. La carta al profesional que receta el medicamento proporciona la siguiente información:

- Nombre del afiliado
- Fecha de nacimiento del afiliado
- Nombre del medicamento
- Fecha de surtido
- Revisión del control de la utilización
- Instrucciones sobre cómo usar la herramienta de búsqueda de la lista de medicamentos para proveedores de CarePlus
- Información sobre el proceso de determinación de cobertura de CarePlus

Costos compartidos para medicamentos proporcionados bajo la Política de transición

- Si es elegible para el subsidio por ingresos limitados (LIS, por sus siglas en inglés) en 2023, su copago o coseguro por un suministro temporal de medicamentos provisto durante el período de transición no excederá su límite de LIS.
- Para los afiliados que no tienen LIS, el copago o coseguro se basará en los niveles de costos compartidos de los medicamentos aprobados para su plan y es consistente con los niveles de costos compartidos que CarePlus cobraría para medicamentos aprobados fuera de formulario bajo una excepción de la cobertura y los mismos costos compartidos para medicamentos del formulario sujetos a modificaciones de control de la utilización provistos durante la transición que aplicarían una vez que se cumplan los criterios de control de la utilización.

Extensión de la transición

CarePlus dispone de medidas para continuar proporcionándole los medicamentos necesarios mediante una extensión del período de transición, caso por caso, siempre que su solicitud de excepción o apelación no haya sido procesada antes del fin del período de transición mínimo y hasta el momento en que se haya completado una transición (ya sea a través de un cambio a un

medicamento del formulario apropiado o de una decisión sobre una solicitud de excepción).

Comité de Farmacia y Terapéutica

El Comité de Farmacia y Terapéutica (P&T, por sus siglas en inglés) supervisa la lista de medicamentos (formulario) de la Parte D de CarePlus y las políticas relacionadas. El Comité de Farmacia y Terapéutica diseñó estas políticas para ciertos medicamentos de la Parte D. Las políticas fueron diseñadas para garantizar que el medicamento se utilice según pautas clínicas aceptadas desde el punto de vista médico para las indicaciones en las que el medicamento haya demostrado ser seguro y efectivo y se recete de acuerdo con las recomendaciones del fabricante.

Una vez que reciba su suministro temporal de un medicamento de la Parte D, es posible que el medicamento requiera una revisión médica si:

- no forma parte de la lista de medicamentos (formulario); *o*
- tiene requisitos de control de la utilización, como requisitos de autorización previa, límites de cantidad o terapia por fases.

Si usted tiene un régimen estabilizado con un medicamento no incluido en la lista de medicamentos (formulario) o con un medicamento que requiere autorización previa, límites de cantidad o si ha probado otros medicamentos alternativos, su médico tratante puede proveer a CarePlus un informe de su historia clínica para colaborar con el proceso de solicitud de excepción o de autorización previa.

Procedimientos para solicitar una excepción o cambiar de medicamento recetado

¿Cómo solicito una excepción?

El primer paso para solicitar una excepción es que usted o el profesional que le receta se comuniquen con nosotros.

El profesional que le receta debe enviar una declaración de respaldo a su solicitud. La declaración del profesional que le receta debe indicar que el medicamento solicitado es necesario por razones médicas para el tratamiento de su afección porque ninguno de los medicamentos que cubrimos tendría la misma eficacia que el medicamento solicitado o estos le produciría efectos adversos a usted. Si la excepción implica una autorización previa, límite de cantidad u otro límite que hayamos asignado al medicamento, la declaración del profesional que le receta debe indicar que la autorización previa, o el límite de cantidad, no sería lo apropiado dada su afección o tendría efectos adversos para usted.

Una vez presentada la declaración del profesional que le receta, debemos notificarle sobre nuestra decisión en un plazo máximo de 24 horas, si la solicitud es acelerada, o bien en un plazo máximo de 72 horas, si se trata de una solicitud estándar. Su solicitud será acelerada si nosotros determinamos, o si el profesional que le receta nos informa, que su vida, salud o capacidad para

recuperar el máximo de sus funciones podrían correr grave peligro por esperar la decisión de una solicitud estándar.

¿Qué ocurre si deniegan mi solicitud?

Si su medicamento no está cubierto en nuestra lista de medicamentos (formulario) o si está cubierto, pero le hemos aplicado un requisito de control de la utilización, como autorización previa, terapia por fases o límite de cantidad, puede preguntarnos si cubrimos otros medicamentos utilizados para el tratamiento de su afección médica.

Si cubrimos otros medicamentos para su afección, le recomendamos que consulte al profesional que le receta si los medicamentos que cubrimos son una opción para usted.

Si su solicitud es denegada, también tiene derecho a apelar la decisión. En tal caso, debe solicitarnos una revisión de la decisión de rechazo. Esta apelación debe presentarse dentro de los 60 días calendario posteriores a la fecha de la decisión de rechazo.

Si necesita asistencia para solicitar una excepción o apelación, ayuda para cambiar a un medicamento alternativo o más información sobre nuestra política de transición, llame al número de Servicios para Afiliados al **1-800-794-5907; TTY: 711**. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, atendemos los 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. Usted también puede dejar un mensaje de voz fuera del horario de atención, sábados, domingos y feriados, y le devolveremos la llamada dentro de un día hábil.

Los formularios de solicitud de excepción y autorización previa están disponibles para usted y el profesional que receta en el sitio web de CarePlus, **www.CarePlusHealthPlans.com,** o también puede llamar a Servicios para Afiliados para que se los enviemos por correo postal, fax o correo electrónico.

Aviso público sobre la Política de transición

Esta política de transición se encuentra disponible en el sitio web de CarePlus, **www.CarePlusHealthPlans.com**, en la misma sección donde se muestra el formulario de la Parte D.

IMPORTANTE

En CarePlus, es importante que usted reciba un trato justo.

CarePlus Health Plans, Inc. no discrimina ni excluye a las personas por motivos de raza, color de la piel, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, género, identidad de género, ascendencia, origen étnico, estado civil, religión o idioma. La discriminación es contra la ley. CarePlus cumple con las leyes de derechos civiles federales aplicables. Si usted cree que CarePlus le ha discriminado, hay formas de obtener ayuda.

- Puede presentar una queja, también conocida como queja formal, a:
  CarePlus Health Plans, Inc. Atención: Grievances and Appeals department.
  PO Box 277810, Miramar, FL 33027.
  Si necesita ayuda para presentar una queja formal, llame a Servicios para Afiliados al **1-800-794-5907 (TTY: 711)**. 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. También puede dejar un mensaje de voz fuera del horario de atención, sábados, domingos y feriados, y le devolveremos la llamada dentro de un día hábil.
- También puede presentar una queja de derechos civiles ante el **Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.**, Oficina de Derechos Civiles, por medios electrónicos a través de su Portal de quejas disponible en **https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**, o a **U.S. Department of Health and Human Services**, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, **1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)**. Los formularios de quejas están disponibles en **https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html**.

Tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos. 1-800-794-5907 (TTY: 711).

CarePlus provee recursos y servicios auxiliares gratuitos como, por ejemplo, intérpretes acreditados de lenguaje de señas, interpretación remota por video e información escrita en otros formatos para personas con discapacidades cuando dichos recursos y servicios auxiliares sean necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades de participación.

CarePlus
HEALTH PLANS

Encarte multilingüe

Servicios de intérprete en múltiples idiomas

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-794-5907 (TTY: 711). Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-794-5907 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-800-794-5907 (TTY: 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-800-794-5907 (TTY: 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-794-5907 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-794-5907 (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quí vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-794-5907 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quí vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-794-5907 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고있습니다 . 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-794-5907 (TTY: 711) 번으로 문의해 주십시오 . 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다 . 이 서비스는 무료로 운영됩니다 .

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-794-5907 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على (برقياً: 711) 1-800-794-5907. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه هي خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-794-5907 (TTY: 711) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिंदी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-794-5907 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-794-5907 (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-794-5907 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-794-5907 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康健康保険と薬品処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがありますございます。通訳をご用命になるには、1-800-794-5907 (TTY: 711) にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。