

## **Política de transición de la Parte D de Medicare**

Esta política describe los requerimientos para la transición que publicaron los Centros de Servicios Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) que establecen que todos los patrocinadores de la Parte D deben proporcionar a sus miembros un beneficio de transición adecuado.

Esta política abarca lo siguiente:

- Miembros elegibles
- Medicamentos aplicables
- Recetas nuevas frente a la terapia farmacológica en curso
- Plazos de la transición
- Extensiones de la transición
- Transición durante los años del contrato para los miembros actuales
- Suministros de emergencia para los miembros actuales
- Tratamiento de los miembros reinscritos
- Cambios en el nivel de atención
- Notificaciones sobre la transición

Esta política describe cómo se aplican los beneficios de la transición cuando usted surte recetas en:

- Entornos de Cuidado a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés)
- Farmacias minoristas
- Red de suministro extendido (ESN, por sus siglas en inglés) (90 días en ambiente minorista)
- Farmacias de servicio por correo

## **Miembros elegibles**

Si está tomando medicamentos actualmente que no estén incluidos en el nuevo vademécum (lista de medicamentos) de su plan, de un año al otro, es posible que usted sea elegible para un suministro de transición si:

- Es nuevo en el plan de medicamentos recetados a comienzos de 2017.
- Es recientemente elegible para la Parte D de Medicare en 2017.
- Cambia de un plan de la Parte D de Medicare a otro después del 1 de enero de 2017.
- Se ve afectado por cambios negativos en la lista de medicamentos de 2016 a 2017.
- Vive en un entorno de LTC.

## **Medicamentos aplicables**

El beneficio de la transición les permite a los miembros recibir un suministro de medicamentos elegibles de la Parte D que:

- No estén en la lista de medicamentos de su plan.
- Hayan sido anteriormente aprobados para recibir cobertura mediante una excepción, una vez vencida la excepción.

- Están en la lista de medicamentos de su plan, pero su capacidad de obtener el medicamento es limitada.
  - Por ejemplo, bajo un programa de Gestión de utilización (UM, por sus siglas en inglés) que requiere:
    - Autorización previa (PA, por sus siglas en inglés)
    - Terapia escalonada (ST, por sus siglas en inglés)
    - Límites en la cantidad (QL, por sus siglas en inglés)

Usted puede ser elegible para el suministro de transición de un medicamento con el fin de cumplir con sus necesidades inmediatas. La intención es otorgarle tiempo suficiente para que usted trabaje con el médico y pueda encontrar un medicamento similar en la lista de medicamentos que cumpla con sus necesidades médicas, o para que complete una determinación de cobertura que siga cubriendo el medicamento que está tomando actualmente según su necesidad médica. Una solicitud de determinación de cobertura aprobada le permitirá continuar recibiendo la cobertura del medicamento que está tomando actualmente.

Hay determinados medicamentos que podrían no ser elegibles para un suministro de transición en la farmacia; estos medicamentos requieren de una revisión previa para determinar si pueden recibir cobertura de su plan de la Parte D.

Si usted o su médico quieren solicitar una determinación de cobertura, los formularios están disponibles por correo postal, fax, correo electrónico, y en nuestra página web. Puede acceder usted mismo a los formularios o solicitar que se lo envíen a usted o a su médico. El plan revisa las solicitudes de determinación de cobertura y se le informará una vez que se haya tomado la decisión. Si el plan no aprueba la solicitud, se le brindará información adicional acerca de sus opciones.

Usted puede reunir los requisitos para recibir surtidos de suministros de transición en una cantidad inferior a la que se indica por escrito debido a límites en la cantidad, que pueden utilizarse con fines de seguridad.

### **Recetas nuevas frente a la terapia farmacológica en curso**

Los beneficios de transición se aplican en la farmacia a recetas nuevas cuando no está claro si la receta corresponde a un medicamento que usted toma por primera vez o si se trata de una receta ya indicada para un medicamento que no está incluido en la lista de medicamentos de su plan.

### **Plazos de la transición**

#### ***En entornos de pacientes ambulatorios (minorista, red de suministro extendido (ESN) y servicio por correo)***

Si usted es un miembro nuevo o reinscrito, podría brindársele un suministro de transición de 30 días de medicamentos elegibles de la Parte D (a menos que la receta indique una cantidad menor de días) en cualquier momento durante sus primeros 90 días de cobertura.

## ***En entornos de LTC***

Se le podría brindar un suministro de transición de 31 días (a menos que la receta indique una cantidad menor de días) de medicamentos elegibles de la Parte D durante los siguientes momentos:

- En cualquier momento durante los primeros 90 días de cobertura en un plan, usted puede obtener un suministro de transición de 91 a 98 días, dependiendo de la cantidad de días de medicación que se surta cada vez (suministro de 31 días por surtido o mayor si el envase/medicamento no se puede reducir a un suministro de 31 días o menos)
- Cuando finalice el período de transición de 90 días, usted puede obtener un suministro de emergencia de 31 días si la solicitud de determinación de cobertura se encuentra en proceso.

### **Extensión de la transición**

El período de transición puede extenderse según el caso si no se ha procesado una revisión de la solicitud de determinación de cobertura ni una apelación hacia el final del período mínimo de transición (primeros 90 días de cobertura). Entonces, la extensión será autorizada solo hasta que usted cambie a un medicamento de la lista de medicamentos del plan o hasta que se tome una decisión respecto de la solicitud de determinación de cobertura o de la apelación.

### **Transición durante los años del contrato para los miembros actuales**

Si no ha cambiado a un medicamento con cobertura antes del nuevo año calendario, se podrá otorgar un suministro de transición, si se dan las siguientes condiciones:

- Los medicamentos que toma se eliminan de la lista de medicamentos del plan de 2016 a 2017.
- Se incorporan nuevos requisitos de Gestión de utilización a los medicamentos que utiliza desde 2016 hasta 2017.

Si usted ya es miembro y ha utilizado un medicamento que el plan no cubre o tiene ciertas limitaciones para obtenerlo:

- En un entorno minorista usted podría obtener un suministro de transición de 30 días (a menos que la receta indique una cantidad menor de días) en cualquier momento durante los primeros 90 días del año calendario.
- En un entorno de LCT usted podría obtener un suministro de transición de 91 a 98 días (dependiendo de la cantidad de días de medicación que se surta cada vez) en cualquier momento durante los primeros 90 días del año calendario. Existe un suministro máximo de 31 días por surtido de transición en un entorno de LTC.

Esta política se mantiene vigente incluso si usted se inscribe con fecha de inicio del 1 de noviembre o 1 de diciembre y necesita un suministro de transición.

### **Suministros de emergencia para los miembros actuales**

Si usted se encuentra en un entorno de LTC, podría otorgársele un suministro de emergencia de 31 días como parte del proceso de transición, a menos que la receta indique una cantidad menor de días, de un medicamento que no está incluido en la lista de medicamentos, o que usted tenga ciertas limitaciones para obtener. Si la solicitud de determinación de cobertura aún está en proceso después del período de 90 días, usted

puede obtener un suministro de emergencia. Su farmacia de LTC puede llamar para ver si su surtido califica como un suministro de emergencia.

### **Tratamiento de los miembros reinscritos**

Puede darse de baja de un plan, inscribirse en otro y luego volver a inscribirse en el plan original. Si esto ocurre, se lo tratará como un miembro nuevo para que sea elegible para los beneficios de transición. Los beneficios de transición comienzan cuando se reinscribe en el plan original.

### **Cambios en el nivel de atención**

Puede haber cambios que lo lleven de un entorno de nivel de atención a otro. Durante este cambio de nivel de atención, es posible que se le receten medicamentos que su plan no cubra. Si esto sucede, usted y su médico deben recurrir al proceso de solicitud de determinación de cobertura de su plan.

Para evitar la carencia de atención al ser dado de alta, puede obtener un suministro completo de tratamiento ambulatorio que permitirá la continuidad de la terapia cuando se le haya acabado el suministro limitado tras el alta. Este suministro de tratamiento ambulatorio está disponible antes del alta de una estadía cubierta por la Parte A de Medicare.

Cuando ingrese o sea dado de alta en un entorno de LTC, es posible que no tenga acceso a los medicamentos que recibía anteriormente. No obstante, puede reponer sus medicamentos en el momento de la admisión o el alta.

### **Notificaciones sobre la transición**

Cuando usted o su farmacia presenten un reclamo de un medicamento bajo receta para un suministro de transición, se enviará una notificación por el servicio de correo de Estados Unidos de primera clase dentro de los tres días hábiles siguientes a la fecha de envío del reclamo. Se hace todo lo posible por notificar a los médicos cuando una de sus recetas emitidas a un miembro generan un suministro de transición. Se envía esta carta para explicar la siguiente información:

- Que el suministro de transición es temporal y no se puede volver a surtir a menos que se apruebe una solicitud de determinación de cobertura.
- Que debe colaborar con su médico para buscar otro medicamento que figure en la lista de medicamentos de su plan.
- Que usted puede solicitar una determinación de cobertura y la manera en que debe solicitarla, los plazos para procesar las solicitudes, y los derechos de apelación si la determinación de cobertura no se aprueba.

### **Cuestiones sobre el costo**

Usted deberá abonar una parte del costo del suministro de transición del medicamento que se le entregue, de la siguiente forma:

- Quienes reciban un subsidio por bajos ingresos (LIS, por sus siglas en inglés) no deberán abonar una parte del costo de los suministros de transición que supere el monto máximo que se estipula por ley para los copagos.
- Quienes no reciban el LIS, deberán abonar:
  - la misma parte del costo de los medicamentos de la Parte D que no figuran en la lista de medicamentos que debería abonar por medicamentos aprobados mediante un formulario de excepción; o
  - la misma parte del costo de los medicamentos que figuren en la lista de

medicamentos con las modificaciones de Gestión de utilización que se aplicarían si se cumplieran los criterios de Gestión de utilización.

Si tiene alguna pregunta sobre esta política, comuníquese al número telefónico que figura en la parte posterior de su tarjeta de identificación del miembro.

Si tiene preguntas en relación a esta póliza llame a nuestro número de Servicio al cliente de Florida Blue/Florida Blue HMO al 1-800-926-6565 o a servicio al cliente de Florida Blue Preferred HMO al 1-855-457-0616 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-955-8770). Nuestro horario es de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los siete días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 14 de febrero, excepto el día de Acción de Gracias (Thanksgiving) y el día de Navidad. Desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre nuestro horario es lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora local.

Florida Blue es un Plan PPO, RPPO y Rx (PDP) que tiene un contrato con Medicare. Florida Blue HMO y Florida Blue Preferred HMO son planes HMO que tienen contrato con Medicare. La inscripción en Florida Blue, Florida Blue HMO o Florida Blue Preferred HMO depende de la renovación del contrato.