

Proceso de transición de cobertura del Plan Medicare de Healthfirst® para medicamentos de la Parte D

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS por sus siglas en inglés) requieren a los patrocinadores del Plan de la Parte D, como Healthfirst®, que tengan un proceso de transición de cobertura (transition of coverage, TOC por sus siglas en inglés). La transición de cobertura sucede en dos situaciones:

1. El miembro está tomando un medicamento recetado que no está en la lista de medicamentos por los cuales el plan pagará. A esta lista se le llama el **formulario del plan**.
2. El miembro está tomando un medicamento que tiene restricciones. Estas restricciones se llaman **los requisitos o limitaciones de gestión de la utilización**.

Los miembros en estas situaciones pueden conseguir en algunos casos un suministro temporal del medicamento. A este suministro limitado del medicamento se le llama “surtido de transición.” Esto da al miembro tiempo para hablar con su médico sobre sus opciones para prevenir una interrupción en su tratamiento.

Healthfirst estableció un proceso de TOC que cumple con los requisitos de los CMS. Este proceso tiene distintas secciones y se aplica para:

- Miembros nuevos del Plan Medicare de Healthfirst.
- Miembros actuales del Plan Medicare de Healthfirst que renuevan su inscripción en el plan de un año al otro.

El resumen a continuación describe las características principales del proceso de TOC del Plan Medicare de Healthfirst. Si usted tiene preguntas o desea más detalles, por favor, llame a Servicios a los Miembros al 1.888.260.1010.

Los usuarios de TTY deben llamar al 1.888.867.4132, los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

Derecho al suministro temporal (surtido de transición)

Si usted es un miembro nuevo y está tomando un medicamento de la Parte D que no está en la lista de medicamentos cubiertos o que tenga restricciones, puede conseguir un suministro de 30 días de dicho medicamento durante el plazo de los primeros 90 días de su inscripción.

Si usted es un miembro actual que renueva su cobertura del Plan Medicare de Healthfirst de un año a otro y está tomando un medicamento de la Parte D que se eliminó de la lista o que tiene nuevas restricciones al comienzo del nuevo año del plan, puede también obtener un suministro de 30 días si cumple con ciertos criterios (tales como el historial de utilización). Su período de transición será los primeros 90 días del nuevo año del plan.

El plan debe proporcionar por lo menos este suministro de 30 días. El plan proporcionará al menos un suministro de 30 días a menos que la receta sea por menos tiempo y no incluya resurtido. Los miembros nuevos y existentes que renuevan su cobertura pueden conseguir resurtidos múltiples hasta llegar al suministro de 30 días dentro del período de transición, si su primera receta es para un suministro menor a 30 días.

Si usted reside en un centro de cuidados a largo plazo, puede conseguir un suministro de 31 días para un medicamento de la Parte D durante su período de transición. Permitiremos resurtidos hasta un total de 31 días. Esto se aplica a menos que su receta sea para menos días.

Se aplica un copago por cada resurtido de transición de un suministro de hasta 31 días. Esto se aplica a la venta minorista, a los pedidos por correo, y a las farmacias especializadas.

Puede conseguir un suministro de transición fuera del período de transición de 90 días si tiene circunstancias especiales. Un ejemplo de una circunstancia especial sería un cambio en su “nivel de cuidados,” como ser dado de alta tras una estadía en un hospital con un medicamento recetado que no está en el formulario. Hay otras situaciones en las que puede conseguir un suministro temporal. Por favor, comuníquese con Servicios a los Miembros de Healthfirst si considera que está en una situación en la que usted califica para obtener un suministro temporal de su medicamento. Cuando llame, elija el aviso para “Farmacia”.

Lo que necesita hacer

Cuando usted recién obtiene el suministro de transición, también recibirá una carta de Healthfirst que explica por qué su medicamento no está cubierto o tiene una cobertura limitada. La carta le explicará lo que necesita hacer para asegurarse de obtener la cobertura del medicamento recetado que usted necesitará cuando se acabe el suministro temporal. Las dos situaciones básicas se explican a continuación:

1. Su medicamento no está en el formulario

Hable con su médico sobre qué hacer antes que termine su periodo de suministro temporal. Su médico podría determinar que otro medicamento que está en la lista podría funcionar igual de bien para tratar su condición O bien podría decidir que es medicamento necesario que usted siga tomando el medicamento que toma actualmente.

En ese caso, usted puede solicitar una excepción. Si le conceden una excepción, esto significa que el plan cubrirá el medicamento aun cuando no esté en el formulario. Usted o su médico puede hacer la solicitud.

Usted, su representante autorizado, o su médico debe llamar, enviar por fax, o escribir a CVS Caremark (nuestro encargado de beneficios de farmacia, o PBM por sus siglas en inglés). Puede ser más fácil que su médico presente la solicitud por usted. Esto es porque necesitaremos que el médico nos envíe una "**declaración del médico**". Esta es una *declaración escrita y firmada que explica* las razones médicas para obtener una excepción. Su médico puede enviarnos por fax o por correo la solicitud y la declaración. Su médico también puede llamarnos primero y después enviar la declaración firmada por fax o correo.

2. Su medicamento necesita aprobaciones especiales (Requisitos de Gestión de la Utilización)

Los Requisitos de Gestión de la Utilización son aprobaciones o restricciones especiales para ciertos medicamentos. Son creados por un equipo de médicos y farmacéuticos para ayudar a nuestros miembros a utilizar sus medicamentos de manera más segura y económica. Su médico puede ayudarle si el medicamento que está tomando tiene cualquiera de los siguientes requisitos:

Una **autorización previa** significa que usted o su médico debe proporcionarnos información sobre por qué se recetó el medicamento. Esta información se utiliza para comprobar con minuciosidad que es medicamento necesario. Su médico puede ayudarle al proporcionar la información que se necesita para la autorización previa.

La **terapia por etapas** es cuando se le pide probar un medicamento distinto para ver si funciona para su condición antes de cubrir el medicamento que usted desea tomar.

Un **límite de cantidad** es un límite en la cantidad de medicamento (número de píldoras, etc.) que el plan cubrirá en un periodo de tiempo establecido.

Si usted y su médico consideran que estas restricciones no deberían aplicarse a usted, puede pedir una excepción. Los pasos para solicitar una excepción a estas restricciones son iguales que para una excepción del formulario. Usted, su representante autorizado, o su médico pueden comunicarse con CVS Caremark. Puede ser más fácil que su médico solicite que se elimine una restricción o la autorización previa por usted. Utilice la información de contacto a continuación.

Cómo solicitar una excepción

Para solicitar una excepción, pida al médico que escribe la receta que se comuniquen con CVS Caremark.

Llame al: 1.855.344.0930, los usuarios de TDD/TTY deben llamar al 1.866.236.1069, los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

Fax: 1.855.633.7673

Por escrito:

CVS Caremark
Part D Services
MC 109
PO BOX 52000
Phoenix, AZ 85072-2000

Su médico debe presentar una declaración escrita que apoye su solicitud. Puede ser de ayuda llevarle a su médico la carta de Healthfirst o presentar la carta en su consultorio. Para un medicamento que no esté en la lista de medicamentos cubiertos, la declaración del médico necesita decir que el medicamento es medicamento necesario para tratar su condición. La razón debe ser que ninguno de los medicamento que cubrimos sería tan efectivo, o que otro medicamento puede ser perjudicial para usted. Si la excepción es para una autorización previa, un límite de cantidad, u otro límite, la declaración del médico debe explicar que la autorización previa o el límite no sería apropiado debido a su condición o que puede ser perjudicial para usted.

Una vez que tengamos la declaración de su médico, debemos notificarle de nuestra decisión en 72 horas, si es una solicitud estándar. Si es una solicitud expedita (acelerada), le debemos dar nuestra decisión en no más de 24 horas. Su solicitud puede ser acelerada si decidimos, o su médico nos informa, que su vida, salud, o capacidad de recuperarse al máximo puede verse amenazada seriamente al esperar una respuesta regular de la solicitud.

¿Qué pasa si se deniega mi solicitud?

Si se deniega su solicitud, tiene derecho a apelar. Esto significa que puede pedir que la decisión sea revisada. Debe solicitar esta apelación dentro de 60 días calendario a partir de la fecha de la primera decisión. Debe presentar la solicitud estándar por escrito. Las solicitudes expeditas se aceptan por teléfono y por escrito.

Llame al: 1.888.698.0577, los usuarios de TDD/TTY deben llamar al 1.866.236.1069, los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

Fax: 1.855.633.7673

Por escrito:

CVS Caremark Part D
Services MC 109
PO BOX 52000
Phoenix, AZ 85072-2000

Si necesita ayuda para solicitar una excepción, por favor, llame a Servicios a los Miembros al 1.888.260.1010. Los usuarios de TTY deben llamar al 1.888.867.4132. Estamos disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

Los beneficiarios deben utilizar las farmacias de la red para acceder a su beneficio de medicamentos recetados. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias, la red de proveedores, la prima y/o copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de cada año.

El Plan Medicare de Healthfirst es un plan HMO con un contrato con Medicare y con el Programa Medicaid de Nueva York. La inscripción en el Plan Medicare de Healthfirst está sujeta a la renovación del contrato.

Esta información está disponible de forma gratuita en otros idiomas. Por favor, llame a nuestro número de Servicios a los Miembros al 1-888-260-1010, o al 1-888-867-4132 para los usuarios de TTY, los 7 días de la semana de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

This information is available for free in other languages. Please call our Member Services number at 1.888.260.1010 (TTY: 1.888.542.3821), 7 days a week, 8am–8pm.

本資訊有其他語言版本供免費索取。請致電我們的會員服務部，服務時間每週七天每天上午8時至下午8時，電話號碼是1.888.260.1010，聽力語言殘障服務專線TTY 1.888.542.3821。

El Plan Medicare de Healthfirst cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-305-0408 (TTY: 1-888-867-4132).

注意：果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-866-305-0408（TTY：1-888-542-3821）。