



Política y Procedimiento

Nombre de la política: Política de Transición de la Parte D	N.º de política: PHA-PNP 002
Línea de negocio: Medicare (CSNP/DSNP), Medicaid, Comercial, Exchange ☒ ☐ ☐ ☐	
Fecha de entrada en vigor: 01/01/2027	Fechas de revisión: 05/29/2026
Nombre del departamento: Departamento de Farmacia	
Nombre del líder del departamento: Evelyn Cho, PharmD	Fecha: 05/29/2026
Firma del líder del departamento: 	
Aprobación del comité: 05/29/2026	Fecha: 05/29/2026

PROPÓSITO:

El propósito de esta política es describir el proceso de transición de Imperial Health Plan y garantizar que se brinde cobertura continua de medicamentos a los miembros nuevos y actuales de la Parte D. El proceso de transición permite un suministro temporal de medicamentos y tiempo suficiente para que los miembros trabajen con sus proveedores de atención médica para seleccionar una alternativa del formulario terapéuticamente adecuada o para solicitar una excepción al formulario por necesidad médica. Imperial Health Plan administrará los procesos de transición de manera oportuna, precisa y en cumplimiento de todas las directrices y requisitos pertinentes de CMS, conforme a 42 CFR §423.120(b)(3).

POLÍTICA:

Las políticas de Surtido de Transición (TF) del PBM delegado son las siguientes:

1. El PBM delegado implementa y mantiene un proceso de transición adecuado, según lo aprobado por CMS y de conformidad con las normas y directrices de CMS. El proceso del PBM delegado permite una transición significativa para los siguientes grupos de Beneficiarios cuya terapia farmacológica actual podría no estar cubierta por el plan: (a.) Beneficiarios nuevos inscritos en el plan después del período anual de elección coordinada; (b.) Beneficiarios de Medicare recién elegibles provenientes de otra cobertura; (c.) la transición de Beneficiarios que cambian de un plan a otro después del inicio de un Año de Contrato; (d.) Beneficiarios actuales afectados por cambios negativos en el formulario entre Años de Contrato; (e.) Beneficiarios que residen en centros de atención a largo plazo (LTC), incluidos los Beneficiarios que ingresan o son dados de alta de un centro de LTC.
2. El Patrocinador es responsable de presentar a CMS una copia de su proceso de política de transición. Los Patrocinadores no pueden presentar esta política como propia, pero pueden utilizar el contenido apropiado para preparar sus propias políticas y procedimientos.
3. La política de transición se aplicará a los Medicamentos No Incluidos en el Formulario, lo que significa: (a.) medicamentos de la Parte D que no están en el formulario de un Patrocinador; (b.) medicamentos de la Parte D previamente aprobados para cobertura bajo una excepción, una vez que la excepción vence; y (c.) medicamentos de la Parte D que están en el formulario de un Patrocinador pero que requieren autorización previa o terapia escalonada, o tienen límites de cantidad aprobados inferiores a la dosis actual del Beneficiario, conforme a las normas de gestión de utilización del Patrocinador. El proceso de transición permite la revisión médica de las solicitudes de Medicamentos No Incluidos en el Formulario y, cuando corresponda, un proceso para cambiar a los Beneficiarios nuevos del Patrocinador de la Parte D a alternativas del formulario

terapéuticamente adecuadas cuando no se obtenga una determinación afirmativa de necesidad médica. El PBM delegado manejará los Biosimilares como productos de marca/genéricos no intercambiables en sus programas y procesos relacionados con el surtido de transición y aplicará el costo compartido correspondiente de acuerdo con las directrices de CMS. El comité de P&T revisa los procedimientos para determinaciones de cobertura y excepciones y, si corresponde, un proceso para cambiar a los Beneficiarios nuevos a alternativas del formulario terapéuticamente adecuadas cuando no se obtenga una determinación afirmativa de necesidad médica.

4. El PBM delegado contará con capacidades de sistemas que le permitan proporcionar un suministro temporal de medicamentos de la Parte D no incluidos en el formulario para atender las necesidades inmediatas de un Beneficiario, así como para dar al Patrocinador y/o al Beneficiario tiempo suficiente para trabajar con el profesional que receta a fin de hacer un cambio adecuado a un medicamento terapéuticamente equivalente o completar una solicitud de excepción para mantener la cobertura de un medicamento existente por razones de necesidad médica. El procesamiento y la codificación del Surtido de Transición (TF) del PBM delegado aplican mensajes en el punto de venta (POS) a las farmacias.
5. El proceso de transición del PBM delegado se aplicará en el entorno que no es de LTC de modo que la política de transición proporcione un surtido temporal único de al menos el suministro aplicable de un mes de medicamento (a menos que el Beneficiario presente una receta por menos de un mes de suministro, en cuyo caso el Patrocinador debe permitir múltiples surtidos hasta completar el suministro aplicable de un mes de medicamento) en cualquier momento durante los primeros 90 días de la inscripción del Beneficiario en un plan, a partir de la fecha de entrada en vigor de la cobertura del Beneficiario. Estos límites de cantidad y tiempo del plan pueden ser mayores según el diseño de beneficios del Patrocinador y estarán limitados por la cantidad recetada. Para 2027, la configuración del plan del Patrocinador permite un suministro mensual de 30 días dentro de la Ventana de TF de 90 días.
6. El PBM delegado aplicará el nivel de costo compartido del Patrocinador para un suministro temporal de medicamentos proporcionado bajo su proceso de transición, de modo que no exceda los montos máximos legales de copago para los Beneficiarios elegibles para el subsidio por bajos ingresos (LIS).
Para los Beneficiarios que no son elegibles para LIS:
 - a. El suministro de transición de medicamentos de la Parte D no incluidos en el formulario recibirá el mismo costo compartido que se aplicaría a los medicamentos no incluidos en el formulario aprobados mediante una excepción al formulario.
 - b. El suministro de transición de medicamentos del formulario recibirá, para un medicamento del formulario sujeto a controles de gestión de utilización proporcionado durante la transición, el mismo costo compartido que se aplicaría si se cumplieran los criterios de gestión de utilización.
7. El proceso de transición del PBM delegado en el entorno de LTC incluirá los siguientes atributos: (a.) la política de transición proporcionará un surtido temporal único de al menos el suministro aplicable de un mes (a menos que el Beneficiario presente una receta por una cantidad menor), de acuerdo con el incremento de dispensación aplicable en el entorno de LTC, permitiendo múltiples surtidos hasta completar un mes de suministro de medicamento, si es necesario, durante los primeros 90 días de la inscripción del Beneficiario en un plan, a partir de la fecha de entrada en vigor de la cobertura del Beneficiario; (b.) después de que el período de transición haya vencido o se haya agotado el suministro en días, la política de transición proporcionará al menos un suministro de emergencia de 31 días de medicamentos de la Parte D no incluidos en el formulario (a menos que el Beneficiario presente una receta por menos de 31 días de suministro) mientras esté pendiente una determinación de excepción o de Autorización Previa; y (c.) para los Beneficiarios que ingresan o son dados de alta de un centro de LTC, no se utilizarán controles de resurtido anticipado para limitar el acceso adecuado y necesario a su beneficio de la Parte D, y a dichos Beneficiarios se les permitirá obtener un resurtido al momento del ingreso o del alta. Para 2027, la configuración del plan del Patrocinador permite un suministro mensual de 31 días dentro de la Ventana de TF de 90 días para LTC y para Paciente Nuevo/Cambio de Nivel de Atención. El Suministro de Emergencia de LTC permite un suministro de 31 días; el Suministro de Emergencia de LTC se permite por cada período móvil de 30 días.
8. El PBM delegado solo aplicará los siguientes controles de gestión de utilización durante la transición en el POS: controles para determinar la cobertura de la Parte A o B frente a la Parte D, controles para evitar la cobertura de medicamentos que no son de la Parte D y controles para promover el uso seguro de un medicamento de la Parte D. Los controles de terapia escalonada y de autorización previa se codificarán para resolverse en el POS.
9. El proceso de transición del PBM delegado permitirá resurtidos de recetas de transición dispensadas por una cantidad menor a la recetada debido a controles de seguridad de límites de cantidad o controles de utilización de medicamentos basados en el etiquetado aprobado del producto.
10. El PBM delegado aplicará sus procesos de transición a una receta completamente nueva de un Medicamento No Incluido en el Formulario si no puede distinguir en el POS entre una receta completamente nueva de un Medicamento No Incluido en el Formulario y una receta continua de un Medicamento No Incluido en el Formulario.

11. Para los Patrocinadores que utilizan al PBM delegado para enviar los avisos de transición, el PBM delegado enviará al Beneficiario un aviso por escrito, de conformidad con los requisitos de transición de CMS, dentro de los tres (3) días hábiles posteriores a la adjudicación de un surtido temporal de transición. El aviso incluirá (a.) una explicación de la naturaleza temporal del suministro de transición que recibió el Beneficiario; (b.) instrucciones para trabajar con el Patrocinador del Plan y el profesional que receta al Beneficiario a fin de cumplir con los requisitos de gestión de utilización o identificar alternativas terapéuticas adecuadas que estén en el formulario del Patrocinador; (c.) una explicación del derecho del Beneficiario a solicitar una excepción al formulario; y (d.) una descripción de los procedimientos para solicitar una excepción al formulario. Para los residentes de LTC a quienes se dispensen múltiples suministros de un medicamento de la Parte D en incrementos de 14 días o menos, el aviso por escrito se proporcionará dentro de los 3 días hábiles posteriores a la adjudicación del primer surtido temporal. El PBM delegado utilizará el Aviso de Transición proporcionado por el Patrocinador. El PBM delegado hará esfuerzos razonables para notificar el TF a los profesionales que recetan a fin de facilitar la transición de los Beneficiarios. Para los Patrocinadores que no utilizan al PBM delegado para enviar los avisos de transición, se proporciona al Patrocinador un archivo de extracción diario que contiene las transacciones pagadas de TF de la Parte D que requieren un aviso de transición. Para 2027, el Patrocinador utiliza al PBM delegado para enviar los avisos de transición.
12. Para los Patrocinadores que utilizan al PBM delegado para las determinaciones de cobertura, el PBM delegado pondrá a disposición, previa solicitud, los formularios de solicitud de autorización previa o de excepción tanto para los Beneficiarios como para los médicos que recetan, por correo postal, fax, correo electrónico y, junto con el Patrocinador, a través de los sitios web del plan. Para los Patrocinadores que no utilizan al PBM delegado para las determinaciones de cobertura y excepciones, el Patrocinador es responsable de proporcionar estos formularios. Para 2027, el Patrocinador utiliza al PBM delegado para las determinaciones de cobertura.
13. El PBM delegado extenderá su política de transición entre Años de Contrato si un Beneficiario se inscribe en un plan con fecha de entrada en vigor de la inscripción del 1 de noviembre o del 1 de diciembre y necesita acceso a un suministro de transición.
14. Los Patrocinadores son responsables de poner a disposición de los Beneficiarios información general sobre el proceso de transición mediante el enlace del Buscador de Planes de Medicamentos Recetados de Medicare (Medicare Prescription Drug Plan Finder) al sitio web del Patrocinador, así como en el formulario del Beneficiario y en los materiales previos y posteriores a la inscripción.
15. El PBM delegado proporcionará un proceso para que los Beneficiarios reciban los medicamentos necesarios de la Parte D mediante una extensión del período de transición, caso por caso, en la medida en que sus solicitudes de excepción o apelaciones no se hayan procesado al final del período mínimo de transición y hasta que se haya realizado una transición (ya sea mediante un cambio a un medicamento adecuado del formulario o una decisión sobre una solicitud de excepción). Para 2027, el Patrocinador permitirá un suministro de 30 días para la extensión de transición.
16. El PBM delegado implementará el proceso de transición para los beneficiarios que renuevan cuyos medicamentos se verán afectados por cambios negativos en el formulario en el próximo Año de Contrato. El PBM delegado ofrecerá a los Patrocinadores procesos de transición para fomentar una transición antes del inicio del Año de Contrato. La configuración del plan del Patrocinador para la revisión del historial de Beneficiarios que renuevan es a nivel de GPI 10, con un período retrospectivo de 180 días.
17. El PBM delegado mantendrá la capacidad de respaldar los informes de rutina y los requeridos por CMS, así como la capacidad de responder a solicitudes ad hoc de: (a.) informes de reclamaciones denegadas; y (b.) informes de reclamaciones de TF pagadas para Beneficiarios nuevos y que renuevan. También mantendrá la capacidad de respaldar el procesamiento de reclamaciones de prueba de TF en respuesta a solicitudes ad hoc y revisará y auditará periódicamente los datos del programa de TF y las operaciones del sistema para supervisar el cumplimiento de los requisitos del Surtido de Transición de la Parte D.

PROCEDIMIENTO:

1. El programa de TF del Patrocinador es implementado por el PBM delegado de acuerdo con el diseño de beneficios solicitado por el Patrocinador.
 - a. Los suministros de transición se proporcionan en el POS a los Beneficiarios elegibles, los cuales se codifican de la siguiente manera:
 - i. Beneficiarios nuevos en el plan después del período anual de elección coordinada
 - ii. Beneficiarios de Medicare recién elegibles provenientes de otra cobertura
 - iii. Beneficiarios que cambian de otro Plan de la Parte D después del inicio de un Año de Contrato
 - iv. Beneficiarios actuales afectados por cambios negativos en el formulario (incluidos nuevos requisitos de gestión de utilización)
 - v. Beneficiarios que residen en centros de LTC

- b. Los límites del suministro de transición se definen como suministros acumulados en días calculados según el Identificador de Producto Genérico (GPI) 14 y no se basan en el número de surtidos.
 - c. Las reclamaciones elegibles para transición presentadas para Beneficiarios con LICS se procesan de acuerdo con el Nivel de LICS del Beneficiario y los códigos presentados por la farmacia para determinar si la reclamación recibida se procesará como no LTC, LICS o LTC.
2. El PBM delegado mantendrá una política y procedimiento de TF de la Parte D (Med D) y revisará y, si es necesario, actualizará el documento al menos una vez al año y según sea necesario cuando ocurran cambios en el procesamiento.
3. Medicamentos No Incluidos en el Formulario
 - a. Los procedimientos para aplicar la política de transición a los Medicamentos No Incluidos en el Formulario consisten en obtener el formulario y los controles de UM aprobados por el Comité de P&T del Patrocinador, y codificarlos en el sistema de adjudicación para identificar la reclamación elegible para TF en el POS de modo que pueda pagarse.
 - b. CMS emitió directrices que indican que no espera que los patrocinadores de la Parte D incluyan las excepciones al formulario que vencen en sus políticas de transición. Por lo tanto, el PBM delegado no aplicará su política de transición a las excepciones al formulario que vencen, a menos y hasta que CMS emita directrices que requieran lo contrario.
 - c. Los procedimientos para la revisión médica y la identificación de Alternativas del Formulario son los siguientes:
 - i. Los procesos y procedimientos de determinación de cobertura y revisión médica garantizan que los Beneficiarios tengan acceso a procesos de revisión médica de las solicitudes de medicamentos no incluidos en el formulario.
 - ii. La información sobre alternativas del formulario terapéuticamente adecuadas se pone a disposición de los Beneficiarios y de los profesionales que recetan cuando no se obtiene una determinación afirmativa de necesidad médica.
 - iii. A los Beneficiarios que se comunican con Atención al Cliente y a las Farmacias que se comunican con el Centro de Ayuda para Farmacias se les proporciona información sobre las alternativas disponibles del formulario cuando la solicitan y/o cuando son apropiadas para la atención de los Beneficiarios.
 - iv. Para los Patrocinadores que delegan la determinación y redeterminación de cobertura al PBM delegado, las responsabilidades delegadas incluyen la revisión de los procedimientos para determinaciones de cobertura y excepciones que, en algunos casos, pueden dar lugar a la necesidad de un proceso para hacer la transición de un Beneficiario a una alternativa del formulario terapéuticamente adecuada.
4. El procesamiento del surtido de transición en el POS está disponible y existen procedimientos para extensiones de transición y anulaciones, si es necesario, a través del Centro de Ayuda para Farmacias y Atención al Cliente. Los mensajes del POS sobre el surtido de transición a las farmacias se aplican de la siguiente manera:
 - a. El sistema de adjudicación del PBM delegado procesa y paga automáticamente las reclamaciones elegibles para surtido de transición y transmite mensajes del POS que indican que las reclamaciones se pagan bajo las reglas del surtido de transición.
 - b. Los mensajes del surtido de transición a las farmacias son coherentes con los estándares actuales de reclamaciones de Telecomunicaciones del Consejo Nacional de Programas de Medicamentos Recetados (NCPDP) (en el momento de esta publicación, el estándar vigente es D.0, en adelante denominado “Estándares actuales de reclamaciones de Telecomunicaciones del NCPDP”). No se requiere que las farmacias presenten ni vuelvan a presentar un Código de Autorización Previa/Certificación Médica (PAMC) ni ningún otro código específico del surtido de transición para que se paguen las reclamaciones elegibles para surtido de transición.
 - c. El procesamiento del surtido de transición se aplica tanto a recetas nuevas como continuas en el POS y a través del Centro de Ayuda para Farmacias para los Beneficiarios nuevos en el plan.
 - d. La comunicación y la divulgación educativa a las farmacias de la red se realizan de forma continua durante todo el año para proporcionar información e instrucciones sobre las políticas del surtido de transición y el procesamiento de reclamaciones. Al menos una vez al año, y con mayor frecuencia según sea necesario, las comunicaciones a las farmacias sobre el surtido de transición se distribuyen a través del departamento de la red de farmacias.
5. Surtido de Transición para Beneficiarios Nuevos o que Renuevan en el entorno que no es de LTC
 - a. En un entorno que no es de LTC, el sistema de adjudicación del PBM delegado procesa y paga automáticamente las reclamaciones elegibles para surtido de transición y transmite mensajes del POS que indican que las reclamaciones se pagan bajo las reglas del Surtido de Transición, hasta un suministro acumulado aplicable de un mes.

- b. No se requiere que las farmacias presenten ni vuelvan a presentar un PAMC ni ningún otro código específico del surtido de transición para que las reclamaciones elegibles para surtido de transición se adjudiquen y paguen.
 - c. Los surtidos de transición están disponibles en el POS mediante esta funcionalidad dentro de los primeros 90 días de inscripción, a partir de la fecha de entrada en vigor de la inscripción.
 - d. Los Beneficiarios nuevos y que renuevan en un entorno que no es de LTC pueden tener límites de cantidad y tiempo del plan mayores según el diseño de beneficios, y estarán limitados por la cantidad recetada.
 - e. Cambio de Nivel de Atención fuera de LTC
Para los residentes que no están en LTC, no se utilizará un control de resurtido anticipado para limitar el acceso adecuado y necesario a un surtido de transición. Se puede proporcionar automáticamente un surtido de transición en el POS si el proceso de adjudicación indica un cambio de Nivel de Atención de LTC a no LTC con un control de resurtido anticipado. De lo contrario, la farmacia llamará al Centro de Ayuda para Farmacias del PBM delegado para obtener una anulación a fin de presentar una solicitud de surtido de transición por Nivel de Atención.
6. El PBM delegado establecerá el costo compartido según el diseño del plan del Patrocinador.
- a. El costo compartido de los medicamentos suministrados como surtido de transición está establecido por ley para los Beneficiarios con subsidio por bajos ingresos (LIS).
 - b. Para los Beneficiarios sin LIS:
 - i. el suministro de transición de medicamentos no incluidos en el formulario recibirá el mismo costo compartido que se aplicaría si se aplicara una excepción para medicamentos no incluidos en el formulario
 - ii. el suministro de transición de medicamentos del formulario con un control de gestión de utilización recibirá el mismo costo compartido que se aplicaría si se cumplieran los criterios de gestión de utilización
7. Procesamiento de Atención a Largo Plazo
Para los surtidos de transición de LTC, el sistema de adjudicación del PBM delegado procesa y paga automáticamente las reclamaciones de LTC elegibles para surtido de transición y transmite mensajes del POS que indican que se pagan bajo el Surtido de Transición. Para los surtidos de transición de LTC se permite un suministro acumulado aplicable de un mes, excepto para los sólidos orales de marca, que están limitados a surtidos de 14 días con las excepciones requeridas por las directrices de CMS, a menos que se presenten con un código de aclaración de presentación (SCC) de 21-36. Los códigos SCC 21-36 indican la dispensación en LTC de suministros de días variables. Se permiten múltiples surtidos hasta completar el suministro aplicable de un mes de medicamento, de acuerdo con el incremento de dispensación aplicable en el entorno de LTC. Estos límites de cantidad y tiempo del plan pueden ser mayores según el diseño de beneficios. No se requiere que las farmacias presenten ni vuelvan a presentar un PAMC ni ningún otro código específico del surtido de transición para que las reclamaciones elegibles para surtido de transición se adjudiquen y paguen.
- a. Suministros de Emergencia (ES) del Surtido de Transición de LTC
 - i. Para atender los surtidos de emergencia de los residentes de LTC después de que el suministro de TF nuevo o de renovación se haya agotado o excedido, o de que haya vencido la Ventana de TF, y mientras esté pendiente una excepción o autorización previa, la farmacia presenta un SCC en las reclamaciones del POS. Los Surtidos de Transición de Suministro de Emergencia se permiten hasta un suministro acumulado de 31 días, excepto para los sólidos orales de marca, que están limitados a surtidos de 14 días con las excepciones requeridas por las directrices de CMS, a menos que se presenten con un SCC de 21-36. De lo contrario, estas reclamaciones de medicamentos se rechazarían por no estar incluidos en el formulario o por estar en el formulario con controles de autorización previa, terapia escalonada, límite de cantidad o edad, debido a que los Beneficiarios agotaron o excedieron el suministro de TF nuevo o de renovación y/o están fuera de la Ventana de TF.
 - ii. El ES de LTC se permite por día calendario, por Beneficiario, por medicamento, por farmacia y por plan, para el suministro acumulado en días durante un mes móvil, según el diseño de beneficios.
 - iii. Estos límites de cantidad del plan pueden ser mayores según el diseño de beneficios y estarán limitados por la cantidad recetada.
 - b. Cambios de Nivel de Atención en LTC
 - i. Para los residentes de LTC, la farmacia presenta un SCC para permitir surtidos de transición y anular los rechazos elegibles para surtido de transición, los rechazos por Resurtido Demasiado Pronto y ciertos rechazos del servicio de DUR para nuevos ingresos. Los Surtidos de Transición por Nivel de Atención se permiten hasta el suministro aplicable de un mes, excepto para los sólidos orales de marca, que están limitados a surtidos de 14 días con las excepciones requeridas por las directrices de CMS, a menos que se presenten con un SCC 21-36. De lo contrario, estas reclamaciones de medicamentos se rechazarían por no estar incluidos en el formulario o por estar en el formulario con controles de gestión de utilización.

- ii. Los Surtidos de Transición por Nivel de Atención se permiten por día calendario, por Beneficiario, por medicamento, por farmacia y por plan, para un suministro acumulado en días dentro del beneficio de LOC de LTC.
 - iii. Para todos los Beneficiarios que experimenten un Cambio de Nivel de Atención, si un cambio de dosis da lugar a un “resurtido anticipado”, a rechazos por Resurtido Demasiado Pronto y a ciertos rechazos del servicio de DUR, la farmacia puede llamar al Centro de Ayuda para Farmacias para obtener una anulación.
 - iv. Los límites de cantidad del plan pueden ser mayores según el diseño de beneficios y estarán limitados por la cantidad recetada.
- 8. Controles de Gestión de Utilización No Elegibles para TF y Procesamiento de Terapia Escalonada y Autorización Previa Elegibles para TF
 - a. El PBM delegado codifica los siguientes controles de gestión de utilización en los medicamentos de manera que no se apliquen anulaciones de surtido de transición:
 - i. Medicamentos que requieren una determinación de cobertura de la Parte A o B frente a la Parte D, según se identifican en la base de datos de medicamentos del PBM delegado.
 - ii. Medicamentos excluidos del beneficio de la Parte D, según se identifican en la base de datos de medicamentos del PBM delegado.
 - iii. Controles para respaldar la determinación de la condición de Medicamento de la Parte D.
 - iv. Los controles de seguridad de DUR, como duplicación terapéutica, acetaminofén acumulado, equivalente en miligramos de morfina (MME), interacción de medicamentos y alertas por edad, están configurados para rechazar.

Los controles de terapia escalonada, Autorización Previa y límites de cantidad no relacionados con la seguridad que son elegibles para TF se resuelven en el POS.
- 9. Suministro Acumulado en Días
 - a. Para los resurtidos de transición de suministros dispensados por una cantidad menor a la recetada, o menor al suministro en días disponible conforme a las reglas de transición, se permiten múltiples surtidos hasta al menos el suministro aplicable de un mes.
 - b. Para los controles de DUR basados en una dosis diaria máxima recomendada por la FDA, las reclamaciones de Surtido de Transición dispensadas por una cantidad menor a la recetada debido a este control pueden resurtirse durante la Ventana de TF.
 - c. El suministro acumulado en días de TF del PBM delegado se acumula al nivel de GPI 14 del medicamento y por tipo único de control, por Beneficiario y entre planes (o códigos de plan). El surtido de transición considerará cada tipo único de control de Medicamento No Incluido en el Formulario o de Gestión de Utilización y permitirá un TF para cada tipo único de control elegible para surtido de transición que se presente en un GPI 14 individual. Los beneficios de Suministro de Emergencia de LTC y de Cambio de Nivel de Atención/Paciente Nuevo de LTC se acumulan por separado.
 - d. Estos límites de cantidad del plan pueden ser mayores según el diseño de beneficios y estarán limitados por la cantidad recetada.
- 10. El proceso de transición del PBM delegado está codificado de manera que, si no se puede distinguir en el POS entre una receta completamente nueva de un Medicamento No Incluido en el Formulario y una receta continua de un Medicamento No Incluido en el Formulario, el proceso de transición del PBM delegado se aplicará a la receta como si se tratara de una terapia farmacológica continua. Esto se conoce como el proceso de Beneficiario Nuevo.
- 11. Avisos de Transición
 - a. Para los Patrocinadores que utilizan al PBM delegado para enviar los avisos de transición, se envía al Beneficiario un aviso de transición por escrito dentro de los tres (3) días hábiles posteriores a la adjudicación de un surtido temporal.
 - b. Para el TF de LTC de sólidos orales de marca limitados a un suministro de 14 días, el aviso de TF se enviará solo después del primer surtido temporal.
 - c. El aviso incluye:
 - i. una explicación de la naturaleza temporal del suministro de transición proporcionado al Beneficiario
 - ii. instrucciones para trabajar con el PBM delegado y el profesional que receta a fin de cumplir con los requisitos de gestión de utilización o identificar alternativas del formulario terapéuticamente equivalentes y adecuadas
 - iii. una explicación del derecho del Beneficiario a solicitar una excepción al formulario
 - iv. una descripción de los procedimientos para solicitar una excepción al formulario
 - d. Para los Patrocinadores que utilizan al PBM delegado para enviar los avisos de transición, se proporcionan avisos de transición a los profesionales que recetan cuando se genera un aviso de surtido de transición para el Beneficiario. El contenido de este aviso se basa en el contenido del aviso de surtido de transición del

Beneficiario o en el aviso modelo de CMS, si se proporciona. Se hacen esfuerzos razonables para entregar el aviso al profesional que receta.

12. Disponibilidad de los Formularios de Solicitud de Autorización Previa y de Excepción
 - a. Para los Patrocinadores que utilizan los servicios de procesamiento de autorizaciones previas y excepciones del PBM delegado, los formularios de solicitud de autorización previa y de excepción están disponibles, a solicitud del Beneficiario o del profesional que receta, por diversos medios, incluidos correo electrónico, correo postal, fax y formularios publicados en los sitios web del PBM delegado.
 - b. Para los Patrocinadores que no utilizan al PBM delegado para las determinaciones de cobertura y excepciones, el Patrocinador es responsable de proporcionar estos formularios.
13. El proceso de transición del PBM delegado para Beneficiarios nuevos está codificado para aplicarse entre Años de Contrato a los Beneficiarios con una fecha de entrada en vigor de la inscripción al final del año del plan y que necesitan acceso a un suministro de transición por un cambio negativo en el formulario. Estos Beneficiarios son elegibles para un TF por un cambio negativo en el formulario desde la fecha en que se inscriben en el Año de Contrato actual hasta la Ventana de TF, que comienza el 1 de enero del siguiente año del plan.
14. [Se dejó en blanco intencionalmente para mantener una numeración coherente entre las secciones.]
15. Extensiones de Transición

Para los Patrocinadores que utilizan Atención al Cliente del PBM delegado, caso por caso, Atención al Cliente del PBM delegado proporcionará una extensión del período de transición para atender a los Beneficiarios que continúan esperando la resolución de una solicitud pendiente de autorización previa o de excepción. Las extensiones están disponibles a través del Centro de Ayuda para Farmacias o de Atención al Cliente y según el diseño del plan del Patrocinador.
16. De forma coherente con el proceso de surtido de transición proporcionado a los Beneficiarios nuevos, el PBM delegado proporciona surtidos de transición a los Beneficiarios que renuevan durante la Ventana de TF del Año de Contrato que tienen un historial de uso de los medicamentos afectados, cuando a esos Beneficiarios no se les ha hecho la transición a un medicamento del formulario terapéuticamente equivalente, o cuyas excepciones al formulario/autorizaciones previas no se procesaron antes del nuevo Año de Contrato. Esto se aplica en el POS a todos los Beneficiarios que renuevan, incluidos los que residen en centros de LTC.
 - a. Los Surtidos de Transición para Beneficiarios que Renuevan están disponibles durante la Ventana de TF para todos los Beneficiarios afectados por un cambio negativo en el formulario. Los Beneficiarios que renuevan deben tener un historial de uso del medicamento para el cual se solicita la cobertura.
 - b. Para estos Beneficiarios, el sistema de adjudicación del PBM delegado procesa y paga automáticamente las reclamaciones elegibles para surtido de transición y transmite mensajes del POS que indican que se pagan bajo las reglas del surtido de transición.
 - c. Hay suministros de transición adicionales disponibles caso por caso a través del Centro de Ayuda para Farmacias para garantizar una transición adecuada. No se requiere que las farmacias presenten ni vuelvan a presentar un PAMC ni ningún otro código específico del surtido de transición para que las reclamaciones elegibles para surtido de transición se adjudiquen y paguen.
 - d. Los límites de cantidad y tiempo del plan pueden ser mayores según el diseño de beneficios y estarán limitados por la cantidad recetada.
17. Supervisión e Informes del Programa de Surtido de Transición
 - a. Los procesos de surtido de transición se supervisan tanto entre como dentro de cada área del programa que tiene responsabilidad sobre los procesos de TF. La supervisión del programa de TF es tanto cuantitativa como cualitativa.
 - b. Los datos de adjudicación de reclamaciones de transición se utilizan para generar informes estándar de reclamaciones de TF pagadas y de reclamaciones rechazadas para la supervisión cuantitativa del programa. La supervisión del desempeño del programa incluye informes y supervisión de todos los tipos de TF: TF para Beneficiarios nuevos y que renuevan; y TF por Cambio de Nivel de Atención y por Suministro de Emergencia de LTC.
 - c. Apoyo y Respuesta a Auditorías y Otras Solicitudes de Datos
 - i. Las solicitudes de auditoría de datos del surtido de transición por parte de CMS u otras entidades apropiadas se responden dentro del plazo designado en la solicitud, o tan pronto como sea razonablemente posible, lo que sea más apropiado según el solicitante.
 - ii. Las solicitudes no urgentes de datos del surtido de transición se responden dentro de diez días hábiles. Otros tiempos de respuesta están disponibles caso por caso, según sea necesario.

DECLARACIÓN DE IMPLEMENTACIÓN

La siguiente es una declaración resumida de cómo se procesan las reclamaciones elegibles conforme a las reglas del sistema de adjudicación de TF en el punto de venta (POS) y mediante presentación manual, para permitir la anulación de controles del sistema que de otro modo darían lugar a reclamaciones rechazadas. El objetivo de estas reglas del sistema de adjudicación de TF es garantizar que las farmacias puedan resolver y anular en el POS los

controles elegibles para TF, con el fin de asegurar el acceso de los Beneficiarios a los medicamentos conforme a los requisitos y directrices de la Parte D.

1. El Sistema de Adjudicación de TF garantiza que:

- a. Las reclamaciones elegibles para TF de recetas nuevas y continuas se adjudiquen automáticamente al presentarse en el POS para:
 - i. Beneficiarios nuevos en el plan después del período anual de elección coordinada
 - ii. Beneficiarios de Medicare recién elegibles provenientes de otra cobertura
 - iii. Beneficiarios que cambian de otro Plan de la Parte D después del inicio de un Año de Contrato
 - iv. Beneficiarios actuales afectados por cambios negativos en el formulario (incluidos nuevos requisitos de gestión de utilización) de un Año de Contrato al siguiente
 - v. Beneficiarios que residen en centros de LTC
- b. El procesamiento del surtido de transición también está disponible mediante anulaciones manuales a través del Centro de Ayuda para Farmacias.
- c. Se aplica a la reclamación la verificación de la Ventana de TF y de la elegibilidad.
La fecha de inicio de la elegibilidad para TF del Beneficiario la proporciona el Patrocinador y se basa en el diseño del plan. La lógica de TF no se activa si una reclamación excede los parámetros de la Ventana de TF o del suministro acumulado en días, según la elegibilidad del Beneficiario.
- d. El procesamiento de TF permite suministros de transición de diferentes concentraciones de un medicamento.
Los beneficios de TF (incluido el Suministro Acumulado en Días) se configuran con base en el Identificador de Producto Genérico (GPI) 14 del medicamento para permitir el procesamiento de TF de diferentes concentraciones de un medicamento conforme a las reglas del sistema de TF. Esto garantiza que un Beneficiario que toma un medicamento en una concentración pueda recibir un TF del mismo medicamento en una concentración diferente si presenta una receta nueva dentro del período elegible para TF.
- e. Para los Beneficiarios nuevos en el plan, los Beneficiarios que renuevan durante la Ventana de TF, y para el Cambio de Nivel de Atención de LTC y los suministros de emergencia, se permite el TF por aumento de dosis, según corresponda, mediante anulación manual a través del Centro de Ayuda para Farmacias del PBM delegado.
- f. Solo se permiten medicamentos de la Parte D (Med D) para TF.
Los medicamentos que no son de la Parte D (Non-Med D) están excluidos del procesamiento de TF. Los medicamentos que no son de la Parte D se identifican con una “N” en el campo “Med D” de la base de datos de medicamentos del PBM delegado. Esto permite que la lógica de TF del sistema los excluya del procesamiento del surtido de transición cuando las farmacias presentan reclamaciones de estos medicamentos. Los medicamentos cubiertos bajo el beneficio de la Parte D de Medicare y, por lo tanto, potencialmente elegibles para TF, se identifican con una “Y” en el campo Med D de la base de datos de medicamentos del PBM delegado.
- g. Compuestos de Múltiples Ingredientes procesados para TF.
El procesamiento de TF para los medicamentos Compuestos de Múltiples Ingredientes (MIC) se basa en la condición de formulario de la reclamación. Según la configuración del diseño de beneficios de MIC seleccionada, la condición de formulario de la reclamación de MIC puede basarse en la condición de formulario del ingrediente más costoso presentado o en la condición de formulario de toda la reclamación (si todos los MIC se consideran incluidos en el formulario, o todos no incluidos en el formulario, o solo los MIC tópicos se consideran no incluidos en el formulario y los MIC no tópicos se basan en el ingrediente más costoso presentado). Los medicamentos no incluidos en el formulario se procesarán conforme a las reglas de TF para MIC. Los controles de terapia escalonada, QvT, dosis diaria y edad pueden omitirse para los medicamentos MIC, y las reclamaciones pueden pagarse fuera del TF según la configuración del diseño de beneficios. Para los MIC que son Medicamentos No Incluidos en el Formulario y que generalmente se cubren solo conforme a una solicitud de excepción aprobada, a los medicamentos MIC procesados para TF se les asigna el costo compartido aplicable al nivel de excepción (es decir, el costo compartido aplicable a los Medicamentos No Incluidos en el Formulario aprobados conforme a una solicitud de excepción). El suministro de transición de MIC para medicamentos del formulario con un control de UM recibirá el mismo costo compartido que se aplicaría si se cumplieran los criterios de UM.
Paso 1: La adjudicación del MIC determina el tipo de compuesto y si el MIC es un medicamento de la Parte A o B o de la Parte D. Si se determina que el MIC es un medicamento elegible para la Parte D (sin ingredientes de la Parte A o B y con al menos un ingrediente de la Parte D), se continúa con el Paso 2.

Paso 2: La adjudicación determina la condición de formulario de la reclamación de MIC de la Parte D según el diseño de beneficios; la configuración de beneficios determina si está incluida o no en el formulario.

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

Para 2027, el Patrocinador procesará las reclamaciones de MIC como no incluidas en el formulario O con los compuestos tópicos designados como no incluidos en el formulario. Los siguientes controles no se omitirán para las reclamaciones de MIC: terapia escalonada, QvT, dosis diaria y edad.

2. Esta política y procedimiento se actualiza al menos una vez al año, antes del período de certificación de TF de CMS, con los cambios de proceso previstos para el año siguiente. La política también se actualiza según sea necesario para cambios adicionales.
3. Las reclamaciones de Medicamentos No Incluidos en el Formulario son elegibles para el procesamiento de TF.
 - a. Lanzamiento de Medicamentos Genéricos
 - i. Medicamento de marca que se mantiene en el formulario cuando se lanza el genérico: En caso del lanzamiento de un nuevo medicamento genérico, el Patrocinador decide si mantiene el medicamento de marca en el formulario y no agrega el genérico al formulario. Un Beneficiario con el medicamento de marca equivalente en el historial retrospectivo no será elegible para un surtido de transición del genérico con la misma formulación si el Patrocinador decide no ofrecer el TF. Se enviará un mensaje a la farmacia para que dispense el medicamento de marca. El medicamento de marca estaría disponible sin necesidad de un TF. Si un Beneficiario actualmente toma un medicamento de marca, se proporcionará un surtido de transición del medicamento de marca con un cambio en el formulario para dar al Beneficiario tiempo suficiente para trabajar con el profesional que receta a fin de obtener un cambio adecuado a un medicamento terapéuticamente equivalente o completar una solicitud de excepción para mantener la cobertura de un medicamento existente por razones de necesidad médica.
 - ii. Sustitución inmediata por medicamento genérico: En caso del lanzamiento de un nuevo medicamento genérico, el Patrocinador o el PBM delegado, en nombre del Patrocinador con formulario modelo delegado, evaluará si el medicamento genérico se agregará de inmediato al formulario y si el medicamento de marca cambiará a una condición de no incluido en el formulario que no es elegible para TF.
 - b. Los Beneficiarios con una reclamación actual de un medicamento que requiere un límite de cantidad inferior al límite de cantidad de la dosis en el historial del beneficiario serán elegibles para el procesamiento de TF.
4. Existen capacidades de sistemas para proporcionar suministros de transición en el POS. No se requiere que las farmacias presenten ni vuelvan a presentar un PAMC ni otros códigos específicos de TF para que se adjudique una reclamación elegible para TF.
 - a. Notificación a los Proveedores Farmacéuticos en el POS
 - i. Se notifica a las farmacias en el POS que las reclamaciones se pagaron conforme a las reglas de TF, con el fin de ayudar a las farmacias a explicar los próximos pasos a los Beneficiarios.
 - ii. La información y las comunicaciones sobre el procesamiento de TF se envían a todas las farmacias de la red. La información y las comunicaciones sobre el procesamiento de TF incluyen, entre otros: el Manual del Proveedor Farmacéutico y todas sus actualizaciones; y el documento de Información/Recordatorios de la Parte D de Medicare que se envía anualmente a las farmacias de la red antes del inicio de cada nuevo Año de Contrato.
 - iii. Centro de Ayuda para Farmacias (PHD) del PBM delegado: A las farmacias que se comunican con el PHD se les informa verbalmente sobre la disponibilidad de TF del Beneficiario, el proceso y los derechos para solicitar autorización previa y/o una excepción, y cómo presentar una solicitud automatizada de TF.
 - iv. Pago Automático de Reclamaciones Elegibles para TF
Cuando las reclamaciones presentadas son elegibles para pago conforme a las reglas de TF, la lógica del sistema de adjudicación RxClaim aplica a la reclamación el PAMC de TF 2222333444, etiqueta la reclamación como TF pagado y devuelve los mensajes que se indican a continuación en las

reclamaciones de TF pagadas. No se requiere que las farmacias presenten ni vuelvan a presentar un PAMC ni otros códigos específicos de TF para que se adjudique una reclamación elegible para TF. Los códigos y mensajes relacionados con TF que se devuelven a las farmacias en las reclamaciones de TF pagadas cumplen con los Estándares actuales de reclamaciones de Telecomunicaciones del NCPDP. De conformidad con estos estándares, el mensaje “Pagado bajo surtido de transición” sigue a los mensajes de ADDINS (seguro adicional) y de Ahorros de Marca/Genérico cuando estos aplican. De lo contrario, el mensaje “Pagado bajo surtido de transición” se devuelve como el primer mensaje en las reclamaciones de TF pagadas. Las reclamaciones no elegibles para TF se rechazan y no se pagan conforme a las reglas de TF.

“Pagado bajo surtido de transición. No incluido en el formulario.”
“Pagado bajo surtido de transición. Se requiere PA.”
“Pagado bajo surtido de transición. Otro rechazo.” (Nota: Esto incluye los requisitos de terapia escalonada, QvT, dosis diaria y edad)

Además de los mensajes del POS indicados anteriormente, y de conformidad con los Estándares actuales de reclamaciones de Telecomunicaciones del NCPDP, también se devuelven los siguientes códigos de mensaje de aprobación en las reclamaciones de TF pagadas.

CÓDIGOS DE MENSAJE DE APROBACIÓN DE TF

Código de Mensaje de Aprobación	Condición de TF
005	La reclamación de TF se pagó durante el período de transición, pero requería una autorización previa
006	La reclamación de TF se pagó durante el período de transición y se consideró no incluida en el formulario
007	La reclamación de TF se pagó durante el período de transición debido a cualquier otra circunstancia
009	La reclamación de TF se pagó mediante un escenario de surtido de emergencia, pero requería una autorización previa
010	La reclamación de TF se pagó mediante un escenario de surtido de emergencia y se consideró no incluida en el formulario
011	La reclamación de TF se pagó mediante un escenario de surtido de emergencia debido a cualquier otra circunstancia
013	La reclamación de TF se pagó mediante un escenario de cambio de nivel de atención, pero requería una autorización previa
014	La reclamación de TF se pagó mediante un escenario de cambio de nivel de atención y se consideró no incluida en el formulario
015	La reclamación de TF se pagó mediante un escenario de cambio de nivel de atención debido a cualquier otra circunstancia

- b. Para los Patrocinadores que utilizan al PBM delegado para ingresar anulaciones, existen condiciones en las que puede ser necesario que el PHD o CC del PBM delegado ingrese una anulación manual de TF. Estas situaciones incluyen, entre otras:
 - i. El Beneficiario que no está en LTC se traslada de un entorno de tratamiento a otro, si no se identifica automáticamente mediante el proceso de adjudicación
 - ii. El Beneficiario solicitó una excepción y la decisión está pendiente en el momento en que vence el período de TF o se agota el suministro acumulado en días de TF
 - iii. Se necesita un TF por aumento de dosis
 - c. Cuando se ingresan manualmente con el PAMC de TF, estas anulaciones de TF se adjudican y etiquetan mediante los mismos procesos que los TF automatizados en el POS. Se devuelve a las farmacias el mismo mensaje “Pagado bajo surtido de transición...” en las anulaciones manuales de TF que en las reclamaciones de TF pagadas automáticamente. Las cartas de TF se generan y se envían al Beneficiario para las anulaciones manuales de TF de la misma manera que para las anulaciones en el POS.
5. Parámetros de Suministro en Días y Período de Tiempo de TF (y Suministro en Días de LTC para la Declaración 7)

a.

Descripción	Suministro en Días de TF
Beneficiarios Nuevos y que Renuevan	
	• Estos límites de cantidad y tiempo del plan pueden ser mayores según el diseño de beneficios y estarán limitados por la cantidad recetada • No LTC: suministro acumulado aplicable de un mes dentro de los primeros 90 días en el plan; se permiten múltiples surtidos hasta un suministro acumulado aplicable de un mes para atender surtidos por cantidades menores a las recetadas. • LTC: suministro acumulado aplicable de un mes dentro de los primeros 90 días en el plan; los sólidos orales de marca están limitados a un suministro de 14 días con las excepciones requeridas por las directrices de CMS, a menos que se presenten con un SCC 21-36; se permiten múltiples surtidos hasta un suministro acumulado aplicable de un mes para atender surtidos por cantidades menores a las recetadas/primeros 90 días
Cambio de Nivel de Atención de Residente fuera de LTC	
• Beneficiario dado de alta de un centro de LTC en los últimos 30 días	• Estos límites de cantidad del plan pueden ser mayores según el diseño de beneficios y estarán limitados por la cantidad recetada • No LTC: suministro acumulado aplicable de un mes; se permiten múltiples surtidos hasta un suministro acumulado aplicable de un mes para atender surtidos por cantidades menores a las recetadas. • TF disponible en el POS si se identifica mediante la adjudicación; de lo contrario, mediante anulación manual a través del Centro de Ayuda para Farmacias, caso por caso
Extensión de TF para Beneficiarios Nuevos y que Renuevan	
• Beneficiarios Nuevos o Existentes • Fuera de los parámetros estándar de suministro en días o período de tiempo de TF • Se alcanzaron los parámetros de TF y el Beneficiario aún tiene pendiente una decisión de excepción/determinación de cobertura	• Estos límites del plan estarán limitados por la cantidad recetada • No LTC: Según el diseño del plan del Patrocinador, mediante anulación manual, adicional según sea necesario mientras esté pendiente la decisión de excepción o de determinación de cobertura • LTC: Según el diseño del plan del Patrocinador, mediante anulación manual, adicional según sea necesario mientras esté pendiente la decisión de excepción o de determinación de cobertura

b. Cambio de Nivel de Atención de Residente fuera de LTC

- i. Para los residentes que no están en LTC, se puede proporcionar automáticamente un surtido de transición en el POS si el proceso de adjudicación indica un cambio de Nivel de Atención de LTC a no LTC y la reclamación se rechaza por Resurtido Demasiado Pronto (R79) o por DUR (R88). De lo contrario, la farmacia puede llamar al Centro de Ayuda para Farmacias del PBM delegado para obtener una anulación a fin de presentar una solicitud de surtido de transición por Nivel de Atención.
 - ii. Un cambio de Nivel de Atención de LTC a no LTC se indica en el proceso de adjudicación si el medicamento presentado coincide con una reclamación de los 120 días más recientes del historial según el GPI 14 con un Código de Ubicación del Paciente que indica LTC. A los residentes que no están en LTC se les permite hasta un suministro acumulado aplicable de un mes (o mayor según el diseño de beneficios); se permiten múltiples surtidos hasta un suministro acumulado aplicable de un mes para atender surtidos por cantidades menores a las recetadas.
6. El sistema de adjudicación garantiza que el costo compartido aplicado a los TF para los Beneficiarios con subsidio por bajos ingresos (LIS) nunca exceda los montos máximos legales de copago; y, para los Beneficiarios sin LIS, el costo compartido se basa en uno de los niveles de costo compartido aprobados del plan y es coherente con el que se cobra por

los medicamentos no incluidos en el formulario aprobados mediante una excepción de cobertura. El suministro de transición de medicamentos no incluidos en el formulario recibirá el mismo costo compartido que se aplicaría a una excepción para medicamentos no incluidos en el formulario, y el suministro de transición de medicamentos del formulario con un control de UM recibirá el mismo costo compartido que se aplicaría si se cumplieran los criterios de UM.

7. Procesamiento para el Entorno de LTC

a. Códigos de Red de Farmacias y de Residencia del Paciente

Los parámetros de TF pueden variar según el nivel de red (o lista de redes) mediante el uso de listas de redes o de farmacias. Por lo tanto, se pueden establecer diferentes suministros en días de TF para proveedores Minoristas, de Pedido por Correo, de LTC y/o de Infusión en el Hogar. Los códigos de Tipo de Servicio de Farmacia y de Residencia del Paciente en las reclamaciones presentadas se utilizan para identificar la reclamación como no LTC o LTC para fines de reembolso y del suministro en días de TF permitido.

i. Los valores definidos como LTC por las operaciones de la red de farmacias del PBM delegado se equiparan internamente durante la adjudicación en RxClaim con el valor del sistema heredado “Código de Ubicación del Paciente” (PLC) 03.

b. Se permiten los límites de suministro acumulado en días de TF de LTC para las reclamaciones calificadas presentadas con PLC que designan LTC.

c. El Suministro de Emergencia (ES) de LTC se permite después de que los parámetros del suministro de transición se hayan agotado, excedido o vencido para los Beneficiarios nuevos y que renuevan y aún esté pendiente una determinación de cobertura o una excepción. La política de transición del ES de LTC proporciona un suministro acumulado de 31 días, excepto para los sólidos orales de marca, que están limitados a un suministro de 14 días con las excepciones requeridas por las directrices de CMS, a menos que se presenten con un SCC 21-36.

d. El TF por Cambio de Nivel de Atención de LTC y el Suministro de Emergencia de LTC están automatizados con base en reglas específicas de presentación de reclamaciones en el POS. Se instruye a las farmacias sobre cómo presentar correctamente las reclamaciones que califican mediante actualizaciones del Manual del Proveedor y comunicaciones continuas de la red, de modo que estas reclamaciones se procesen correctamente como TF bajo las condiciones aplicables de TF de LTC.

CAMBIO DE NIVEL DE ATENCIÓN DE LTC Y SUMINISTRO DE EMERGENCIA DE LTC	
Descripción	Suministro en Días de TF
Cambio de Nivel de Atención (LOC) de LTC El Beneficiario reside en un Centro de LTC y es un Ingreso de Paciente Nuevo	
Beneficiario ingresado en un centro de LTC en los últimos 30 días	- Estos límites de cantidad del plan pueden ser mayores según el diseño de beneficios y estarán limitados por la cantidad recetada - Suministro acumulado aplicable de un mes, excepto para los sólidos orales de marca, que están limitados a un suministro de 14 días con las excepciones requeridas por las directrices de CMS, a menos que se presenten con un SCC 21-36. Presentado en el POS con: - Código de Aclaración de Presentación 420-DK Valor “18” - Código de Ubicación del Paciente identificado como LTC - Hay surtidos adicionales disponibles, según sea necesario, mediante anulaciones manuales de TF a través del Centro de Ayuda para Farmacias - Se permiten múltiples surtidos para atender cambios de LOC - El TF de LOC de LTC se permite por día calendario, por Beneficiario, por medicamento, por farmacia y por plan, para un suministro acumulado en días dentro del beneficio de LOC de LTC definido. - Los Beneficiarios nuevos y que renuevan deben haber agotado o excedido el suministro en días de TF, o debe haber vencido el período de TF

	• Para las reclamaciones de LTC, cuando se aplica el SCC 18 al lado primario de una reclamación de coordinación de beneficios de una sola transacción para anular el Resurtido Demasiado Pronto (RTS) (R79, R88), esa misma anulación de RTS (R79, R88) también se aplicará al lado secundario de la transacción. • Si se activa el beneficio de LOC de LTC y se paga, contará para el beneficio de LOC de LTC. Los beneficios restantes de TF no LTC o LTC seguirán disponibles durante la Ventana de TF. • Si el suministro en días de la reclamación entrante de LOC de LTC excede el beneficio máximo de LOC de LTC, se enviará un mensaje a la farmacia para notificarle el beneficio restante de TF no LTC o LTC disponible durante la Ventana de TF.
Suministro de Emergencia de LTC El Beneficiario reside en un centro de LTC	
• Suministro de Emergencia (ES) de LTC	• Estos suministros pueden ser mayores según el diseño de beneficios y estarán limitados por la cantidad recetada • Suministro acumulado de 31 días, excepto para los sólidos orales de marca, que están limitados a un suministro de 14 días con las excepciones requeridas por las directrices de CMS, a menos que se presenten con un SCC 21-36. Presentado en el POS con: • Código de Aclaración de Presentación 420-DK Valor “7” • Código de Ubicación del Paciente identificado como LTC • El ES de TF de LTC automatizado en el POS está configurado para permitir un ES cada período móvil de 30 días, limitado a un ES por estadía en LTC. La lógica de adjudicación revisa los 30 días anteriores a partir del día siguiente a la fecha del surtido. • El ES de LTC se permite por día calendario, por Beneficiario, por medicamento, por farmacia y por plan, para un suministro acumulado en días durante un mes móvil • Los Beneficiarios nuevos y que renuevan deben haber agotado o excedido el suministro en días de TF, o debe haber vencido el período de TF, y mientras esté pendiente una excepción o autorización previa • Si se activa el beneficio de ES de LTC y se paga, contará para el beneficio de ES de LTC. Los beneficios restantes de TF no LTC o LTC seguirán disponibles durante la Ventana de TF • Si el suministro en días de la reclamación entrante de ES de LTC excede el beneficio máximo de ES de LTC, se enviará un mensaje a la farmacia para notificarle el beneficio restante de TF no LTC o LTC disponible durante la Ventana de TF

Cambio de Nivel de Atención de LTC para Beneficiarios que ingresan o son dados de alta de un centro de LTC: no se utilizan controles de resurtido anticipado para limitar el acceso adecuado y necesario a su beneficio de la Parte D, y a dichos Beneficiarios se les permite obtener un resurtido al momento del ingreso o del alta.

CAMBIO DE NIVEL DE ATENCIÓN DE LTC Y SUMINISTRO DE EMERGENCIA DE LTC
ANULACIONES POR RESURTIDO DEMASIADO PRONTO (RTS) Y REVISIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS (DUR)

Descripción	Control	Código de Rechazo	Punto de Venta	Anulación Manual Disponible
Cambio de Nivel de Atención de LTC	RTS/ Opción del Plan 15	79	S	S (si el medicamento califica como TF, se utiliza la anulación de TF)
Suministro de Emergencia de LTC	RTS/ Opción del Plan 15	79	N	S (si el medicamento califica como TF, se utiliza la anulación de TF)
Cambio de Nivel de Atención de LTC	DUR – Opción del Plan 30	88	S	S (si el medicamento califica como TF, se utiliza la anulación de TF)
Suministro de Emergencia de LTC	DUR – Opción del Plan 30	88	N	S (si el medicamento califica como TF, se utiliza la anulación de TF)

8. Controles del Surtido de Transición

a. Controles de Anulación No Aplicados Durante el TF

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

i. Resurtido Demasiado Pronto (RTS)

La lógica automatizada del sistema de TF para Beneficiarios nuevos y que renuevan no permite la anulación de los controles de RTS (excepto para el Cambio de Nivel de Atención de LTC). En su lugar, se devuelve a las farmacias el rechazo 79 (RTS) cuando las reclamaciones presentadas activan este control.

ii. Controles de Seguridad de DUR

La lógica automatizada del sistema de TF para Beneficiarios nuevos y que renuevan no permite la anulación de los controles de seguridad de DUR configurados para rechazar en el punto de venta. En su lugar, se devuelve a las farmacias el rechazo 88 (DUR) con las instrucciones correspondientes cuando las reclamaciones presentadas activan este control.

iii. Medicamentos Solo de la Parte A o B

La lógica automatizada de adjudicación de TF no se aplica a las reclamaciones de medicamentos solo de la Parte A o B. Todos los medicamentos “solo” de Med A o B están excluidos de los procesos de TF y del pago conforme a las reglas de TF, y se etiquetan con la condición “N” en el campo de condición “Med D” de la base de datos de medicamentos del PBM delegado. Los medicamentos solo de la Parte A o B se rechazan utilizando los códigos de rechazo apropiados y los mensajes estructurados de rechazo aplicables de los Estándares actuales de reclamaciones de Telecomunicaciones del NCPDP.

iv. Parte A o B frente a Parte D (A o B frente a D)

A los medicamentos de la Parte A o B frente a la D no se les proporciona un TF de la Parte D para determinar la cobertura adecuada de la Parte A o la Parte B frente a la D. Se necesita una determinación para identificar la cobertura correcta del medicamento. Los medicamentos de la Parte A o B frente a la D se rechazan utilizando los códigos de rechazo apropiados y los mensajes estructurados de rechazo aplicables de los Estándares actuales de reclamaciones de Telecomunicaciones del NCPDP. Se informa al Beneficiario, al médico que receta o a la farmacia que debe llamar al PBM delegado para una revisión clínica a fin de determinar la cobertura aplicable. En el sistema de adjudicación RxClaim, los medicamentos de la Parte A o B frente a la D se configuran con un indicador de identificación en la tabla de Autorización Previa de RxClaim. El indicador de identificación especifica que un medicamento está clasificado como medicamento de la Parte A o B frente a la D.

Las reclamaciones de la Parte A o B frente a la D se rechazan con A3 (Este producto puede estar cubierto por el hospicio – Medicare A); A4 (Este producto puede estar cubierto por el pago combinado de Medicare a un centro de diálisis para ESRD); A5 (No cubierto por la ley de la Parte D); o A6 (Este producto/servicio puede estar cubierto por la Parte B de Medicare). En los mensajes de rechazo de estas reclamaciones de medicamentos se proporcionan números de teléfono a nivel del Plan para ayudar a comunicarse con el Plan para una determinación, si es necesario. Si las determinaciones de la Parte A o B frente a la D se delegan al PBM delegado, se tomará una determinación de la cobertura correcta. Si un medicamento del formulario está cubierto por la Parte D, se ingresa una PA en el sistema RxClaim para permitir que la reclamación se pague bajo la cobertura de la Parte D del Beneficiario si es elegible según la cobertura estándar de la Parte D. Si un medicamento no incluido en el formulario está cubierto por la Parte D, la reclamación se evalúa para determinar

si es elegible para Surtido de Transición. Si la reclamación es elegible para TF, se proporciona un TF y el Beneficiario recibe la notificación de TF correspondiente.

- v. **Medicamentos Excluidos: no cubiertos por CMS bajo los beneficios del programa de la Parte D**
CMS requiere que algunos medicamentos se revisen para determinar su condición de medicamento de la Parte D. Estos medicamentos requerirán una indicación médicamente aceptada, basada en la etiqueta aprobada por la FDA o en los compendios aprobados por CMS, para determinar si son elegibles para la cobertura de la Parte D. Los Beneficiarios pueden solicitar una excepción al formulario para estos medicamentos. Los medicamentos solo se aprobarán para los Beneficiarios que proporcionen el diagnóstico que demuestre que el medicamento se receta para una indicación médicamente aceptada. A los Beneficiarios a quienes se les niegue una determinación de cobertura (autorización previa o excepción al formulario) recibirán una carta de denegación que indica que su medicamento no es un medicamento de la Parte D. Los Beneficiarios tendrán derecho a apelar la decisión. Si se determina que el medicamento es para una indicación médicamente aceptada y, por lo tanto, es un medicamento de la Parte D, pero no se cumplen otros criterios adicionales de gestión de utilización, la reclamación se revisa para determinar su elegibilidad para TF y se ingresa una PA si corresponde. Los medicamentos excluidos pueden rechazarse por las siguientes razones:
1. Los medicamentos del formulario se rechazarán por requerir autorización previa (PA) (R75).
 2. Los medicamentos no incluidos en el formulario se rechazarán como no incluidos en el formulario (R70).

b. **Controles Elegibles para TF**

Los parámetros de suministro en días y de tiempo de TF se aplican a las reclamaciones presentadas para:

- Medicamentos No Incluidos en el Formulario
- Medicamentos del formulario con controles de autorización previa, terapia escalonada, QL (cantidad en relación con el tiempo, dosis diaria) o edad. La lógica de TF puede aplicarse o no, según el diseño de beneficios del Patrocinador, en situaciones en las que existe una dosis máxima indicada en la etiqueta de la FDA que no debe excederse por razones de seguridad. El siguiente es el orden de procesamiento de los medicamentos a los que se aplican controles: terapia escalonada; Autorización Previa; Límites de Cantidad (incluidos dosis diaria y edad).

A continuación se indican los tipos únicos de condiciones del surtido de transición.

- i. **No incluido en el formulario (NF)**
Medicamentos que no están cubiertos en un formulario cerrado. El TF de NF anula el código de rechazo 70 por NDC No Cubierto (rechazo del Plan 70). Código Nacional de Medicamentos (NDC).
- ii. **Autorización Previa (PA)**
Medicamentos que están cubiertos en el formulario pero requieren autorización previa. El TF de PA anula el código de rechazo 75 por Autorización Previa.
- iii. **Terapia Escalonada**
Los medicamentos del formulario que se rechazan por requisitos previos de Terapia Escalonada pueden ser elegibles para TF. El procesamiento de TF permite anular el rechazo por Terapia Escalonada y que la reclamación se procese mediante la lógica del programa de Terapia Escalonada y se registre en el historial de manera adecuada. - Se puede generar un aviso de surtido de transición por Terapia Escalonada para este control.
Para algunos medicamentos con controles de terapia escalonada en los que el Beneficiario obtuvo un TF ("con derechos adquiridos" o ST-PA Tipo 2, es decir, presentados a CMS como terapia escalonada solo para inicios nuevos de terapia), el propio TF cumple con los requisitos de terapia escalonada para ese medicamento. Esto significa que el Beneficiario ya cumplió con los requisitos escalonados y podrá seguir obteniendo surtidos futuros de ese medicamento sin recibir un rechazo. En estos casos, no se envían Cartas de TF por Terapia Escalonada ni a los Beneficiarios ni a los profesionales que recetan. El TF por Terapia Escalonada anula el rechazo 76 (excede los límites del plan) / el rechazo 75 (se requiere PA) o el rechazo 608 (terapia escalonada; se requiere una terapia farmacológica alternativa), según la Configuración de Beneficios del Plan 76/75 o 608.
- iv. **Límites de Cantidad (QL)**
Cantidad en Relación con el Tiempo (QvT) o Dosis Diaria Máxima (DD)
Los límites de cantidad de medicamentos se utilizan para establecer las cantidades permitidas para la cobertura de medicamentos seleccionados en valores específicos durante un período determinado. Para efectos del TF, un límite de cantidad se considera un tipo de surtido de transición para medicamentos que requieren que se dispense un suministro limitado según el suministro en días, la cantidad permitida a lo largo del tiempo o las dosis máximas por día.
 1. Los medicamentos que de otro modo se rechazarían por limitaciones de cantidad cuando se presentan por una cantidad mayor a la permitida son elegibles para el procesamiento del surtido de transición durante el período de transición. La lógica del sistema de TF permite anular el rechazo por límite de cantidad y que la reclamación se procese mediante la lógica del programa de TF y se registre en el historial de manera adecuada. Si una reclamación no es elegible para la anulación de

TF y se rechaza por límites de cantidad (es decir, se agotó el suministro en días de TF o venció el período de TF), seguirá rechazándose según los parámetros de límite de cantidad con el Rechazo 76. El TF anula los controles de “cantidad en relación con el tiempo” configurados para contar el historial continuo de surtidos entre Años de Contrato (configuración de cantidad “período a la fecha” Tipo D) o para contar el historial de surtidos a partir del 1 de enero de cada Año de Contrato. El TF de QL/QvT anula el código de rechazo 76.

2. Además del TF para QL/QvT, el TF está disponible para los controles de DD de medicamentos. Los controles de DD y de QL/QvT son mutuamente excluyentes. Si alguna vez ambos se configuraran juntos en el mismo plan, el TF para los controles de QL/QvT tiene prioridad sobre el TF de DD. El TF de DD anula el rechazo 76.
 3. Para el TF de QvT y las Limitaciones del Plan, un QvT configurado en el NDC del medicamento (Opción del Plan 10) y/o en el GPI (Opción del Plan 11) anulará las Limitaciones del Plan configuradas en las Opciones del Plan 26.1 y 26.2, Formulario Preferido. Por lo tanto, cuando se permite el TF por razones de QvT, también se anulan las Limitaciones del Plan en 26.1 y 26.2. Sin embargo, el suministro acumulado en días de TF no anula ninguna de ellas una vez utilizado/agotado.
 4. Para los cambios de QL, el sistema revisará el control de QL en el historial y lo comparará con el control de QL actual/activo. Si el control de QL actual es inferior al control del historial, se anula el control de QL y la reclamación se procesa mediante la lógica del programa de TF.
- v. **Controles por Edad**
El TF está disponible para los medicamentos del formulario configurados con Controles por Edad por razones de seguridad. El TF por Control de Edad anula el rechazo 76.
- vi. **Rechazo AG**
Un Rechazo AG es el rechazo de una reclamación debido a una limitación del suministro en días. Las reclamaciones presentadas por más del Suministro en Días de TF restante permitido devuelven el código de rechazo “AG” y el mensaje “Resubmit for Remaining Day Supply of XX” (Vuelva a presentar por el suministro restante de XX días), donde XX es el número de días restantes permitidos del suministro acumulado de TF. El código de rechazo “AG” se devuelve como el código de rechazo principal, a menos que, según los Estándares actuales de reclamaciones de Telecomunicaciones del NCPDP, este rechazo deba seguir a los mensajes de ADDINS (seguro adicional) y/o de Ahorros de Marca/Genérico cuando estos aplican. Los rechazos AG se devuelven tanto en las reclamaciones iniciales sin un TF previo en el historial como en las presentaciones posteriores cuando el suministro acumulado en días de TF no se ha agotado con un TF pagado anterior. Cuando una farmacia reduce el suministro en días de la reclamación y la vuelve a presentar, las reclamaciones elegibles para TF se procesan conforme a las reglas de TF.
- vii. **Lógica de Medicamentos Preempacados que No se Pueden Fraccionar**
Los medicamentos cuyo empaque de fabricación no puede dividirse para dispensar una receta pueden considerarse medicamentos preempacados que no se pueden fraccionar, para los cuales puede dispensarse el suministro en días del medicamento preempacado. El propósito de esta lógica es garantizar que el Beneficiario reciba la totalidad de su suministro en días (DS) de TF, aunque el DS exceda el beneficio máximo debido al tipo de empaque del medicamento. Esta lógica se aplicará si el DS acumulado del medicamento preempacado es menor que el beneficio requerido antes del surtido actual. Si el DS acumulado del medicamento preempacado, incluida la cantidad del surtido actual, excede el beneficio máximo y es menor o igual a la cantidad de un solo paquete del medicamento, se pagará el TF. Si el DS acumulado del medicamento preempacado, incluida la cantidad del surtido actual, excede el beneficio máximo y la cantidad del surtido actual excede la cantidad de un solo paquete del medicamento, se enviará un mensaje a la farmacia para que vuelva a presentar la reclamación por un solo paquete del medicamento. La reclamación conservará los mensajes y los rechazos asociados con el procesamiento.
- viii. **Autorizaciones Previas (PA) Clínicas / a Nivel del Beneficiario**
Se ingresarán autorizaciones previas clínicas a nivel del Beneficiario para anular todos los controles elegibles para TF. De lo contrario, se permitirá un TF para cualquier control elegible para TF para el cual no se haya ingresado la PA. Cuando ya existe en el registro del Beneficiario una PA clínica/del Beneficiario que anula todos los controles elegibles para TF, el procesamiento de TF no aplica. Bajo esta condición, las reclamaciones no se procesan como TF y no se envían cartas de TF a los Beneficiarios.
- c. **Procesado sin TF**
- i. **Lógica de Medicamentos de Clase Protegida (PCD)**
La Lógica de PCD pagará la reclamación sin TF de acuerdo con los criterios del plan, si el Patrocinador

selecciona esta lógica. El procesamiento de TF se aplicará a cualquier control elegible para TF que la lógica de PCD no haya anulado.

ii. **Lógica de Medicamentos con Derechos Adquiridos**

La lógica de Medicamentos con Derechos Adquiridos anulará los controles de NF, Terapia Escalonada y PA y pagará la reclamación sin TF de acuerdo con los criterios del plan, si el Patrocinador selecciona esta lógica. El procesamiento de TF se aplicará a cualquier control elegible para TF que la lógica de Medicamentos con Derechos Adquiridos no haya anulado.

iii. **Lógica de Medicamentos ST-PA Tipo 2**

Los controles de Medicamentos ST-PA Tipo 2 son controles presentados a CMS como terapia escalonada solo para inicios nuevos de terapia. La lógica de adjudicación del PBM delegado utiliza un período retrospectivo mínimo de 108 días para determinar los inicios nuevos. La Lógica de Medicamentos ST-PA Tipo 2 pagará la reclamación sin la lógica de TF, de acuerdo con los criterios del plan, si el Patrocinador selecciona esta lógica. El procesamiento de TF se aplicará a cualquier control elegible para TF que la Lógica de Medicamentos ST-PA Tipo 2 no haya anulado.

9. **Historial de Reclamaciones de TF**

Se cuenta todo el historial de un medicamento durante el período de transición, independientemente de la farmacia/red que lo dispense. Las reclamaciones del POS, las ingresadas manualmente y las presentadas por el Beneficiario (en papel) de las redes Minorista, de Pedido por Correo, de Atención a Largo Plazo y de Infusión en el Hogar se cuentan en conjunto para determinar el suministro acumulado total en días de un medicamento. Los límites del suministro en días de TF se definen como suministros acumulados basados en los requisitos de suministro en días de la Parte D, para garantizar que haya resurtidos disponibles de los medicamentos elegibles para TF cuando el TF se dispense por una cantidad menor a la recetada debido a límites de cantidad por seguridad o a controles basados en el etiquetado aprobado del producto; el sistema “cuenta” automáticamente las reclamaciones de TF relacionadas anteriores para que se apliquen correctamente los parámetros de acumulación del suministro en días de TF.

10. Si no se puede distinguir en el POS entre una receta completamente nueva de un Medicamento No Incluido en el Formulario y una receta continua de un Medicamento No Incluido en el Formulario, el proceso de transición se aplica a la receta completamente nueva del medicamento no incluido en el formulario.

- a. Los Beneficiarios nuevos en el plan incluyen: Beneficiarios nuevos en el plan al inicio del Año de Contrato; Beneficiarios recién elegibles provenientes de otra cobertura; y Beneficiarios que cambian de un plan a otro después del inicio de un Año de Contrato.
- b. Los surtidos de transición están disponibles en el POS mediante el procesamiento de transición durante la Ventana de TF.
- c. Hay suministros de transición adicionales disponibles caso por caso a través del Centro de Ayuda para Farmacias para garantizar una transición adecuada.
- d. Los límites de cantidad y tiempo del plan pueden ser mayores según el diseño de beneficios y estarán limitados por la cantidad recetada.

11. Para los Patrocinadores que utilizan al PBM delegado para enviar los avisos de transición, las Cartas de TF se envían a los Beneficiarios dentro de los tres (3) días hábiles posteriores a la adjudicación de la reclamación de TF y para los surtidos posteriores del mismo medicamento según las especificaciones del cliente; también se hacen esfuerzos razonables y máximos para identificar la dirección/información de contacto actual del profesional que receta y notificarle el TF a fin de facilitar la transición de los Beneficiarios. Para los residentes de LTC a quienes se dispensen múltiples suministros de un medicamento de la Parte D en incrementos de 14 días o menos, según lo requerido por las directrices de CMS, el aviso por escrito se proporcionará dentro de los 3 días hábiles posteriores a la adjudicación únicamente del primer surtido temporal. Las Cartas de TF se generan a partir de las Etiquetas de Reclamación y de Carta de TF, que se extraen al Archivo diario de Cartas de TF.

- a. Indicadores de Etiquetas de Reclamación y de Carta de TF Basados en Controles Elegibles para TF
 - i. Etiqueta de Reclamación de TF: Es la etiqueta del sistema de adjudicación que se aplica a la reclamación cuando se adjudica conforme a las reglas del sistema de TF. Esta etiqueta representa el motivo por el cual la reclamación se pagó mediante los procesos de TF y qué controles fueron anulados por el TF en lugar de rechazarse, como ocurriría si el TF no estuviera disponible. Estas etiquetas pueden representar un solo motivo de TF (p. ej., No incluido en el formulario, PA, Terapia Escalonada o Límite de Cantidad) o una combinación de motivos de TF (p. ej., PA con Límite de Cantidad; No incluido en el formulario con Límite de Cantidad, etc.).
 - ii. Etiqueta de Carta de TF: Esta etiqueta se utiliza para designar el contenido específico del texto de la carta de TF para el aviso de TF a los Beneficiarios y a los profesionales que recetan.
 - iii. Etiqueta Combinada de TF: Esta etiqueta se utiliza para designar el contenido específico del texto de la carta de TF para el aviso de TF a los Beneficiarios y a los profesionales que recetan, para los Patrocinadores que eligen imprimir un párrafo por cada control anulado por el TF.

- b. Archivo Diario de Cartas de TF
 - i. Las reclamaciones de TF pagadas se extraen automáticamente a un Archivo diario de Reclamaciones de TF. Por cada reclamación de TF pagada, existe un registro correspondiente en el Archivo diario de Cartas de TF relacionado, o bien el registro se captura en el archivo interno diario de Excepciones con el motivo por el cual no se incluye en el Archivo de Cartas de TF (ejemplo: ajustes internos).
 - ii. El contenido del Archivo de Cartas de TF se utiliza para generar las cartas de TF correspondientes para los Beneficiarios y los profesionales que recetan.
 - iii. Las comunicaciones del Surtido de Transición para los Beneficiarios se proporcionan en otros idiomas (umbral del 5% de CMS) cuando el Patrocinador lo identifica en las presentaciones de implementación de TF y también cuando se identifica en la preferencia de idioma de la elegibilidad del Beneficiario.
12. Para los Patrocinadores que utilizan al PBM delegado para las determinaciones de cobertura, el PBM delegado pone a disposición, previa solicitud, los formularios de solicitud de Autorización Previa y de excepción para Beneficiarios, profesionales que recetan, farmacias y otros, por diversos medios, incluidos correo postal, fax, correo electrónico y, junto con el Patrocinador, a través del Sitio Web del Plan.
13. El proceso de transición del PBM delegado para Beneficiarios nuevos se aplica desde la fecha de inscripción hasta el final de la Ventana de TF. La fecha de inscripción no tiene que ser el inicio del Año de Contrato, y el proceso de transición puede extenderse entre Años de Contrato cuando la Ventana de TF abarca más de un Año de Contrato.
14. [Se dejó en blanco intencionalmente para mantener una numeración coherente entre las secciones.]
15. Las Extensiones de TF están disponibles para Beneficiarios Nuevos o Existentes, en entornos no LTC o LTC, a través del PHD o CC. La solicitud se revisa en función de lo siguiente y se procesa de acuerdo con las instrucciones del Patrocinador:
 - a. Fuera de los parámetros estándar de suministro en días o período de tiempo de TF
 - b. Se alcanzaron los parámetros de TF y el Beneficiario aún tiene pendiente una decisión de excepción/determinación de cobertura
16. Transición para Beneficiarios Actuales
 - a. Los Beneficiarios que renuevan deben tener un historial de uso del o de los Medicamentos No Incluidos en el Formulario que experimentan un cambio negativo en el formulario de un año a otro. El historial de uso requiere los siguientes criterios:
 - i. Revisión retrospectiva del historial a partir de la fecha actual del surtido, especificada como número de días en la configuración del plan, para identificar la reclamación más reciente del historial que califica
 - ii. Nivel de coincidencia del GPI del medicamento para la revisión retrospectiva del historial especificado en la configuración del plan
 - iii. Reclamación(es) en el historial del mismo medicamento
 1. Las reclamaciones entrantes de los Beneficiarios que se encuentran dentro de su ventana de transición de Beneficiario que renueva se evaluarán para determinar si el medicamento solicitado ha sido afectado por un cambio negativo en el formulario.
 2. Los cambios negativos en el formulario se evalúan mediante un proceso de adjudicación que compara los controles actuales del formulario para el medicamento solicitado con los controles históricos del formulario implementados previamente para el medicamento.
 3. La evaluación de cambios negativos en el formulario se realizará al momento de la adjudicación en el POS.
 - iv. Las autorizaciones previas clínicas del Beneficiario aún no se han hecho efectivas
 - v. En los casos en que el Beneficiario reciba un surtido de transición parcial, la lógica garantizará que el suministro en días restante del Beneficiario que renueva sea elegible para surtido de transición durante la Ventana de TF.
 - b. Los siguientes procesos son opciones que los Patrocinadores pueden solicitar al PBM delegado que implemente para los Beneficiarios que renuevan:
 - i. Utilizar el ANOC como aviso anticipado de cualquier cambio en el formulario.
 - ii. Trabajar de manera prospectiva para educar y hacer la transición de los Beneficiarios actuales que toman medicamentos que ya no estarán en el formulario en el nuevo Año de Contrato o que requerirán controles de gestión de utilización de autorización previa, terapia escalonada o límite de cantidad en el nuevo Año de Contrato.
 - iii. Fomentar el procesamiento de excepciones al formulario/autorizaciones previas antes del 1 de enero de un nuevo Año de Contrato.
 - iv. De forma coherente con el proceso de surtido de transición proporcionado a los Beneficiarios nuevos, el PBM delegado proporciona surtidos de transición a los Beneficiarios que renuevan durante los primeros 90 días del Año de Contrato que tienen un historial de uso de los medicamentos afectados, cuando a esos Beneficiarios no se les ha hecho la transición a un medicamento del formulario

- terapéuticamente equivalente, o cuyas excepciones al formulario/autorizaciones previas no se procesaron antes del nuevo Año de Contrato. Esto se aplica a todos los Beneficiarios que renuevan, incluidos los que residen en centros de Atención a Largo Plazo.
- c. Para los Patrocinadores que utilizan el Centro de Ayuda para Farmacias del PBM delegado, se instruye al Centro de Ayuda para Farmacias que proporcione suministros de transición, según el diseño del plan del Patrocinador, a los Beneficiarios que renuevan y que tomaban medicamentos en el Año de Contrato anterior que no están incluidos en el formulario. Para los Patrocinadores que utilizan Atención al Cliente del PBM delegado, caso por caso, Atención al Cliente del PBM delegado puede proporcionar extensiones según las instrucciones del Patrocinador para atender a los Beneficiarios que continúan esperando la resolución de solicitudes pendientes de autorización previa o de excepción.
17. La supervisión del desempeño y los informes del programa de TF incluyen la elaboración y revisión continua de los siguientes elementos:
- a. Informes de Control de Extracción de Reclamaciones de TF y de Excepciones (informe de supervisión interna)
Estos informes sirven como controles internos para confirmar que todos los registros de reclamaciones de TF pagadas se extraen al archivo diario de extracción de TF, que se utiliza para generar las cartas de TF, o al archivo de Excepciones.
 - b. Revisiones de Control de Calidad de Impresión de Cartas de TF (supervisión interna)
El área de impresión y envío utiliza las Revisiones de Control de Calidad de Impresión de Cartas de TF para validar la calidad de impresión de las cartas y la confiabilidad del proceso de combinación de impresión cuando se realizan cambios en las plantillas o en el proceso.
 - c. Archivo de Respuesta de TF (archivo de supervisión interna)
Este archivo sirve para confirmar que, por cada registro válido de TF recibido de la adjudicación, existe una carta de TF correspondiente impresa/enviada por correo o distribuida por otro método aprobado.
 - d. Informes de Tiempo de Respuesta (TAT) de Cartas de TF (informe de supervisión interna y del Patrocinador)
Estos informes registran los días transcurridos entre las reclamaciones de TF pagadas y la fecha en que se proporcionaron las cartas de TF a los Beneficiarios. Se utilizan para supervisar el cumplimiento de los requisitos de enviar las cartas de TF a los Beneficiarios dentro de los tres (3) días hábiles posteriores a la adjudicación del TF.
 - e. Archivo de Reclamaciones de TF Pagadas (informe de supervisión interna y del Patrocinador)
Este archivo respalda la supervisión de los TF pagados para validar que las reclamaciones debían pagarse conforme a las reglas de TF y que se aplicaron las etiquetas de TF correctas durante la adjudicación.
 - f. Archivo de Reclamaciones Rechazadas (archivo de supervisión interna y del Patrocinador)
Se generan y revisan informes diarios de reclamaciones rechazadas para supervisar las reclamaciones rechazadas y validar que no debían haberse pagado conforme a las reglas de TF.
 - g. Reclamaciones Simuladas y de Prueba de TF
RxClaim mantiene la capacidad de procesar reclamaciones simuladas de TF a pedido para respaldar las pruebas de reclamaciones. Estas permiten que el Centro de Ayuda para Farmacias y los Servicios de Atención al Cliente procesen reclamaciones para confirmar los costos asociados, los copagos y cómo se procesarían y pagarían las reclamaciones “reales” bajo TF. Las reclamaciones simuladas de TF “pagadas” devuelven los mensajes estándar de TF pagado, tal como se devuelven en las reclamaciones del POS.

TÉRMINOS Y DEFINICIONES: (Todas las palabras definidas en este documento se muestran con mayúscula inicial, excepto las siglas).

1. **Aviso Anual de Cambios (ANOC):** Documento requerido por CMS que debe enviarse anualmente a todos los Beneficiarios actuales de acuerdo con las instrucciones de CMS, y que describe los cambios a los beneficios existentes que se prevén para el próximo Año de Contrato.
2. **Suministro Aplicable de un Mes:** Suministro de transición requerido por CMS, como mínimo (a menos que las recetas se emitan por menos días); el suministro se determina como el número de días presentado para el suministro aplicable de un mes del Paquete de Beneficios del Plan (PBP), presentado a CMS para el año del plan correspondiente. La aprobación de CMS determina el suministro mensual aprobado para los Beneficiarios tanto en entornos no LTC como LTC. Se permiten múltiples surtidos hasta completar el suministro mensual aprobado para atender surtidos por cantidades menores a las recetas.
3. **Beneficiario:** Persona inscrita en un Plan de la Parte D de Medicare, también conocida como afiliado o miembro.
4. **Biosimilares:** Producto biológico presentado a la FDA para su aprobación mediante la vía abreviada para productos biológicos creada por la Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act). Estos productos

deben demostrar que son muy similares a los productos de referencia (originales), es decir, que no existen diferencias clínicamente significativas entre el producto biológico y el producto de referencia en términos de seguridad, pureza y potencia. Los biosimilares tienen diferencias permitidas porque se elaboran a partir de organismos vivos.

5. **CMS:** Centros de Servicios de Medicare y Medicaid de los EE. UU.
6. **Año de Contrato:** Período durante el cual se aplica un paquete de beneficios del plan en particular. También conocido como “año del plan”. En el caso del período de transición para Beneficiarios actuales entre años de contrato en planes que no siguen el año calendario, el término “año de contrato” se refiere al año calendario en el que entra en vigor el nuevo formulario.
7. **PBM delegado ®:** El PBM delegado y cada una de sus subsidiarias y afiliadas.
8. **Revisión de la Utilización de Medicamentos (DUR):** Análisis del uso y la prescripción de medicamentos destinado a garantizar una terapia farmacológica clínicamente adecuada y la calidad de la atención al paciente; puede realizarse de forma concurrente (entre el momento en que se emite la receta y el inicio de la terapia), retrospectiva (después de dispensar el medicamento) y prospectiva (antes de recetar los medicamentos, para influir en los patrones de uso futuros).
9. **Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA):** La Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. (FDA) es la agencia gubernamental responsable de revisar, aprobar y regular los productos médicos, incluidos los medicamentos y los dispositivos médicos.
10. **Identificador de Producto Genérico (GPI):** Sistema de clasificación jerárquica de 14 caracteres creado por Medi-Span. Identifica los medicamentos disponibles con receta en los Estados Unidos hasta el nivel de fabricante y de pastilla.
11. **Producto Biológico Intercambiable:** Un producto biológico intercambiable es biosimilar a un producto de referencia aprobado por la FDA y cumple con estándares adicionales de intercambiabilidad. Un farmacéutico puede sustituir el producto de referencia por un producto biológico intercambiable sin la intervención del proveedor de atención médica que recetó el producto de referencia.
12. **Atención a Largo Plazo (LTC):** Variedad de servicios que ayudan a las personas con necesidades de salud o personales y con las actividades de la vida diaria durante un período de tiempo. La atención a largo plazo puede brindarse en el hogar, en la comunidad o en diversos tipos de centros, incluidos hogares de convalecencia (nursing homes) y centros de vida asistida. La mayor parte de la atención a largo plazo es atención de custodia.
13. **Subsidio de Costo Compartido por Bajos Ingresos (LICS):** Subsidio gubernamental del costo compartido de las primas y/o de los costos de los medicamentos para beneficiarios que califican.
14. **Subsidio por Bajos Ingresos (LIS):** Programa administrado por la Administración del Seguro Social (SSA) para subsidiar las primas y el costo compartido de los beneficiarios que califican (es decir, Ayuda Adicional/Extra Help).
15. **Parte D de Medicare (Parte D):** Beneficio voluntario opcional disponible para todos los beneficiarios de Medicare, administrado por compañías privadas que tienen contrato con Medicare. El programa brinda cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios y requiere que los beneficiarios paguen una prima mensual.
16. **MME:** Equivalente en Miligramos de Morfina
17. **Compuesto de Múltiples Ingredientes (MIC):** se refiere a la lógica para determinar el reembolso y la cobertura de una reclamación que consta de múltiples ingredientes que una farmacia prepara manualmente y dispensa.
18. **Consejo Nacional de Programas de Medicamentos Recetados (NCPDP):** Grupo acreditado por el Instituto Nacional Estadounidense de Estándares (ANSI) que mantiene varios formatos estándar para uso de la industria farmacéutica, algunos de los cuales han sido adoptados como estándares de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA).
19. **Código Nacional de Medicamentos (NDC):** El Código Nacional de Medicamentos es un identificador numérico único de 3 segmentos asignado a cada medicamento incluido conforme a la Sección 510 de la Ley Federal de Alimentos, Medicamentos y Cosméticos de los EE. UU.
20. **Medicamentos No Incluidos en el Formulario:** Esto significa: (a.) medicamentos de la Parte D que no están en el formulario de un Patrocinador; (b.) medicamentos de la Parte D previamente aprobados para cobertura bajo una excepción, una vez que la excepción vence; y (c.) medicamentos de la Parte D que están en el formulario de un Patrocinador pero requieren autorización previa, terapia escalonada o tienen límites de cantidad aprobados inferiores a la dosis actual del Beneficiario, conforme a las normas de gestión de utilización del Patrocinador.
21. **Atención que No es a Largo Plazo:** Describe los centros Minoristas, de Pedido por Correo y de Infusión en el Hogar.

22. **Comité de P&T:** Comité de Farmacia y Terapéutica, que, entre otras funciones, evalúa la evidencia disponible sobre la seguridad, eficacia y efectividad relativas de los medicamentos recetados dentro de una clase de medicamentos y revisa las recomendaciones para la elaboración de formularios. El comité se reúne al menos una vez por trimestre.
23. **PAMC:** Código de Autorización Previa/Certificación Médica. Es un campo del formato estandarizado de adjudicación de farmacias para ingresar un código de autorización proporcionado por el procesador.
24. **Código de Ubicación del Paciente (PLC):** Valor del sistema heredado de adjudicación RxClaim que se equipara con el Tipo de Servicio de Farmacia y el Código de Residencia del Paciente.
25. **Residencia del Paciente (PR):** Las farmacias recopilan y registran en la reclamación la residencia del paciente en el punto de venta.
26. **PCD:** Medicamento de Clase Protegida.
27. **Tipo de Servicio de Farmacia (PST):** Tipo de servicio que realiza una farmacia cuando existen términos contractuales diferentes entre un pagador y la farmacia, o cuando los beneficios se basan en el tipo de servicio realizado.
28. **Punto de Venta (POS):** Capacidad de las farmacias minoristas para acceder electrónicamente a la información del diseño del plan y de elegibilidad a fin de procesar y transmitir los datos de las reclamaciones de medicamentos en el momento de la compra.
29. **Impresión y Envío:** Unidad(es) de negocio del PBM delegado responsable(s) de la impresión y el envío de algunas notificaciones a los Beneficiarios, incluidas las notificaciones del Surtido de Transición a los Beneficiarios y a los profesionales que recetan.
30. **Autorización Previa (PA):** Evaluación del uso recetado del medicamento frente a un conjunto predeterminado de criterios para determinar si el medicamento/la clase de medicamento estará cubierto por el plan de seguro del beneficiario.
31. **RxClaim:** Sistema de tecnología de la información del PBM delegado que sirve para procesar y adjudicar las reclamaciones de la Parte D; también conocido como el “sistema”, la “plataforma” o la “plataforma del sistema”.
32. **Patrocinador:** Patrocinador de la Parte D que tiene contrato con el PBM delegado para servicios de administración de beneficios farmacéuticos, incluida la implementación de su proceso de transición. También conocido como el Plan, el Patrocinador del Plan o el Cliente. El Patrocinador es Imperial Health Plan.
33. **Código de Aclaración de Presentación (SCC):** Elemento de datos del NCPDP que indica que el farmacéutico está aclarando la presentación de la reclamación.
34. **Ventana de TF:** La ventana del Surtido de Transición del Beneficiario es el número de días especificado por el Patrocinador (mínimo de 90 días) durante el cual se aplican los beneficios de transición del Beneficiario.
35. **Surtido de Transición - Medicare (TF): Suministro temporal de un medicamento cubierto por la Parte D, conforme a los requisitos de la Parte D de CMS.**

TABLA DE CORRESPONDENCIA DE CERTIFICACIONES

La siguiente tabla muestra la correspondencia entre las certificaciones y la sección aplicable de esta política y los procedimientos asociados que respaldan los requisitos.

N.º DE CERTIFICACIÓN DE CMS CY2027	DESCRIPCIÓN	UBICACIÓN EN LA POLÍTICA
1.	El Patrocinador mantendrá un proceso de transición adecuado, de conformidad con 42 CFR §423.120(b)(3), que incluya una descripción por escrito de cómo, para los afiliados cuyas terapias farmacológicas actuales podrían no estar incluidas en el formulario de su nuevo plan de la Parte D, llevará a cabo una transición significativa para: (1) afiliados nuevos en planes de medicamentos recetados después del período anual de elección coordinada, (2) beneficiarios de Medicare recién elegibles provenientes de otra cobertura, (3) afiliados que cambian de un plan a otro después del inicio de un año de contrato, (4) afiliados actuales afectados por cambios negativos en el formulario entre años de contrato, (5) afiliados que residen en centros de atención a largo plazo (LTC).	Esta pregunta de certificación se aborda en la Sección de la Política de Transición, Sección de Política, Viñeta 1 (línea 19); Sección de Procedimiento, Viñeta 1, subviñetas (líneas 62–72); y Declaración de Implementación, Viñeta 1, subviñetas (líneas 238–248).

2.	El Patrocinador presentará una copia de su política del proceso de transición.	Esta pregunta de certificación se aborda en la Sección de la Política de Transición, Sección de Política, Viñeta 2 (línea 21).
3.	El Patrocinador garantizará que su política de transición se aplique a los medicamentos no incluidos en el formulario, lo que significa tanto (1) medicamentos de la Parte D que no están en el formulario de un plan, como (2) medicamentos de la Parte D que están en el formulario de un plan pero requieren autorización previa o terapia escalonada, o que tienen un QL aprobado inferior a la dosis actual del beneficiario, conforme a las normas de gestión de utilización del plan. El Patrocinador garantizará que su política aborde los procedimientos para la revisión médica de las solicitudes de medicamentos no incluidos en el formulario y, cuando corresponda, un proceso para cambiar a los afiliados nuevos del plan de la Parte D a alternativas del formulario terapéuticamente adecuadas cuando no se obtenga una determinación afirmativa de necesidad médica.	Esta pregunta de certificación se aborda en la Sección de la Política de Transición, Sección de Política, Viñeta 3 (línea 23); Sección de Procedimiento — subsección Medicamentos No Incluidos en el Formulario (líneas 80–94); y Términos y Definiciones — definición de "Medicamentos No Incluidos en el Formulario".
4.	El Patrocinador contará con capacidades de sistemas que le permitan proporcionar un suministro temporal de medicamentos de la Parte D no incluidos en el formulario para atender las necesidades inmediatas de un afiliado, así como para dar al plan y/o al afiliado tiempo suficiente para trabajar con el profesional que receta a fin de hacer un cambio adecuado a un medicamento terapéuticamente equivalente o completar una solicitud de excepción para mantener la cobertura de un medicamento existente por razones de necesidad médica.	Esta pregunta de certificación se aborda en la Sección de la Política de Transición, Sección de Política, Viñeta 4 (línea 25); Sección de Procedimiento — subsección Procesamiento del Surtido de Transición en el POS (líneas 96–105); y Declaración de Implementación, Viñeta 1 (líneas 236–250).
5.	El Patrocinador garantizará que, en el entorno minorista, la política de transición proporcione un surtido temporal único de al menos un mes de suministro de medicamento (a menos que el afiliado presente una receta por menos de un mes de suministro, en cuyo caso el Patrocinador de la Parte D debe permitir múltiples surtidos hasta completar un mes de suministro de medicamento) en cualquier momento durante los primeros 90 días de la inscripción del beneficiario en un plan, a partir de la fecha de entrada en vigor de la cobertura del afiliado.	Esta pregunta de certificación se aborda en la Sección de la Política de Transición, Sección de Política, Viñeta 5 (línea 27); Sección de Procedimiento — Surtido de Transición para Beneficiarios Nuevos o que Renuevan en el Entorno que No es de LTC (líneas 106–115); y Declaración de Implementación

		— tabla de Parámetros de Suministro en Días y Período de Tiempo de TF, fila Beneficiarios Nuevos y que Renuevan.
6.	El Patrocinador garantizará que el costo compartido de un suministro temporal de medicamentos proporcionado conforme a su proceso de transición nunca exceda los montos máximos legales de copago para los afiliados elegibles para el subsidio por bajos ingresos (LIS). Para los afiliados sin LIS, el patrocinador debe cobrar por los medicamentos de la Parte D no incluidos en el formulario proporcionados durante la transición el mismo costo compartido que se aplicaría a los medicamentos no incluidos en el formulario aprobados mediante una excepción al formulario, de conformidad con 42 CFR § 423.578(b), y por los medicamentos del formulario sujetos a controles de gestión de utilización proporcionados durante la transición, el mismo costo compartido que se aplicaría si se cumplieran los criterios de gestión de utilización.	Esta pregunta de certificación se aborda en la Sección de la Política de Transición, Sección de Política, Viñeta 6 (líneas 29–34); Sección de Procedimiento
7.	El Patrocinador garantizará que, en el entorno de atención a largo plazo: (1) la política de transición proporcione un surtido temporal único de al menos un mes de suministro (a menos que el afiliado presente una receta por una cantidad menor), que debe dispensarse de forma incremental según corresponda conforme a 42 CFR §423.154 y con múltiples surtidos, si es necesario, durante los primeros 90 días de la inscripción del beneficiario en un plan, a partir de la fecha de entrada en vigor de la cobertura del afiliado; (2) después de que venza el período de transición, la política de transición proporcione un suministro de emergencia de 31 días de medicamentos de la Parte D no incluidos en el formulario (a menos que el afiliado presente una receta por menos de 31 días) mientras se solicita una excepción o autorización previa; y (3) para los afiliados que ingresan o son dados de alta de un centro de LTC, no se utilicen controles de resurtido anticipado para limitar el acceso adecuado y necesario a su beneficio de la Parte D, y a dichos afiliados se les permita obtener un resurtido al momento del ingreso o del alta.	Esta pregunta de certificación se aborda en la Sección de la Política de Transición, Sección de Política, Viñeta 7 (línea 36); Sección de Procedimiento — subsección Procesamiento de Atención a Largo Plazo (líneas 130–132); Sección de Procedimiento — subsección Suministros de Emergencia (ES) del Surtido de Transición de LTC (líneas 133–139); Sección de Procedimiento — subsección Cambios de Nivel de Atención en LTC (líneas 141–149); y Declaración de Implementación — tabla de LOC de LTC y Suministro de Emergencia.
8.	El Patrocinador solo aplicará los siguientes controles de gestión de utilización durante la transición en el punto de venta: controles para determinar la cobertura de la Parte A o B frente a la Parte D, controles para evitar la cobertura de medicamentos que no son de la Parte D y controles para promover el uso seguro de un medicamento de la Parte D. Los controles de terapia escalonada y de autorización previa deben resolverse en el punto de venta.	Esta pregunta de certificación se aborda en la Sección de la Política de Transición, Sección de Política, Viñeta 8 (línea 38); Sección de Procedimiento —

		Controles de Gestión de Utilización No Elegibles para TF y Procesamiento de Terapia Escalonada y Autorización Previa Elegibles para TF (líneas 151–163); Declaración de Implementación — subsección Controles de Anulación No Aplicados Durante el TF; y Declaración de Implementación — subsección Controles Elegibles para TF.
9.	El Patrocinador garantizará que la política de transición proporcione resurtidos de recetas de transición dispensadas por una cantidad menor a la recetada debido a controles de seguridad de límites de cantidad o controles de utilización de medicamentos basados en el etiquetado aprobado del producto.	Esta pregunta de certificación se aborda en la Sección de la Política de Transición, Sección de Política, Viñeta 9 (línea 40); Sección de Procedimiento — subsección Suministro Acumulado en Días (líneas 165–173); y Declaración de Implementación — párrafo Historial de Reclamaciones de TF.
10.	El Patrocinador garantizará que aplicará todos los procesos de transición a una receta completamente nueva de un medicamento no incluido en el formulario si no puede distinguir en el punto de venta entre una receta completamente nueva de un medicamento no incluido en el formulario y una receta continua de un medicamento no incluido en el formulario.	Esta pregunta de certificación se aborda en la Sección de la Política de Transición, Sección de Política, Viñeta 10 (línea 42); Sección de Procedimiento — subsección Suministro Acumulado en Días (línea 175); y Declaración de Implementación — párrafo Historial de Reclamaciones de TF.
11.	El Patrocinador enviará un aviso por escrito de conformidad con los requisitos de transición de CMS.	Esta pregunta de certificación se aborda en la Sección de la Política de Transición, Sección

		de Política, Viñeta 11 (línea 44); Sección de Procedimiento — subsección Avisos de Transición (líneas 177–193); y Declaración de Implementación — subsección Avisos de Transición.
12.	El Patrocinador pondrá a disposición, previa solicitud, los formularios de solicitud de autorización previa o de excepciones tanto para los afiliados como para los médicos que recetan, mediante diversos mecanismos, incluidos correo postal, fax, correo electrónico y los sitios web del plan.	Esta pregunta de certificación se aborda en la Sección de la Política de Transición, Sección de Política, Viñeta 12 (línea 46); y Sección de Procedimiento — subsección Disponibilidad de los Formularios de Solicitud de Autorización Previa y de Excepción (líneas 195–199).
13.	El Patrocinador extenderá su política de transición entre años de contrato si un beneficiario se inscribe en un plan con fecha de entrada en vigor de la inscripción del 1 de noviembre o del 1 de diciembre y necesita acceso a un suministro de transición.	Esta pregunta de certificación se aborda en la Sección de la Política de Transición, Sección de Política, Viñeta 13 (línea 48); Sección de Procedimiento — TF entre Años de Contrato para Beneficiarios Nuevos (línea 201); y Declaración de Implementación — sección TF para Beneficiarios Nuevos, párrafo final.
14.	El Patrocinador pondrá su política de transición a disposición de los afiliados mediante un enlace desde el Buscador de Planes de Medicamentos Recetados de Medicare al sitio web del patrocinador, y la incluirá en los materiales de mercadeo previos y posteriores a la inscripción, según lo indique CMS.	Esta pregunta de certificación se aborda en la Sección de la Política de Transición, Sección de Política — Viñeta de Responsabilidad del Patrocinador (línea 50).
15.	El Patrocinador tomará las medidas necesarias para seguir proporcionando a los afiliados los medicamentos necesarios de la Parte D mediante una extensión del período de transición, caso por caso, en la medida en que sus solicitudes de excepción o apelaciones no se hayan procesado al final del período mínimo de	Esta pregunta de certificación se aborda en la Sección de la Política de Transición, Sección

	transición y hasta que se haya realizado una transición (ya sea mediante un cambio a un medicamento adecuado del formulario o una decisión sobre una solicitud de excepción).	de Política, Viñeta 15 (línea 52); Sección de Procedimiento — subsección Extensiones de Transición (líneas 205–206); y Declaración de Implementación — tabla de Parámetros de Suministro en Días y Período de Tiempo de TF, fila Extensión de TF para Beneficiarios Nuevos y que Renuevan.
16.	Para los afiliados actuales cuyos medicamentos se verán afectados por cambios negativos en el formulario en el próximo año, el Patrocinador llevará a cabo una transición significativa mediante: (1) un proceso de transición al inicio del nuevo año de contrato, o (2) una transición antes del inicio del nuevo año de contrato.	Esta pregunta de certificación se aborda en la Sección de la Política de Transición, Sección de Política, Viñeta 16 (línea 54); Sección de Procedimiento — subsección Transición para Beneficiarios Actuales (líneas 208–216); y Declaración de Implementación — párrafo Transición para Beneficiarios Actuales.

REFERENCIAS NORMATIVAS:

Registro Federal (Federal Register), Vol. 76, N.º 73, Parte II, 42 CFR, §423.120(b)(3), §423.153(b), §423.154
 Capítulo 6 del Manual de Beneficios de Medicamentos Recetados de Medicare
 Pautas de Mercadeo de Medicare

ANEXOS DE LA POLÍTICA: