



2024 Póliza de Transición para Medicamentos Recetados

Doctors HealthCare Plans, Inc. quiere garantizar a todos los asociados de nuestro plan sean nuevos o que continúan, que tengan una transición tranquila y segura para el año 2024.

El propósito de proporcionar una transición es para dar continuidad en el cuidado y evitar interrupciones en el tratamiento de medicamentos al cambiar a un medicamento equivalente en el tratamiento o mientras se logra por completo el pedido de excepción para mantener la cobertura de un medicamento existente basado en las necesidades médicas.

Requisitos generales de una transición

Doctors HealthCare Plans proporciona un reabastecimiento de transición a ciertos asociados que se presentan a una farmacia de la red de servicios con una receta para un medicamento que no está en la lista de medicamentos de Doctors HealthCare Plans (es decir "no está incluido en el formulario") o está en la lista de Doctors HealthCare Plans (es decir "está en el formulario") pero tiene requisitos de la administración para su uso, tales como; autorización previa (PA), cantidad limitada (QL), o tratamiento escalonado (ST).

Puede ser elegible para un reabastecimiento de transición si usted es:

- Un nuevo asociado afiliado en un plan de la parte D de Doctors HealthCare Plans después del periodo de inscripción, inscripción inicial o por el periodo anual de elección;
- Un beneficiario que recientemente ha sido elegible para Medicare y está inscrito en un plan de la parte D de Doctors HealthCare Plans;
- Un beneficiario que ha cambiado de un plan a otro después del período de elección anual;
- Un beneficiario con fecha de vigor bien sea, del 1ero de noviembre o del 1ero de diciembre (se le da un periodo de transición de 90 días extendidos al siguiente año de contrato);
- Un asociado actual afectado por cambios negativos en la lista durante sus años de contrato;
- Un asociado que reside en un centro de cuidados a largo plazo (LTC).

El reabastecimiento de transición le permite salir de la farmacia con el tratamiento actual y así tener suficiente tiempo para trabajar con su médico proveedor en el cambio para un tratamiento alternativo adecuado que se encuentre en el formulario o para pedir una determinación de cobertura o una excepción.

Suministro de transición única en una farmacia de venta o por correo a partir de enero 1ero del 2024, cuando está limitado para recibir su medicamento para el tratamiento actual:

• **Doctors HealthCare Plans le cubrirá un suministro único de 30 días para un medicamento cubierto de la parte D,** a menos que, la receta esté escrita para un suministro menor de 30 días (en tal caso, Doctors HealthCare Plans le permitirá múltiples reabastecimientos hasta llegar a los 30 días de medicamentos) **durante los primeros 90 días de su elegibilidad en el plan para el año en curso del plan o durante los primeros 90 días de su inscripción.** Si el paquete comercializado más pequeño disponible en el mercado excede el suministro de 30 días, Doctors HealthCare Plans proveerá un reabastecimiento de transición para el paquete comercializado más pequeño que esté disponible. Doctors HealthCare Plans le proporcionará reabastecimientos para recetas de transición dispensadas por menos de

la cantidad escrita debido a los límites de cantidad para propósitos de seguridad o de la utilización del medicamento, los cuales son basados en la etiqueta aprobada del producto.

- Si deja un plan de Doctors HealthCare Plans y durante los 90 días originales del periodo de transición vuelve a afiliarse, el periodo de transición comenzará de nuevo con la nueva fecha efectiva de inscripción.
- Después que haya obtenido su suministro de 30 días (reabastecimiento de transición), recibirá una carta donde se le explicará cómo funciona el suministro temporal del medicamento de transición. Después de recibir la carta, converse con su médico para que decidan si debe cambiar a un medicamento alternativo o pedir una excepción o una autorización previa. Doctors HealthCare Plans podría no pagar por reabastecimientos de medicamentos temporales hasta que no se haya pedido y haya sido aprobada una excepción o autorización previa.

Doctors HealthCare Plans proporciona reabastecimientos para medicamentos de transición **excepto** cuando las siguientes restricciones se aplican al reclamo:

1. Determinación de la parte A o parte B contra la cobertura de la parte D;
2. Prevenir la cobertura de un medicamento que no esté en la parte D (*ejemplo* de medicamentos excluidos; medicamentos utilizados para la disfunción sexual, medicamentos que están en el formulario y sean dispensados para una indicación que no está medicamente aceptada como los medicamentos transmucosos de liberación inmediata de fentanilo (TIRF);
3. Promover la utilización segura de un medicamento de la parte D (*ejemplo*; que haya excedido la dosis diaria máxima reconocida y respaldada por la documentación de la FDA, reabastecimiento muy pronto);
4. Restricciones de opioides a nivel del asociado;
5. Hospicio; y
6. Enfermedad Renal Terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD)

Durante el período de transición del asociado, todas las restricciones (con la excepción de las descritas anteriormente) asociadas con medicamentos no incluidos en el formulario se anulan automáticamente en el punto de venta. Las farmacias también pueden comunicarse directamente con el Servicio de Ayuda de Farmacia del Administrador de Beneficios de Farmacia (PBM) para obtener asistencia inmediata con las anulaciones del punto de venta. El PBM también puede acomodar anulaciones en el punto de venta para rellenos de emergencia como se describe a continuación.

Suministro de transición para residentes de centros de cuidados a largo plazo

Para los residentes de centros de atención a largo plazo, Doctors HealthCare Plans cubrirá un suministro de 31 días (a menos que el asociado presente una receta escrita por menos cantidad). Esta cobertura es ofrecida en cualquier momento durante los primeros 90 días de su elegibilidad para el plan del año actual o durante los primeros 90 días de su inscripción cuando su receta de tratamiento actual es reabastecida en una farmacia del centro de atención a largo plazo.

Suministros de emergencia y cambios en el nivel de atención para los miembros actuales

Un suministro de emergencia se define como un llenado único de un medicamento no incluido en el formulario que es necesario con respecto a los asociados actuales en el entorno de centros de atención a largo plazo. Si la capacidad para recibir su medicamento de tratamiento es limitada, pero ha pasado los primeros 90 días de su inscripción en el plan, Doctors HealthCare Plans le cubrirá un suministro de emergencia de 31 días, a menos que la receta este escrita por menos de 31 días. En este caso, Doctors HealthCare Plans le permitirá reabastecimientos múltiples hasta suministrarle los 31 días de medicamento cubierto por la parte D para que así continúe con el tratamiento mientras una excepción o autorización previa sea pedida y procesada. Si el paquete comercializado más pequeño disponible en el mercado excede el suministro de 31 días, Doctors HealthCare Plans proveerá un reabastecimiento de transición para el paquete comercializado más pequeño que esté disponible. Si usted está siendo admitido a o es dado de alta de un centro de atención a largo plazo, se le permitirá acceder a un reabastecimiento una vez admitido o dado de alta, y no aplicaran las restricciones de un reabastecimiento anticipado.

Si está experimentando un cambio de nivel de cuidado, puede acceder a un reabastecimiento una vez admitido o dado de alta de un centro de cuidados a largo plazo. Si está en la necesidad de un abastecimiento único de transición o le han recetado un medicamento que no está en la lista como resultado de un cambio de nivel del cuidado, podría ser colocado en transición por la vía del consejo nacional de planes para medicamentos recetados (NCPDP sigla en inglés) o por el código de clarificación de la farmacia (SCC sigla en inglés) o por la vía de anulación manual en el punto de servicio (POS) o Doctors Health Care Plans, Inc. también puede acomodar un relleno único en estos escenarios a través de una anulación manual en el punto de venta.

Un nivel de cambio de cuidado puede incluir: Ingresar a un centro de atención a largo plazo desde hospitales u otros entornos; Dejar un centro de atención a largo plazo y regresar a la comunidad; Alta de un hospital a un hogar; Poner fin a un centro de enfermería especializada; permanecer cubierto por la Parte A de Medicare (incluidos los cargos de farmacia) y volver a la cobertura de la Parte D; Revertir del estado de hospicio a los beneficios estándar de Medicare Parte A y B; y el alta de un hospital psiquiátrico con regímenes de medicación altamente individualizados. Si le recetan un medicamento que no está en nuestro formulario o su capacidad para obtener sus medicamentos es limitada, puede solicitar un suministro temporal de una sola vez para darle tiempo para discutir el tratamiento alternativo con su médico o para buscar una excepción.

Para los asociados actuales cuyos medicamentos se verán afectados por cambios negativos en el formulario en el próximo año, Doctors Health Care Plans, Inc. proporcionará un proceso de transición al comienzo del nuevo año contractual. Los cambios negativos son cambios en un formulario que resultan en una posible reducción en el beneficio para los asociados. Estos cambios se pueden asociar a la eliminación del medicamento de la Parte D cubierto del formulario, al cambio de su estado preferido o de costos compartidos o escalonado, o a la adición de restricciones. El proceso de transición a través del año del contrato es aplicable a todos los medicamentos asociados a mediados de año y a través de los cambios negativos del año del plan. Esto permite a los asociados actuales acceder a los suministros de transición en el punto de venta cuando su historial de reclamos del año calendario anterior contiene un reclamo aprobado para el mismo medicamento que el asociado está tratando de llenar durante la transición y el medicamento se considera un cambio negativo de un año del plan al siguiente. Para lograr esto, el sistema busca reclamos de la Parte D en el historial de reclamos del asociado que fueron aprobados antes del 1 de enero del nuevo año del plan.

Después de recibir su suministro temporal del medicamento de la parte D, su medicamento podría requerir una revisión médica si:

- No está en la lista de medicamentos de Doctors HealthCare Plans (es decir “no está incluido en el formulario”) o,
- Está en la lista de Doctors HealthCare Plans (es decir “está incluido en el formulario”) pero tiene requisitos de la administración para su uso, tales como; autorización previa (PA), cantidad limitada (QL) o tratamiento escalonado (ST).

Podría necesitar una autorización previa de nosotros antes de abastecer su receta. Deberá conversar con su médico para decidir si usted debiera cambiar para un medicamento adecuado que nosotros cubramos o pedir una excepción, para que así nosotros cubramos el medicamento que toma. Si se encuentra estabilizado con un medicamento que no está en el formulario o un medicamento que requiere autorización previa, limite en cantidad o ha tratado otros medicamentos alternativos medicamentos, su médico puede suministrar a Doctors HealthCare Plans una declaración de su historial clínico para ayudar con el proceso de autorización previo o del pedido de excepción.

Extensión de la transición

Doctors HealthCare Plans hace arreglos para continuar su suministro de medicamentos necesarios de la Parte D mediante una extensión del periodo de transición, según el caso, en la medida en que la solicitud de excepción o apelación no haya sido procesada al final del período mínimo de transición y hasta el momento en que la transición se haya realizado (ya sea mediante el cambio a un medicamento en el formulario o a la decisión de un pedido de excepción).

Costos compartidos por medicamentos otorgados a través de la póliza de transición

Si usted es elegible para el subsidio de bajos ingresos (LIS) en el 2024, su copago o coseguro para un suministro temporal de medicamentos proporcionado durante su periodo de transición, no excederán su límite de LIS. Para los asociados que no tienen LIS, los copagos o los coseguros estarán basados en los niveles aprobados de costos compartidos de los medicamentos para su plan y es consistente con el nivel de costos compartidos que Doctors HealthCare Plans cobrará por medicamentos que no están en el formulario aprobado bajo una cobertura de excepción y el mismo costo compartido por medicamentos que están en el formulario que están sujetos a requisitos de administración proporcionados durante la transición que pudiera aplicarse una vez el criterio de los requisitos de administración se hayan cumplido.

Medicamentos de clase protegida

Según la guía de CMS, a los miembros que hacen la transición a un plan mientras toman un medicamento dentro de las seis clases protegidas se les debe otorgar cobertura continua de la terapia durante la duración del tratamiento, hasta la duración completa de la inscripción activa en el plan. Las restricciones de administración de la utilización (PA y / o terapia escalonada), que pueden aplicarse a los nuevos miembros ingenuos a la terapia, no se aplican a los miembros que hacen la transición al plan de la Parte D de Medicare en agentes dentro de estas categorías clave. Las seis clases incluyen:

- 1) Antidepresivo;
- 2) Antipsicótico;
- 3) Anticonvulsivo;
- 4) Antineoplásico;
- 5) Antirretroviral; y
- 6) Inmunosupresor (para la profilaxis del rechazo del trasplante de órganos).

Notificación a los asociados

Doctors HealthCare Plans, Inc., enviará un aviso por escrito a través de correo de primera clase de los Estados Unidos al asociado dentro de los tres días hábiles posteriores al llenado de transición temporal. Si el asociado completa su suministro de transición en varios rellenos, Doctors Health Care Plans, Inc. enviará un aviso con el primer llenado de transición solamente. El aviso incluirá (1) una explicación de la naturaleza temporal del suministro de transición que un asociado ha recibido; (2) instrucciones para trabajar con Doctors Health Care Plans, Inc. y el prescriptor del asociado para satisfacer los requisitos de administración de utilización o para identificar alternativas terapéuticas apropiadas que están en el formulario del plan; 3) una explicación del derecho del asociado a solicitar una excepción en el formulario; y 4) una descripción de los procedimientos para solicitar una excepción en el formulario. Para los residentes de cuidado a largo plazo dispensados múltiples suministros de un medicamento de la Parte D en incrementos de 14 días o menos, de acuerdo con los requisitos bajo 42 CFR 423.154 (a) (1) (i), el aviso por escrito se proporcionará dentro de los 3 días hábiles posteriores al primer llenado temporal. Los rellenos de transición para medicamentos en las Seis clases protegidas (como se describió anteriormente) que están sujetos a ediciones de administración de utilización, como autorización previa y / o terapia escalonada, no generarán un Aviso de transición.

Comité de Farmacia y de Tratamientos

La participación del Comité de Farmacia y Terapéutica (P&T) garantiza que las decisiones de transición aborden adecuadamente situaciones que involucran a los beneficiarios estabilizados en medicamentos que no están en el formulario o que están en el formulario pero requieren restricciones de utilización, tal como autorización previa (PA), cantidad limitada (QL), o tratamiento escalonado (ST).

LA DISCRIMINACIÓN ES CONTRA LA LEY

Doctors HealthCare Plans, Inc. cumple con las leyes de derechos civiles aplicables y no discrimina ni excluye a las personas por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, embarazo, género, identidad de género o religión.

Doctors HealthCare Plans, Inc. proporciona: (1) ayudas y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse de manera efectiva con nosotros, como por ejemplo, intérpretes de lengua de signos calificados, información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos); (2) servicios de idiomas gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como por ejemplo, intérpretes calificados, información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con el número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. Si cree que Doctors HealthCare Plans, Inc., no ha proporcionado estos servicios o ha sido discriminado de alguna manera, puede presentar una queja ante: Doctors HealthCare Plans, Inc., Atención: Departamento de Servicios para Miembros, 2020 Ponce de Leon Blvd., PH 1, Coral Gables, FL 33134 o llame al (786) 460-3427 o al (833) 342-7463, TTY: 711; 7 días a la semana; 8AM a 8PM EST.

Puede presentar una queja llamando, en persona, por correo o por fax. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, nuestros representantes de Servicios al Asociado están disponibles para ayudarlo al número que se menciona arriba. También puede presentar una queja de derechos civiles electrónicamente a través de los EE.UU. Departamento de Salud y Servicios Humanos, Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono en: **U.S. Department of Health and Human Services**, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201; (800) 368-1019 o (800) 537-7697 (TDD). Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 833-342-7463 (TTY: 711). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 833-342-7463 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 833-342-7463 (TTY: 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 833-342-7463 (TTY: 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 833-342-7463 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 833-342-7463 (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 833-342-7463 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 833-342-7463 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 833-342-7463 (TTY: 711)번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 833-342-7463 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على (TTY: 711) 833-342-7463. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 833-342-7463 (TTY: 711) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 833-342-7463 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 833-342-7463 (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 833-342-7463 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 833-342-7463 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするため、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、833-342-7463 (TTY: 711)にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。