

Humana Pharmacy Solutions

Manual de farmacia

Medicare y comercial

Edición 2024

Tabla de contenidos

Introducción	4
Portal para farmacéuticos.....	4
Descripción general de Enclara Pharmacia	4
Cómo unirse a nuestra red.....	5
Información de contacto	6
Verificación de elegibilidad	8
Tarjetas de identificación del afiliado de Humana	8
Tarjetas de identificación del afiliado de Enclara	11
Tarjeta de identificación del afiliado de CarePlus	12
ID del titular de la tarjeta	13
Código de persona	13
Determinaciones de cobertura de Medicare	13
Beneficiarios elegibles para el subsidio por ingresos limitados (LIS, por sus siglas en inglés)	14
Mejor evidencia disponible para residentes de centros de cuidado a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés)	15
Tabla del LIS 2024 – “Ayuda adicional” para afiliados	16
Cobertura de medicamentos	17
Listas de medicamentos	17
Excepciones a la cobertura del plan para afiliados de Medicare	17
Control de la utilización (UM, por sus siglas en inglés)	18
Procedimientos generales de reclamaciones	19
Envío de reclamaciones de farmacia	19
Números de identificación del banco (BIN, por sus siglas en inglés) y números de control del procesador (PCN, por sus siglas en inglés)	19
Requisitos de código de origen de la receta	19
Número de repetición de receta	20
Impuesto sobre las ventas.....	20
Envío oportuno de reclamaciones.....	20
Formularios de pagadores de SS&C Health específicos de Humana	21
Formularios de pagadores de SS&C Health de CarePlus.....	21
Formulario de pagadores de SS&C Health de Enclara.....	21
Presentación del Número de Identificación Nacional del Profesional que receta (NPI, por sus siglas en inglés) del médico que receta	22
Códigos para Despachar como se especifica (DAW, por sus siglas en inglés)	23
Modificaciones de seguridad de la revisión de la utilización de medicamentos (DUR, por sus siglas en inglés)	23
DUR de rechazo suave.....	24
Remito de medicamentos 340B	28
Tarjeta de débito Mastercard® de Humana Access®	28
Tarjeta de la cuenta de gastos Spending Account de Humana.....	29
Sustancias controladas	30
Reclamaciones de sustancias controladas.....	30
Aclaración de los requisitos federales – Medicamentos de la Categoría II	30
Envío de reclamaciones CII	30
Modificaciones y anulaciones en el punto de venta (POS).....	31
Cobertura de reclamaciones de Medicare	31
Cobertura de la Parte B en comparación con la Parte D de Medicare.....	31
Envío de reclamaciones de la Parte B en comparación con la Parte D de Medicare	33
Administración de vacunas de Medicare.....	33
Procesamiento de Humana de las exclusiones de medicamentos de Medicare.....	33
Continuidad del cuidado de Medicare.....	34
Cambios en el nivel de cuidado	34

Cuidado a largo plazo (LTC)	35
Información de farmacia de LTC	35
Pautas para el procesamiento de reclamaciones de LTC.....	35
Soluciones para nebulizadores cubiertas según la Parte D para residentes de LTC.....	36
Despacho de ciclo corto para LTC	36
Farmacias combinadas.....	37
Copagos	37
Certificación de LTC.....	38
Procedimientos de facturación para servicios de infusión en el hogar.....	38
Reclamaciones de medicamentos compuestos	39
Envío de reclamaciones de medicamentos compuestos.....	39
Compuesto no incluido en el formulario (solo Medicare).....	39
Programa de manejo de terapias de medicamentos (MTM, por sus siglas en inglés)	40
Auditoría y cumplimiento de normas de farmacia	40
Programa de auditoría de farmacias.....	40
Auditorías de farmacia de LTC	41
Auditorías del programa de cumplimiento.....	41
Requisitos del programa de cumplimiento y de fraude, malgasto y abuso (FWA, por sus siglas en inglés).....	41
Requisito de denunciar casos de fraude, malgasto y abuso o incumplimiento presuntos o detectados	43
Prohibición de intimidaciones o represalias	44
Normas disciplinarias	44
Expectativas correspondientes.....	44
Normas de conducta/ética.....	45
Requisitos del programa de cumplimiento.....	45
Acreditación de farmacias de Humana	48
Conflictos de intereses	48
Sistema de quejas.....	49
Proceso de disputa de precios de farmacia para planes comerciales, de Medicare, Medicaid y de hospicio ..	49
Proceso de la farmacia para presentar una queja	50
Sistema de quejas de afiliados	50
Información sobre la fuente del precio y el costo máximo permitido (MAC, por sus siglas en inglés)	53
Fuente de precios	53
Ubicación de la lista de MAC de la farmacia.....	53
Programa NET para personas con ingresos limitados (LI NET, por sus siglas en inglés)	55
Los beneficiarios se pueden inscribir en el programa LI NET de cuatro maneras:	55
Confirmación de la elegibilidad	56
Información sobre la presentación de reclamaciones	56
Cómo puede un beneficiario solicitar un reembolso retroactivo:	56
Preguntas	56
Anexo A: Cobertura para medicamentos recetados de Medicare y sus derechos	57
Anexo B: Declaraciones estatales sobre advertencias de fraude	62

Introducción

Estimada farmacia:

Humana aprecia su papel en la entrega de servicios de farmacia de calidad a nuestros afiliados. Este manual es una extensión del acuerdo de su organización y tiene como objetivo ayudar al personal de farmacia a procesar las reclamaciones de medicamentos recetados para los planes de Humana y describir los requisitos del Programa de cumplimiento de Humana para su organización.

Los requisitos de procesamiento pueden variar según el plan, y la adjudicación de reclamaciones en línea y los mensajes reflejan los beneficios más actuales. Para conocer los campos requeridos para enviar reclamaciones de recetas electrónicamente a Humana, consulte los Formularios de pagadores del Consejo Nacional para Programas de Medicamentos Recetados (NCPDP, por sus siglas en inglés) Versión D.O de Medicare, comerciales y del Programa de Transición para Personas Recién Elegibles y de Ingreso Limitado (LI NET, por sus siglas en inglés) de Humana. Para ver los formularios de los pagadores de CarePlus, visite la página de Recursos de farmacia de CarePlus en CarePlusHealthPlans.com/CarePlus-Providers/Pharmacy-Resources. En su Acuerdo de proveedor de farmacia, encontrará los requisitos de participación en la red.

Para ver las Listas de medicamentos de Humana para afiliados de Medicare y afiliados comerciales, visite es-www.humana.com/DrugLists. Las Listas de medicamentos de CarePlus se encuentran en CarePlusHealthPlans.com/CarePlus-Providers/Pharmacy-Resources.

Portal para farmacéuticos

El Portal para farmacéuticos de Humana proporciona un recurso en línea seguro donde los farmacéuticos pueden:

- Obtener una lista actualizada de precios de costo máximo permitido (MAC, por sus siglas en inglés) para medicamentos genéricos.
- Enviar consultas por correo electrónico directamente a Humana.
- Ver boletines de noticias y enlaces a alertas de noticias.
- Encontrar la elegibilidad del afiliado en lo referente a información sobre el plan de medicamentos, la fecha de vigencia y el tipo de plan del afiliado.
- Ver las reclamaciones que un afiliado ha surtido en su farmacia.
- Verificar el estado de un medicamento que requiere autorización previa para un afiliado.

Este recurso está disponible para cualquier farmacia que tenga contrato con Humana y se proporciona sin cargo. Para obtener acceso, visite es-www.humana.com/Logon, elija “Activar una cuenta en línea” y seleccione el tipo de registro. Si tiene dificultades para registrarse, envíe un correo electrónico a PharmacyContracting@humana.com. Incluya el nombre de la farmacia, el Identificador Nacional de Proveedores (NPI, por sus siglas en inglés), el nombre de contacto de la farmacia y el número de teléfono de contacto.

Descripción general de Enclara Pharmacia

Enclara Pharmacia es una administradora nacional de beneficios farmacéuticos de servicio completo y un proveedor de medicamentos y servicios clínicos de pedido por correo desarrollados específicamente para la industria de cuidados paliativos y de hospicio. Enclara Pharmacia atiende a unos 500 proveedores de hospicios y a más de 130,000 pacientes en todo el país, lo que ayuda a reducir los costos de farmacia a través de un modelo clínicamente orientado que permite la entrega a domicilio de productos farmacéuticos. Enclara Pharmacia tiene acceso a una red de más de 62,000 farmacias locales, incluidas más de 7,000 farmacias minoristas, farmacias institucionales y centros propios de abastecimiento de pedido por correo de Enclara Pharmacia.

Cómo unirse a nuestra red

Si aún no forma parte de nuestra red, le invitamos a hacerlo. Si desea unirse, complete el Formulario de solicitud de contrato de farmacia en

<https://Apps.Humana.com/Marketing/Documents.asp?q=9Mf%2fwxRucPzrJbILBCCHgA%3d%3d>.

Envíe los formularios completados a **PharmacyContracting@humana.com**.

Esperamos que este manual le resulte informativo y le agradecemos nuevamente por formar parte de la red de proveedores de farmacia de Humana.

Atentamente,

El equipo de la Red de Humana Pharmacy

Información de contacto

Servicio de asistencia de farmacia

800-865-8715

Para anulaciones de repeticiones anticipadas de recetas y estado de autorización previa

Servicio de asistencia de CarePlus Pharmacy

1-866-315-7587

Fax: **1-800-310-9071**

Atención al cliente de Medicare de Humana

800-281-6918 (TTY: 711)

Todos los días, de 8 a.m. a 8 p.m.

Puerto Rico: **800-256-3316**

De lunes a viernes, de 7 a.m. a 7 p.m.

Servicios para afiliados de CarePlus

1-800-794-5907 (TTY: 711)

Todos los días, de 8 a.m. a 8 p.m. (del 1 de octubre al 31 de marzo)

De lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. (del 1 de abril al 30 de septiembre)

LI NET

800-783-1307 (TTY: 711)

De lunes a viernes, de 8 a.m. a 7 p.m., hora del este

Revisión de farmacia clínica de Humana (HCPR, por sus siglas en inglés)

800-555-CLIN (2546)

Fax en EE.UU.: **877-486-2621**

Número de teléfono de HCPR de Puerto Rico: **866-488-5991**

Número de fax de HCPR de Puerto Rico: **855-681-8650**

Unidad de administración de la utilización de CarePlus Pharmacy

Teléfono: **1-866-315-7587**

Fax: **1-800-310-9071**

Contrataciones de la red de Humana Pharmacy Solutions®

Solicitudes de contratos de farmacia

Correo electrónico: **PharmacyContractRequest@humana.com**

Fax: **866-449-5380**

Teléfono: **888-204-8349**

Enclara Farmacia

Servicio de asistencia para reclamaciones de farmacia

Teléfono: **866-597-3589**, las 24 horas del día, los siete días de la semana

Rechazos de reclamaciones y preguntas generales sobre la cobertura del plan, incluidas las autorizaciones previas y la elegibilidad

Correo electrónico: **PharmacyClaims@enclarapharmacia.com**

Departamento de quejas formales y apelaciones para contratistas administrativos de Medicare (MAC)

Solo correo electrónico: **PharmacyPricingReview@humana.com**

Preguntas o inquietudes sobre reembolsos de farmacia

Programa de calidad de medicamentos recetados

Correo electrónico: **RxQualityProgram@humana.com**

Fax: **844-330-8892**

Línea de ayuda en asuntos éticos de Humana

Teléfono: **877-5-THE-KEY (584-3539)**

SS&C Health

Teléfono: **866-211-9459**

Centro de llamadas de asistencia técnica de CarePlus (SS&C Health)

Teléfono: **1-800-865-4034**

Sitio web de farmacéuticos de Humana

Visite **es-www.humana.com/Pharmacists** para acceder a los Formularios de pagadores, los boletines de noticias de farmacia, la Guía de auditoría y revisión de reclamaciones de Humana Pharmacy Solutions y muchos otros recursos.

Visite **CarePlusHealthPlans.com/CarePlus-Providers/Pharmacy-Resources** para obtener los formularios de los pagadores de CarePlus y otros recursos.

Asistencia para el sitio web de autoservicio del Portal para farmacéuticos

Correo electrónico: **PharmacyContracting@humana.com**

Sitio web de información sobre cumplimiento farmacéutico

[www.humana.com/Provider/Pharmacy-Resources/Manuals-Forms](http://es-<a href=)

Verificación de elegibilidad

Tarjetas de identificación del afiliado de Humana

Los siguientes son ejemplos de tarjetas de identificación que los afiliados de Humana pueden mostrar a los empleados de farmacia.

Tarjetas para afiliados comerciales:

Plan Premier de una Organización para el mantenimiento de la salud (HMO, por sus siglas en inglés)



Pharmacists: 1-800-865-8715
ANSI BIN # 610649
PCN # 03190000

HMO Premier
MEMBER, SAMPLE R ID: H00009764-00
Coverage: DEPENDENT
Group: SAMPLE GROUP LLC Group#: A1234
Benefit Information:
OV\$90/\$200S RX\$5G/\$15B/\$30NF ER\$75H DME0%

Humana Health Plan, Inc.



Out of network services are not covered. Card Issued: 11/09/2022
In Plan Deductible/In Plan Out of Pocket Max
DED \$225/\$675
COINS \$4000
Members: Amounts displayed are not inclusive of all plan member cost sharing.
Log into Humana.com or call Member/Provider Services for plan specifics.
Member/Provider Service: 1-800-448-6262
Nationwide Virtual Doctor 24/7: doctorondemand.com
Go365 Customer Service: 1-888-443-7942

Humana Claims
P.O. Box 14601
Lexington, KY 40512-4601 Payor ID: 61101

HMO Select



Pharmacists: 1-800-865-8715
ANSI BIN # 610649
PCN # 03190000

HMO Select
MEMBER, SAMPLE R ID: H00009764-00
Coverage: DEPENDENT
Group: SAMPLE GROUP LLC Group#: A1234
Benefit Information:
OV\$90/\$200S RX\$5G/\$15B/\$30NF ER\$75H DME0%
Primary Care Physician: JOHN D SMITH MD

IPA/Center Name: ABC HEALTH CENTER

ALL SERVICES MUST BE AUTHORIZED BY YOUR PRIMARY CARE PROVIDER.

Humana Medical Plan, Inc.



Out of network services are not covered. Card Issued: 11/09/2022
In Plan Deductible/In Plan Out of Pocket Max
DED \$225/\$675
COINS \$4000
Members: Amounts displayed are not inclusive of all plan member cost sharing.
Log into Humana.com or call Member/Provider Services for plan specifics.

Member/Provider Service: 1-800-448-6262
Nationwide Virtual Doctor 24/7: doctorondemand.com
Go365 Customer Service: 1-888-443-7942

Humana Claims, P.O. Box 14601
Lexington, KY 40512-4601 Payor ID: 61101

Punto de servicio nacional – Acceso abierto



Pharmacists: 1-800-865-8715
ANSI BIN # 610649
PCN # 03190000

National POS - Open Access
Subscriber: SAMPLE Q MEMBER Coverage Type: EMP
Group Name: GROUP NAME, LLC Group ID: 123456

Member ID: 000007170 15 Member Name: SAMPLE15 MEMBER
000007170 16 SAMPLE16 N MEMBER

Ofc Visit Co-pay \$200/\$250	ER Co-pay \$500	Pharmacy Benefit \$100/\$200/\$500/2%
---------------------------------	--------------------	--

In,Out Plan Individual Deductible(\$)
In,Out Plan Family Deductible(\$)
In,Out Individual Out of Pocket Max(\$)
In,Out Family Out of Pocket Max(\$)



Member/Provider Service: 1-866-427-7478 Humana Claims
Go365 Customer Service: 1-888-443-7942 P.O. Box 14601
Lexington, KY 40512-4601

Nationwide Virtual Doctor 24/7: doctorondemand.com

Members: Amounts displayed are not inclusive of all plan member cost sharing.
Log into Humana.com or call Member/Provider Services for plan specifics.

Humana Health Plan, Inc. and Humana Insurance Company
Payor ID: 61101 Card Issued: 11/08/2022





Organización de proveedores preferidos (PPO, por sus siglas en inglés)

Humana. Pharmacists: 1-800-865-8715
ANSI BIN # 610649
PCN # 03190000

PPO
Subscriber: **SAMPLE Q MEMBER**
Group Name: **GROUP NAME, LLC** Coverage Type: **EMP**
Group ID: **123456**

Member ID: 000007170 15 Member Name: **SAMPLE15 MEMBER**
000007170 16 **SAMPLE16 N MEMBER**

Ofc Visit Co-pay \$200/\$250 ER Co-pay \$500 Pharmacy Benefit \$100/\$200/\$500/2%

In,Out Plan Individual Deductible(\$) \$1000
In,Out Plan Family Deductible(\$) \$2000
In,Out Individual Out of Pocket Max(\$) \$4000
In,Out Family Out of Pocket Max(\$) \$8000



Member/Provider Service: 1-866-427-7478 Humana Claims
Go365 Customer Service: 1-888-443-7942 P.O. Box 14601
Lexington, KY 40512-4601

Nationwide Virtual Doctor 24/7: doctorondemand.com

Members: Amounts displayed are not inclusive of all plan member cost sharing.
Log into Humana.com or call Member/Provider Services for plan specifics.

Humana Insurance Company
Payor ID: 61101 **Card Issued: 11/08/2022**

ChoiceCare **QUALICARE** **network access**
New Jersey Only New York Only

Tarjetas para afiliados de Medicare:

Tarjeta para un afiliado de Medicare con un plan de medicamentos recetados (PDP, por sus siglas en inglés) – Parte D únicamente

Individual PDP Premier Rx

Humana.
HUMANA PREMIER RX PLAN (PDP)

RxBIN: XXXXXX CARD ISSUED: MM/DD/YYYY
RxPCN: XXXXXXXX
RxGRP: XXXXX

Plan (80840) 9140461101
Member ID: HXXXXXXXXX
MEMBER NAME

MedicareRx
Prescription Drug Coverage
CMS XXXXX XXX



Go to Humana.com/Member to verify benefits, check drug list, or check claim status.

Submit Rx Claims only to: Humana Claims, PO Box 14140, Lexington, KY 40512-4140

Customer Service: 1-800-281-6918
If you use a TTY, call 711
Suicide and Crisis Lifeline: 988
Pharmacist/Physician Rx Inquiries: 1-800-865-8715
Mail Delivery Pharmacy: 1-844-467-9511

Tarjeta para un afiliado de HMO con un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados (MAPD, por sus siglas en inglés) – Partes A, B y D

Individual MAPD HMO

Humana.
HUMANA GOLD PLUS (HMO)
A Medicare Health Plan with Prescription Drug Coverage

See Back for Dental CARD ISSUED: MM/DD/YYYY

MEMBER NAME
Member ID: HXXXXXXXXX
Plan (80840) 9140461101
RxBIN: XXXXXX
RxPCN: XXXXXXXX
RxGRP: XXXXX

MedicareRx
Prescription Drug Coverage
CMS XXXXX XXX



Set up your member account: **Humana.com/myaccount**
Member/Provider Service: 1-800-457-4708 (TTY:711)
Suicide and Crisis Lifeline: 988
Pharmacist/Physician Rx Inquiries: 1-800-865-8715
IPA/Center Name: XXXXXXXX
Primary Physician: XXXXXXXXXXXXXXXX
Claims, PO Box 14601, Lexington, KY 40512-4601
For Dental: **Humana.com/sb**

Additional Benefits: DENXXX VISXXX HERXXX
EyeMed Vision: XXX-XXX-XXXX

Tarjeta para un afiliado de PPO con cobertura MAPD – Partes A, B y D

Individual MAPD PPO

Humana.
HUMANACHOICE (PPO)
 A Medicare Health Plan with Prescription Drug Coverage
See Back for Dental CARD ISSUED: MM/DD/YYYY

MEMBER NAME
Member ID: HXXXXXXXXX
 Plan (80840) 9140461101
 RxBIN: XXXXXX
 RxPCN: XXXXXXXX
 RxGRP: XXXXX

MedicareRx
Prescription Drug Coverage
 CMS XXXXX XXX



Set up your member account: **Humana.com/myaccount**
 Member/Provider Service: 1-800-457-4708 (TTY:711)
 Suicide and Crisis Lifeline: 988
 Pharmacist/Physician Rx Inquiries: 1-800-865-8715
 Claims, PO Box 14601, Lexington, KY 40512-4601

Medicare limiting charges apply
 For Dental: **Humana.com/sb**

Additional Benefits: DENXXX VISXXX HERXXX
 EyeMed Vision: XXX-XXX-XXXX

Tarjeta para un afiliado de un plan privado de cargo por servicio (PFFS, por sus siglas en inglés) con cobertura MAPD – Partes A, B y D

Individual MAPD PFFS

Humana.
HUMANA GOLD CHOICE (PFFS)
 A Medicare Health Plan with Prescription Drug Coverage
See Back for Dental CARD ISSUED: MM/DD/YYYY

MEMBER NAME
Member ID: HXXXXXXXXX
 Plan (80840) 9140461101
 RxBIN: XXXXXX
 RxPCN: XXXXXXXX
 RxGRP: XXXXX

Network: XXXXX

MedicareRx
Prescription Drug Coverage
 CMS XXXXX XXX



Set up your member account: **Humana.com/myaccount**
 Member/Provider Service: 1-800-457-4708 (TTY:711)
 Suicide and Crisis Lifeline: 988
 For Payment Terms and Conditions: 1-866-291-9714
 Pharmacist/Physician Rx Inquiries: 1-800-865-8715
PROVIDERS: DO NOT BILL MEDICARE.
 Claims, PO Box 14601, Lexington, KY 40512-4601
 Medicare limiting charges apply
 For Dental: **Humana.com/sb**

Additional Benefits: DENXXX VISXXX HERXXX
 EyeMed Vision: XXX-XXX-XXXX

Tarjeta para un afiliado de HMO con cobertura solo de Medicare Advantage – Partes A y B

Individual MA HMO

Humana.
HUMANA GOLD PLUS (HMO)
 A Medicare Health Plan
See Back for Dental CARD ISSUED: MM/DD/YYYY

MEMBER NAME
Member ID: HXXXXXXXXX
 Plan (80840) 9140461101
 Part B BIN: XXXXXX
 Part B PCN: XXXXXXXX
 Group: XXXXX

CMS XXXXX XXX



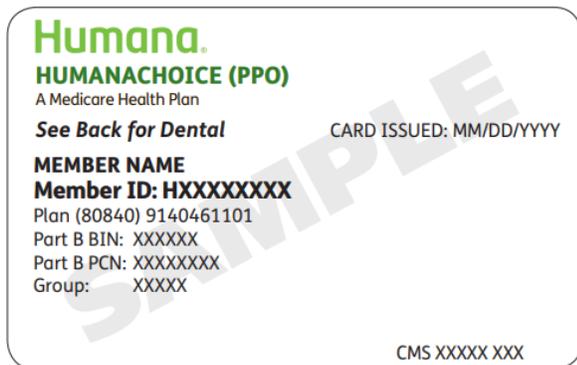
Set up your member account: **Humana.com/myaccount**
 Member/Provider Service: 1-800-457-4708 (TTY:711)
 Suicide and Crisis Lifeline: 988
 IPA/Center Name: XXXXXXXX
 Primary Physician: XXXXXXXXXXXXXXXX

Claims, PO Box 14601, Lexington, KY 40512-4601
 For Dental: **Humana.com/sb**

Additional Benefits: DENXXX VISXXX HERXXX
 EyeMed Vision: XXX-XXX-XXXX

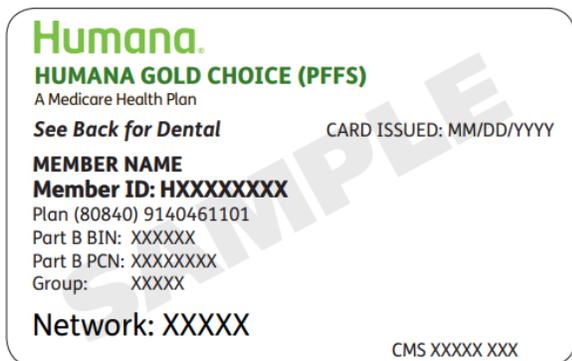
Tarjeta para un afiliado de PPO con cobertura solo de Medicare Advantage – Partes A y B

Individual MA PPO



Tarjeta para un afiliado de PFFS con cobertura solo de Medicare Advantage – Partes A y B

Individual MA PFFS

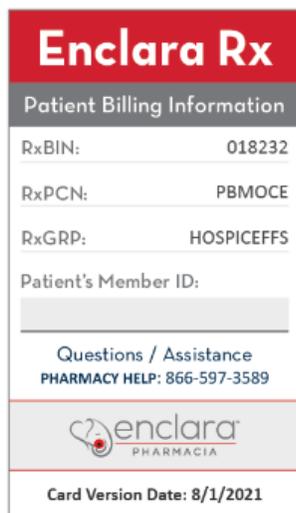


Tenga en cuenta: Estas imágenes responden a las pautas de cumplimiento/Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) y podría estar sujeto a cambios en cualquier momento. Se enviará una notificación en caso de que cambien las pautas de cumplimiento.

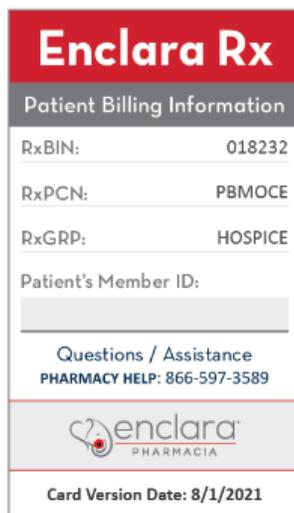
Tarjetas de identificación del afiliado de Enclara

Los siguientes son ejemplos de las tarjetas de identificación que los afiliados de Enclara pueden mostrar a los empleados de farmacia:

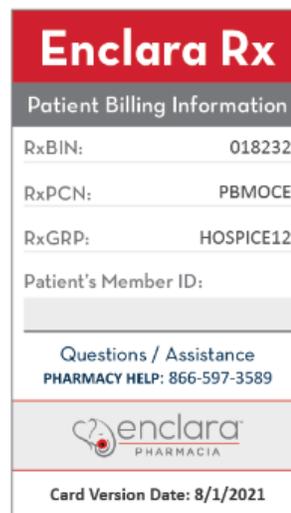
FFS Card



PD Card



Vitas Card



Tarjeta de identificación del afiliado de CarePlus

Los siguientes son ejemplos de las tarjetas de identificación que los afiliados de CarePlus MAPD y solo de Medicare Advantage (MA) pueden mostrar a los empleados de farmacia:

Tarjeta para un afiliado de HMO con cobertura MAPD – Partes A, B y D

CarePlus
HEALTH PLANS

CareOne (HMO)

JOHN SAMPLE
Member ID: 123456701 PCP: Robert Smith
 Health Plan: (80840) PCP Telephone: 1-234-567-8900
 91413 95092 Card Issued: 01/01/2024
 RxBin: [015581]
 RxPCN: [03200008] Cost-share protected: N

Copayments:
 PCP Office Visit: [\$XX]
 Specialist: [\$XX]
 Hospital Emergency: [\$XXX]

MedicareRx
Prescription Drug Coverage
CMS H1019 001 000

Member Services: 1-800-794-5907 TTY: 711
My CarePlus Connect: 1-866-667-0483

Provider Services: **Pharmacy Inquiries:**
 Eligibility: 1-866-220-5448 Claims Issues: 1-800-865-4034
 Authorizations: 1-800-201-4305 Authorizations: 1-866-315-7587
 Claim Status: 1-866-313-7587
CarePlus Claims: P.O. BOX 14697 LEXINGTON, KY 40512



Please visit us at : CarePlusHealthPlans.com

Tarjeta para un afiliado de HMO-POS con cobertura MAPD – Partes A, B y D

CarePlus
HEALTH PLANS

CareOne PLATINUM (HMO-POS)

JOHN SAMPLE
Member ID: 123456701 PCP: Robert Smith
 Health Plan: (80840) PCP Telephone: 1-234-567-8900
 91413 95092 Card Issued: 01/01/2024
 RxBin: [015581]
 RxPCN: [03200008] Cost-share protected: N

In-Network/Out-of-Network Copays:
 PCP Office Visit: [\$XX/NA]
 Specialist: [\$XX/\$XX]
 Hospital Emergency: [\$XXX]

MedicareRx
Prescription Drug Coverage
CMS H1019 110 000

Member Services: 1-800-794-5907 TTY: 711
MyCarePlus Connect: 1-866-667-0483

Provider Services: **Pharmacy Inquiries:**
 Eligibility: 1-866-220-5448 Claims Issues: 1-800-865-4034
 Authorizations: 1-800-201-4305 Authorizations: 1-866-315-7587
 Claim Status: 1-866-313-7587
CarePlus Claims: P.O. BOX 14697 LEXINGTON, KY 40512



Please visit us at : CarePlusHealthPlans.com

Tarjeta para un afiliado de HMO con cobertura solo de Medicare Advantage – Partes A y B

CarePlus
HEALTH PLANS

CareSalute (HMO)

JOHN SAMPLE
Member ID: 123456701 PCP: Robert Smith
 Health Plan: (80840) PCP Telephone: 1-234-567-8900
 91413 95092 Card Issued: 01/01/2024
For Part B drugs ONLY:
 RxBin: [015581] Cost-share protected: N
 RxPCN: [03200008]

Copayments:
 PCP Office Visit: [\$XX]
 Specialist: [\$XX]
 Hospital Emergency: [\$XXX]

MedicareRx
Prescription Drug Coverage
CMS H1019 119 000

Member Services: 1-800-794-5907 TTY: 711
My CarePlus Connect: 1-866-667-0483

Provider Services:
 Eligibility: 1-866-220-5448
 Authorizations: 1-800-201-4305
 Claim Status: 1-866-313-7587
CarePlus Claims: P.O. BOX 14697 LEXINGTON, KY 40512



Please visit us at : CarePlusHealthPlans.com

Tarjeta para un afiliado de HMO-POS con cobertura solo de Medicare Advantage – Partes A y B

CarePlus HEALTH PLANS	CareSalute (HMO-POS)
JOHN SAMPLE	
Member ID: 123456701	PCP: Robert Smith
Health Plan: (80840)	PCP Telephone: 1-234-567-8900
91413 95092	Card Issued: 01/01/2024
For Part B drugs ONLY:	
RxBin: [610649]	Cost-share protected: N
RxPCN: [03200000]	
In-Network/Out-of-Network Copays:	
PCP Office Visit: [SXX/NA]	
Specialist: [SXX/SXX]	
Hospital Emergency: [SXXX]	
	MedicareRx Prescription Drug Coverage
	CMS H1019 143 000

Member Services:	1-800-794-5907	TTY: 711
My CarePlus Connect:	1-866-667-0483	
Provider Services:		
Eligibility:	1-866-220-5448	
Authorizations:	1-800-201-4305	
Claim Status:	1-866-313-7587	
CarePlus Claims:	P.O. BOX 14697 LEXINGTON, KY 40512	
		
Please visit us at : CarePlusHealthPlans.com		

ID del titular de la tarjeta

Siempre que sea posible, las farmacias deben indicar el número de identificación del afiliado de Humana y/o CarePlus en el campo “ID del titular de la tarjeta”. Puede encontrar este número en la tarjeta de identificación del afiliado de Humana y/o CarePlus. Las imágenes de las tarjetas de ejemplo se muestran en las secciones anteriores “Tarjetas de identificación (ID, por sus siglas en inglés) del afiliado de Humana” y “Tarjetas de identificación (ID) del afiliado de CarePlus”.

Para reclamaciones comerciales, Humana también permite el envío del número de Seguro Social del afiliado en el campo ID del titular de la tarjeta. La reclamación comercial se adjudicará con el número de Seguro Social en caso de que el afiliado lo haya proporcionado a Humana en el momento de la inscripción. Además, las farmacias pueden llamar a nuestro servicio de asistencia de farmacia de Humana al **800-865-8715**, elegir la opción **3** y proporcionar el nombre y la fecha de nacimiento del afiliado para obtener la identificación del afiliado de Humana.

Para reclamaciones de LI NET, el Identificador de beneficiario de Medicare (MBI, por sus siglas en inglés) puede enviarse en el campo ID del titular de la tarjeta.

En el caso de afiliados de Medicare que no tienen su número de identificación de Humana, las farmacias deben llamar al servicio de asistencia de farmacia al **800-865-8715** o enviar una consulta E1.

Para los afiliados de CarePlus Medicare que no tienen su número de identificación de CarePlus, las farmacias deben llamar a la Unidad de administración de la utilización de CarePlus Pharmacy al **1-866-315-7587**.

Código de persona

Se requiere un código de persona (también conocido como código de dependiente o código de relación) para los planes comerciales, pero no para los planes Medicare. En el campo de código de persona se deben ingresar dos dígitos; si se introduce un solo dígito, se producirá un rechazo.

Determinaciones de cobertura de Medicare

Los afiliados de Medicare o sus representantes autorizados y médicos que recetan tienen el derecho de solicitar a Humana y/o a CarePlus que tome una decisión con respecto a la cobertura de un medicamento, al reembolso de un medicamento comprado con desembolso personal o al reembolso de un medicamento comprado en una farmacia fuera de la red. Consulte el “Apéndice A: Cobertura para medicamentos recetados de Medicare y sus derechos” en la página 50 de este manual.

Los afiliados, los médicos que recetan y los representantes designados o autorizados pueden solicitar una determinación de cobertura acelerada si la salud del afiliado se viera comprometida por tener que esperar las 72 horas estándar para una decisión conforme al beneficio de medicamentos recetados o siete días conforme al beneficio médico. Sin embargo, las solicitudes de pago o reembolso no se pueden acelerar.

Los afiliados, médicos que recetan y representantes designados o autorizados pueden solicitar una determinación de cobertura o una determinación de cobertura acelerada enviando la solicitud por fax a

Humana al **877-486-2621**. Las solicitudes para afiliados de Puerto Rico se pueden enviar por fax al **855-681-8650**. Las solicitudes para afiliados de CarePlus se pueden enviar por fax al **1-800-310-9071**.

Para solicitudes específicas de LI NET, envíe un fax al **855-605-6385**. Las solicitudes también pueden enviarse por teléfono al **800-783-1307**. Si tiene preguntas, comuníquese con LI NET al **800-783-1307**.

Puede obtener más información y los formularios correspondientes en:

- **Humana.com/Provider/Pharmacy-Resources/Tools** (elija el enlace debajo de “Determinaciones de cobertura”)
- **CarePlusHealthPlans.com/Careplus-Providers/Pharmacy-Resources**

Beneficiarios elegibles para el subsidio por ingresos limitados (LIS, por sus siglas en inglés)

El subsidio LIS de Medicare (también conocido como “Ayuda adicional”) ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados con los costos de sus medicamentos recetados. Las personas elegibles para este programa reciben asistencia que les ayuda con el pago de primas, deducibles o costos compartidos relacionados con su plan de medicamentos de Medicare. Algunas personas son elegibles automáticamente para obtener este subsidio y no necesitan solicitarlo. Medicare les envía una carta a estas personas.

A veces, un afiliado cree que es elegible para el LIS y que está pagando una cantidad de costo compartido incorrecta por su(s) receta(s). Para abordar estas situaciones, Humana ha establecido un proceso que permite al afiliado proporcionar la Mejor evidencia disponible (BAE, por sus siglas en inglés) de su nivel adecuado de costos compartidos. En la farmacia, un afiliado puede mostrar evidencia de Ayuda adicional al proveer cualquiera de los siguientes documentos:

- Una copia de la tarjeta de Medicaid del beneficiario que incluya el nombre del beneficiario y la fecha de elegibilidad durante un mes posterior a junio del año calendario anterior
- Una copia de un documento estatal que confirme la condición activa de Medicaid durante un mes posterior a junio del año calendario anterior
- Una impresión del archivo electrónico de inscripción estatal que muestre la condición de Medicaid durante un mes posterior a junio del año calendario anterior
- Una impresión de pantalla de los sistemas estatales de Medicaid que muestren la condición de Medicaid durante un mes posterior a junio del año calendario anterior
- Otra documentación proporcionada por el estado que muestre la condición de Medicaid durante un mes posterior a junio del año calendario anterior
- Una carta de la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) que demuestre que la persona recibe Ingreso suplementario de seguridad
- Una “Solicitud presentada por quien se considera elegible” donde se confirme que el beneficiario es “...automáticamente elegible para ayuda adicional...” (publicación HI 03094.605 de la SSA)

Tenga en cuenta que esta prueba debe confirmarla un farmacéutico y debe demostrar que la elegibilidad de la persona se hizo efectiva a más tardar en la fecha en que se surtió la receta. Si el afiliado no se encuentra en el sistema de SS&C Health, el farmacéutico puede llamar al el servicio de asistencia de farmacia de Humana al **800-865-8715** y elegir la opción **2** para añadir a un afiliado recientemente inscrito de la Parte D de Medicare al sistema de procesamiento de reclamaciones de SS&C Health mediante el uso del proceso de activación rápida. El LIS también puede añadirse durante el proceso de activación rápida (si corresponde).

Si el farmacéutico puede verificar una prueba de Ayuda adicional del afiliado, el afiliado demuestra ser elegible en el sistema de SS&C Health y se realizó una llamada a Humana para actualizar el estado del LIS de Medicare del afiliado, el afiliado debe hacer un seguimiento enviando la prueba por correo postal a Humana a la siguiente dirección en un plazo de 30 días:

Humana
P.O. Box 14168
Lexington, KY 40512-4168

El afiliado puede llamar a Atención al cliente de Humana al **800-281-6918**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este, para obtener asistencia adicional.

Si un afiliado desea solicitar el LIS de Medicare, debe llamar a la Administración del Seguro Social al **800-772-1213**, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 7 p.m.

CarePlus

El farmacéutico puede llamar a la Unidad de administración de la utilización de CarePlus Pharmacy al **1-866-315-7587**. Una vez que se haya actualizado la información de elegibilidad para la Ayuda adicional en la farmacia, el afiliado debe enviar la prueba por correo postal en un plazo de 30 días a la siguiente dirección para mantener el nivel de copago correcto:

CarePlus Health Plans
Attn: Departamento de servicios para afiliados
P.O. Box 277810
Miramar, FL 33027

Para obtener asistencia con inquietudes respecto a la Ayuda adicional, los afiliados pueden llamar a Servicios para afiliados de CarePlus al

1-800-794-5907 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., todos los días (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre), hora del este. Los afiliados pueden dejar un mensaje de voz después del horario de atención, los sábados, domingos y días festivos. Humana devolverá la llamada en el plazo de un día hábil.

Mejor evidencia disponible para residentes de centros de cuidado a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés)

Los patrocinadores de la Parte D de Medicare deben aceptar cualquiera de las siguientes formas de evidencia del beneficiario o del farmacéutico, defensor, representante, familiar u otra persona del beneficiario que actúe en nombre del beneficiario para establecer que un beneficiario está institucionalizado o que, a partir de una fecha especificada por el secretario, pero no antes del 1 de enero de 2012, es una persona que recibe servicios comunitarios y domiciliarios (HCBS, por sus siglas en inglés) y es elegible para cero costos compartidos:

- Un envío del centro que muestre el pago de Medicaid para un mes calendario completo para esa persona durante un mes posterior a junio del año calendario anterior
- Una copia de un documento estatal que confirme el pago de Medicaid en nombre de la persona al centro durante un mes calendario completo posterior a junio del año calendario anterior
- Una impresión de pantalla de los sistemas estatales de Medicaid que muestre que la condición institucional de la persona se basa en una estadía de por lo menos un mes calendario completo a los fines del pago de Medicaid durante un mes posterior a junio del año calendario anterior
- Con vigencia a partir de una fecha especificada por el secretario, pero no antes del 1 de enero de 2017, una copia de:
 - Un Aviso de acción, Aviso de determinación o Aviso de inscripción emitidos por el estado que incluya el nombre del beneficiario y la fecha de elegibilidad para HCBS durante un mes posterior a junio del año calendario anterior
 - Un plan de servicio HCBS aprobado por el estado que incluya el nombre del beneficiario y la fecha de vigencia a partir de un mes posterior a junio del año calendario anterior

- Una carta de aprobación de autorización previa emitida por el estado para HCBS que incluya el nombre del beneficiario y la fecha de vigencia que comienza durante un mes posterior a junio del año calendario anterior
- Otra documentación proporcionada por el estado que muestre la condición de elegibilidad para HCBS durante un mes posterior a junio del año calendario anterior
- Un documento emitido por el estado, como un aviso de envío de fondos, que confirme el pago para HCBS y que incluya el nombre del beneficiario y las fechas de HCBS

Los farmacéuticos que tengan evidencia de que la responsabilidad del costo compartido de un afiliado de Medicare de Humana que reside en un centro de LTC debe ser diferente de la que aparece en las reclamaciones adjudicadas pueden proporcionar evidencia aplicable a Humana con respecto a la condición de LIS del afiliado. Los farmacéuticos pueden enviar a Humana la evidencia apropiada utilizando el formulario de “Apelación de cuidado a largo plazo para presentación fuera de plazo” disponible en

<https://Apps.Humana.com/Marketing/Documents.asp?q=y6nu1BgevSGJhMcNrtXcIQ%3d%3d>.

Las consultas relacionadas con los niveles de LIS de los afiliados pueden dirigirse a Humana al **800-281-6918**. Los farmacéuticos que tengan evidencia de que el costo compartido del afiliado en las reclamaciones de afiliado de Medicare es incorrecto y que debería reflejar un nivel de LIS diferente también deben llamar a este número.

Para los afiliados de CarePlus, los farmacéuticos pueden llamar al 1-866-315-7587, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este, para proporcionar evidencia aplicable con respecto a la condición de LIS del afiliado.

Tabla del LIS 2024 – “Ayuda adicional” para afiliados

Categorías	Nivel de LIS	Límites de recursos	Deducible	Costo compartido hasta el límite de desembolso personal (\$8,400)	Copago por encima del límite de desembolso personal (\$8,400)	% de subsidio de la prima de la Parte D
Subsidio completo: doble elegibilidad con beneficios completos superior al 100% y al 150% del nivel de pobreza federal (FPL, por sus siglas en inglés)	1	N/A: persona considerada elegible para Medicaid	\$0	\$4.50 por medicamentos genéricos/preferidos de origen múltiple; \$11.20 por todos los demás medicamentos	\$0	100%
Subsidio completo: doble elegibilidad sin beneficios completos igual o inferior al 150% del FPL	1	Recursos/activos inferiores o iguales a \$17,220 soltero); \$34,360 (casado)	\$0	\$4.50 por medicamentos genéricos/preferidos de origen múltiple o biosimilares; \$11.20 por todos los demás medicamentos	\$0	100%

Subsidio completo: doble elegibilidad con beneficios completos inferior o igual al 100% del FPL	2	N/A: persona considerada elegible para Medicaid	\$0	\$1.55 por medicamento genérico/preferido de origen múltiple o biosimilar; \$4.60 por cualquier otro medicamento	\$0	100%
Personas institucionalizadas con doble elegibilidad y beneficios completos	3	N/A: persona considerada elegible para Medicaid	\$0	Copago de \$0	\$0	100%

Notas:

- Los límites de recursos/activos indicados incluyen \$1,500 por persona para gastos fúnebres.
- Si el afiliado selecciona un plan con un deducible o costo compartido presentado inferior a su cantidad de LIS, el afiliado sería responsable de pagar la cantidad menor.
- A partir del 1 de enero de 2024, los miembros que recibieron LIS parcial recibirán LIS completo conforme a la Ley de Reducción de la Inflación.

Cobertura de medicamentos

Listas de medicamentos

Humana administra numerosas Listas de medicamentos para los numerosos planes de beneficios de medicamentos recetados que ofrece. Las farmacias pueden ver los detalles de estas Listas de medicamentos en es-www.humana.com/Provider/Pharmacy-Resources/Tools/Humana-Drug-Lists. Para ver las Listas de medicamentos de CarePlus, visite CarePlusHealthPlans.com/CarePlus-Providers/Pharmacy-Resources.

El Comité de Farmacia y Tratamientos de Humana, compuesto por médicos y farmacéuticos, elabora y mantiene las Listas de medicamentos. La cobertura de medicamentos del afiliado varía según el plan. Ciertos medicamentos pueden tener limitaciones de cobertura según la duración o la dosis, o pueden requerir aprobación previa. Humana puede añadir medicamentos a la lista, cambiar medicamentos de la lista o eliminar medicamentos de la lista en cualquier momento, lo que podría afectar la cantidad que el afiliado paga por los medicamentos recetados. Algunos estados y mercados tienen requisitos específicos para realizar cambios en el formulario, como Texas, Louisiana, Illinois y Puerto Rico.

Excepciones a la cobertura del plan para afiliados de Medicare

Los afiliados de Medicare pueden solicitar a Humana y/o a CarePlus que haga una excepción a sus reglas de cobertura; sin embargo, la solicitud debe incluir una declaración de respaldo del médico que receta del afiliado. Los afiliados pueden enviar varios tipos de solicitudes de excepción, entre ellas:

- Solicitar que un medicamento sea cubierto, aunque no se encuentre en la Lista de medicamentos de Humana y/o de CarePlus
- Solicitar una exención a Humana y/o a CarePlus con respecto a restricciones o límites de cobertura impuestos a un medicamento (por ejemplo, autorización previa, terapia por fases, límites de despacho)
- Solicitar un mayor nivel de cobertura para un medicamento (por ejemplo, si un medicamento se considera no preferido de Nivel 4, el afiliado puede solicitar que se cubra como medicamento de marca preferido de Nivel 3. Esto puede resultar en un menor copago para el afiliado).

Se debe solicitar una decisión acelerada si la salud del afiliado se viera comprometida por tener que esperar las 72 horas estándar para tomar una decisión.

Los afiliados, los médicos que recetan y los representantes designados o autorizados pueden solicitar una excepción o una excepción acelerada enviando la solicitud por fax a HCPR al **877-486-2621**. Para los afiliados de CarePlus, las solicitudes se pueden enviar por fax al **1-800-310-9071**. Para presentar esta solicitud, debe completarse un formulario de determinación de cobertura que se encuentra en **es-www.humana.com/Provider/Pharmacy-Resources/Prior-Authorizations**. Para obtener un formulario de determinación de cobertura de CarePlus, visite **CarePlusHealthPlans.com/CarePlus-Providers/Pharmacy-Resources**. Los médicos que recetan o los farmacéuticos que tengan preguntas pueden llamar a HCPR al **800-555-CLIN (2546)**. Las solicitudes para afiliados de Puerto Rico se pueden enviar por teléfono al **866-488-5991** o por fax al **855-681-8650**. Para CarePlus, los médicos que recetan o los farmacéuticos que tengan preguntas pueden llamar a la Unidad de administración de la utilización de CarePlus Pharmacy al **1-866-315-7587**.

Consulte el “Apéndice A: Cobertura para medicamentos recetados de Medicare y sus derechos” en la página 50 de este manual.

Tenga en cuenta: Humana y CarePlus no aceptan solicitudes de autorización previa directamente de las farmacias. El afiliado o el médico que receta deben iniciar la solicitud.

Control de la utilización (UM, por sus siglas en inglés)

Ciertos medicamentos recetados deben pasar por un proceso de aprobación basada en criterios antes de que se tome una decisión de cobertura.

- **Autorización previa (PA, por sus siglas en inglés):** el Comité de Farmacia y Tratamientos de Humana revisa los medicamentos sobre la base de la seguridad, la eficacia y el beneficio clínico, y puede hacer adiciones o eliminaciones en la lista de medicamentos que requieren autorización previa.
- **Terapia por fases:** los planes que están sujetos a terapia por fases, como componente del programa estándar de revisión de la utilización de medicamentos (DUR, por sus siglas en inglés) de Humana y/o CarePlus, requieren que el afiliado utilice medicamentos que comúnmente se consideran de primera línea antes de usar aquellos que se consideran de segunda o tercera línea. Estos requisitos promueven pautas de tratamiento nacionales establecidas y ayudan a promover un tratamiento con medicamentos seguro y eficiente con relación al costo.
- **Límites de cantidad:** Los límites de cantidad se aplican a diversas clases de medicamentos a fin de facilitar el uso terapéutico adecuado y aprobado de estos agentes. A juicio de Humana, este programa ayuda a los afiliados a obtener la dosis óptima requerida para tratar sus afecciones. Si la afección médica de un afiliado justifica una cantidad adicional, el farmacéutico debe pedir al médico que receta que envíe una solicitud a la Unidad de administración de la utilización de HCPR y/o de CarePlus Pharmacy.

Tenga en cuenta: Humana y CarePlus no aceptan solicitudes de determinaciones de cobertura directamente de las farmacias. El afiliado o el médico que receta deben iniciar la solicitud.

Los médicos que recetan pueden solicitar lo siguiente para autorización previa de medicamentos, terapia por fases, límites de cantidad y excepciones de medicamentos mediante la guía de referencia rápida para médicos que recetan que se encuentra en el siguiente enlace:

Apps.Humana.com/Marketing/Documents.asp?q=QChm%2fH%2b%2b1IiOcQ5lgbWwpA%3d%3d.

Los médicos que recetan en Puerto Rico pueden usar la guía de referencia rápida en **Apps.Humana.com/Marketing/Documents.asp?q=KrMR0r9TH4Lv19U4zyeNSg%3d%3d**.

Los médicos que recetan o los farmacéuticos que tengan preguntas pueden llamar a HCPR al **800-555-CLIN (2546)**.

Las solicitudes para afiliados de Puerto Rico se pueden enviar por teléfono al **866-488-5991** o por fax al **855-681-8650**.

Para los afiliados de CarePlus, los médicos que recetan pueden visitar [CarePlusHealthPlans.com/Members/Drug-Coverage-Determination](https://www.careplushealthplans.com/Members/Drug-Coverage-Determination). Los médicos que recetan o los farmacéuticos que tengan preguntas pueden llamar a la Unidad de administración de la utilización de CarePlus Pharmacy al **1-866-315-7587**, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este.

Procedimientos generales de reclamaciones

Envío de reclamaciones de farmacia

Todas las farmacias participantes deben cumplir con las normas de transacciones del NCPDP para reclamaciones de medicamentos de farmacia, coordinación de beneficios y servicios de farmacia relacionados. Antes de enviar una reclamación, la farmacia debe tener registrada una receta válida.

La farmacia no puede enviar reclamaciones de prueba. Las reclamaciones de prueba son envíos de reclamaciones que se utilizan para confirmar la elegibilidad del paciente o para determinar la existencia de restricciones o requisitos de cobertura o la cantidad máxima de reembolso.

Números de identificación del banco (BIN, por sus siglas en inglés) y números de control del procesador (PCN, por sus siglas en inglés)

Plan	BIN	PCN
Sin Medicare*	610649	03190000
Plan de medicamentos recetados (PDP, por sus siglas en inglés) de Medicare Parte D* Use esto si el afiliado tiene un plan MAPD o PDP.	015581	03200000
Planes Medicare Advantage (MA, por sus siglas en inglés) (Parte B únicamente)* Use esto si el afiliado tiene un plan solo de MA.	610649	03200004
LI NET	015599	05440000
Planes CarePlus MAPD	015581	03200008
Planes CarePlus solo de MA	610469	03200000

* Envíe con el número de identificación del afiliado de Humana que se encuentra en la tarjeta de identificación del afiliado.

Plan	BIN	PCN	Grupal
Hospicio de Enclara con cargo por servicio	018232	PBMOCE	HOSPICEFFS
Hospicio de Enclara por día	018232	PBMOCE	HOSPICIO
Hospicio de Enclara Vitas	018232	PBMOCE	HOSPICIO12

Requisitos de código de origen de la receta

Humana exige que en todas las recetas se incluya el código de origen de la receta (campo 419-DJ de la norma de telecomunicaciones D.0 del NCPDP). Si no se incluye este código, todas las reclamaciones enviadas se rechazarán en el punto de venta. Si el farmacéutico no puede incluir este código dentro del sistema de gestión de la farmacia, debe comunicarse con el proveedor de software actual de la farmacia para obtener asistencia. SS&C Health no puede anular esta modificación.

Todas las recetas nuevas deben contener uno de los siguientes valores numéricos:

Valor	Tipo de valor
1	Escrito
2	Teléfono
3	Electrónico
4	Fax
5	Situaciones en las que es necesario crear un nuevo número de receta a partir de una receta válida existente, como transferencias tradicionales, transferencias intracadena, compras de archivos y actualizaciones/migraciones de software. Este valor también es el valor apropiado para “despacho de farmacia”, cuando corresponda, como en el caso de OTC, Plan B, protocolos establecidos, autoridad de los farmacéuticos para recetar, etc.

Número de repetición de receta

Las recetas, incluidas las repeticiones de recetas, deben contener el número de repetición de receta según la siguiente tabla:

Valor	Tipo de valor
00	Despacho original: el primer despacho
01-99	Número de repetición de receta: número de reabastecimiento

Impuesto sobre las ventas

Para los estados donde se aplica el impuesto sobre las ventas, este impuesto debe enviarse como un valor equivalente al porcentaje del cargo normal y habitual que equivale a la tasa del impuesto sobre las ventas aplicable. El farmacéutico debe introducir una cantidad impositiva en el campo 482-GE del NCPDP. Si este campo se deja en blanco, no se calculará el impuesto sobre las ventas.

La dirección del afiliado no es un elemento necesario para tramitar la reclamación, a menos que el medicamento sea para envío. La dirección del afiliado debe añadirse al lugar al cual se envíe el medicamento. La farmacia debe introducir la siguiente información en el campo NCPDP correspondiente para que se aplique el impuesto de envío: El Tipo de servicio de farmacia (Pharmacy Service type) es 03 (HIT), 05 (LTC), 6 (MO) u 8 (Especialidad).

Para permitir el cumplimiento de la ley estatal de Louisiana, las farmacias de Louisiana también deben enviar la tarifa del proveedor en el campo 481-HA del NCPDP. El pago se reflejará en el campo 558-AW del NCPDP, cuando corresponda. Si la farmacia tiene preguntas sobre el impuesto sobre las ventas, envíe un correo electrónico a PharmacyPricingReview@humana.com.

Envío oportuno de reclamaciones

Las reclamaciones deben enviarse en la fecha del servicio (DOS, por sus siglas en inglés). Sin perjuicio de lo anterior, las farmacias tienen al menos 30 días, pero no más de 90, desde la DOS para enviar reclamaciones por servicios de farmacia de LTC. Además, existen circunstancias especiales conforme a las cuales una farmacia puede enviar reclamaciones después de la DOS, incluidas las siguientes:

- Resolución de problemas de coordinación de beneficios que requieran la anulación de reclamaciones y la refacturación a los pagadores correspondientes de la Parte D de Medicare, que disponen de 36 meses para su presentación

- Reclamaciones de LI NET (consulte los “Límites para envío dentro del plazo” en los Formularios para los pagadores de LI NET disponibles en Apps.Humana.com/Marketing/Documents.asp?q=pRwj6AN%2fILbcLuGYsH%2bHSQ%3d%3d.)
- Reclamaciones de subrogación, que tienen 36 meses para su envío
- Reclamaciones comerciales con cobertura total, que tienen 480 días a partir de la DOS para su envío
- Reclamaciones de Medicare, que tienen hasta el 31 de marzo del año posterior a la DOS

Intentar adjudicar una transacción de POS después de la fecha límite de envío de reclamaciones puede dar lugar a un rechazo con el mensaje “Reclamación demasiado antigua” (Rechazo 81 del NCPDP). Esto incluye:

- Pagos, reversiones o ajustes del POS
- Reclamaciones del formulario de reclamación universal para pago y reversiones

Llame al servicio de asistencia de farmacia de Humana al **800-865-8715** si tiene preguntas sobre el procesamiento de reclamaciones. Esta línea está operativa las 24 horas, los siete días de la semana. Si tiene preguntas sobre el procesamiento de reclamaciones de CarePlus, llame a la Unidad de administración de la utilización de CarePlus Pharmacy al **1-866-315-7587**.

Tenga en cuenta: Esto no se aplica a reclamaciones de afiliados con LIS que se inscribieron retroactivamente.

Apelaciones de LTC por envío fuera de plazo

Según lo establecido en la Sección 423.505(b)(20) del Título del 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR, por sus siglas en inglés), las reclamaciones de farmacia se deben enviar para las personas elegibles a más tardar 90 días después de la DOS. Humana y CarePlus reconocen la necesidad de hacer excepciones cuando no se pueden enviar reclamaciones en este plazo. En estos casos, la farmacia de LTC que solicita dicha excepción debe completar, firmar y fechar el formulario de apelación de LTC para su envío fuera de plazo.

Este es un enlace al formulario, que proporcionará una lista de excepciones permitidas, junto con la forma de enviar el formulario para su consideración:

<https://Apps.Humana.com/Marketing/Documents.asp?q=y6nu1BgevSGJhMcNrtXcIQ%3d%3d>.

Formularios de pagadores de SS&C Health específicos de Humana

Los farmacéuticos pueden encontrar los correspondientes formularios para el pagador de farmacias de Medicaid y Medicare en [es-www.humana.com/Pharmacists](https://www.humana.com/Pharmacists). Busque el enlace “Manuales y formularios de farmacia”. Los enlaces directos a los Formularios de pagadores son los siguientes:

- Formulario D.0 de pagadores comerciales/pagadores de Medicaid:
<https://Apps.Humana.com/Marketing/Documents.asp?q=FA%2f7ArlFlgliIZ9n2NZT1A%3d%3d>
- Formulario D.0 de pagadores de Medicare:
<https://Apps.Humana.com/Marketing/Documents.asp?q=tMtRgGL3q5LywAy3LN2kQw%3d%3d>
- Formulario de LI NET:
Apps.Humana.com/Marketing/Documents.asp?q=pRwj6AN%2fILbcLuGYsH%2bHSQ%3d%3d

Formularios de pagadores de SS&C Health de CarePlus

Los farmacéuticos pueden encontrar los formularios correspondientes de los pagadores de farmacia de CarePlus en CarePlusHealthPlans.com/CarePlus-Providers/Pharmacy-Resources.

Formulario de pagadores de SS&C Health de Enclara

Los farmacéuticos pueden encontrar el formulario de pagadores de Enclara en [es-www.humana.com/Pharmacists](https://www.humana.com/Pharmacists). Busque el enlace “Manuales y formularios de farmacia”. El enlace directo al formulario de pagadores es

<https://Apps.Humana.com/Marketing/Documents.asp?file=4298385>.

Presentación del Número de Identificación Nacional del Profesional que receta (NPI, por sus siglas en inglés) del médico que receta

Humana y CarePlus exigen que en todas las transacciones electrónicas se use un NPI del médico que receta de Tipo 1 (también conocido como “individual”) válido y preciso. Las reclamaciones enviadas sin un NPI de Tipo 1 válido y activo se rechazarán en el punto de venta con el siguiente mensaje de error: “Se requiere NPI de Tipo 1 del médico que receta”.

Además, los códigos de error que se indican a continuación aparecerán en los mensajes de formato libre que se envían a las farmacias. Si la farmacia considera que ha recibido uno de estos códigos por error (es decir, el NPI enviado es un número de NPI individual, válido y activo), la farmacia puede anular la modificación con el código de aclaración de envío (SCC, por sus siglas en inglés) correspondiente. Las reclamaciones procesadas con un SCC pueden estar sujetas a una revisión de validación posterior a la adjudicación.

Descripción del NCPDP	Descripción del código de error del NCPDP	Mensajes en formato libre	SCC correspondiente
56	ID del médico que receta no coincide.	No se encontró el ID enviado del médico que receta. Si se valida, envíe el SCC correspondiente.	42
42	La base de datos de médicos que recetan del plan indica que el ID del médico que receta enviado está inactivo, no se encuentra, o venció.	El ID del médico que receta no está activo. Si se valida, envíe el SCC correspondiente.	42
43	La base de datos de médicos que recetan del plan indica que el número de la Administración de Control de Drogas (DEA, por sus siglas en inglés) de los EE.UU. asociado para el ID del médico que receta enviado está inactivo o venció.	Se requiere la validación del estado activo del número de la DEA. Si se valida, envíe el SCC correspondiente.	43
44	La base de datos de médicos que recetan del plan indica que no se encuentra el número de la DEA asociado con el ID del médico que receta que se envió.	Se requiere validación de un número activo de la DEA para la receta. Si se valida, envíe el SCC correspondiente.	43 o 45
46	La base de datos de médicos que recetan del plan indica que el número de la DEA asociado con el ID del médico que receta enviado no permite esta categoría de números de la DEA para medicamentos.	Se requiere la validación de la categoría de números de la DEA activos. Si se valida, envíe el SCC correspondiente.	46
543	No se admite el valor del calificador de ID del médico que receta.	Se requiere el Tipo 1 del médico que receta. No se permite ID del médico que receta extranjero.	No aplica

619	Se requiere NPI de Tipo 1 del médico que receta.	Reclamación sin cobertura debido a requisito de NPI del médico que receta válido y activo de la Parte D de Medicare	No aplica
-----	--	---	-----------

El campo NPI de la farmacia debe contener información precisa que identifique a la farmacia para cada reclamación enviada. El NPI de la farmacia debe enviarse en el campo 201-B1 del NCPDP (ID del proveedor de servicios) con el calificador “01” en el campo 202-B2 del NCPDP (calificador del ID del proveedor de servicios). El NPI del médico que receta también debe enviarse en el campo 411-DB del NCPDP (ID del médico que receta) con el calificador “01” en el campo 466-EZ del NCPDP (calificador del ID del médico que receta).

Códigos para Despachar como se especifica (DAW, por sus siglas en inglés)

Humana y CarePlus reconocen los códigos DAW estándar del NCPDP. Los medicamentos recetados con una solicitud DAW deben designar el código de selección del producto DAW (campo 408-D8 del NCPDP) en la reclamación enviada.

Para una receta enviada con un código DAW distinto a cero, el motivo del código seleccionado debe documentarse y tiene que cumplir con todas las leyes, normas y reglamentaciones aplicables.

Códigos DAW para medicamentos de múltiples fuentes de marca

Las reclamaciones serán negadas si no se ingresa un código DAW o si el código DAW con un valor de “0” se ingresa cuando se surte un medicamento de múltiples fuentes de marca. El código de error SS&C de “100” mostrará el siguiente mensaje: “DRUG MULTSRCE – DISP Generic or Enter DAW Code.” Un código DAW de “5” debe de ser ingresado si la farmacia considera que el medicamento de múltiples fuentes de marca es un medicamento genérico.

Valor	Tipo de valor
0	No se indica selección de producto
1	El médico que receta no permite sustitución
2	Se permite sustitución — se despachó producto solicitado por el paciente
3	Se permite sustitución — se despachó producto seleccionado por el farmacéutico
4	Se permite sustitución — medicamento genérico no disponible
5	Se permite sustitución — se despacha medicamento de marca como genérico
6	Anular
7	No se permite sustitución — la ley exige uso de medicamento de marca
8	Se permite sustitución — medicamento genérico no disponible en el mercado
9	El médico que receta permite sustitución, pero el plan solicita que se despache el producto de marca solicitado por el plan del paciente

Modificaciones de seguridad de la revisión de la utilización de medicamentos (DUR, por sus siglas en inglés)

Humana y CarePlus implementan revisiones concurrentes o modificaciones de seguridad en el punto de servicio para ayudar a las farmacias a identificar y responder ante terapias de medicamentos potencialmente inapropiadas o inseguras antes del despacho. Estas modificaciones de seguridad

pueden presentarse como un mensaje, un rechazo suave o un rechazo duro e incluyen, sin limitarse a ello:

Tipo de DUR	Información de la farmacia	Ejemplo
Interacción entre medicamentos	Identifica posibles interacciones adversas entre el medicamento enviado y otros medicamentos en el historial de medicamentos recetados del paciente.	Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina/inhibidores de monoaminoxidasa
Interacción entre medicamentos y enfermedades	Identifica un riesgo de seguridad cuando un medicamento activo está contraindicado para el estado de enfermedad de un paciente. La enfermedad puede inferirse o identificarse a través del historial de reclamaciones médicas.	Anfetaminas – miocardiopatía
Interacción entre medicamentos y la edad	Identifica un riesgo de seguridad relacionado con el uso de medicamentos específicos para la edad del paciente.	Adderall para menores de 6 años
Interacción entre medicamentos y sexo	Alerta de riesgo de seguridad relacionado con el uso de medicamentos específicos para el sexo informado. Tenga en cuenta: Las modificaciones por sexo solo se aplican para el área comercial y Medicaid cuando corresponda.	Makena
Dosis máxima	Identifica el riesgo de seguridad cuando la dosis supera la dosis diaria máxima para adultos del First Databank (FDB). La proporción de superación de la dosis máxima del FDB es específica para el medicamento.	Dosis diaria de digoxina mayor que 500 mcg
Dosis alta de MED*	Identifica a pacientes con mayor riesgo de sobredosis o uso inapropiado de opioides. Si la dosis es superior a 90 mg de MED por día, se desencadenará este código de error.	MS Contin 30 mg dos veces al día más Percocet 10/325 mg dos comprimidos cada ocho horas, según sea necesario.
Uso excesivo de MED* (solo comercial)	Identifica a pacientes con mayor riesgo de sobredosis o uso inapropiado de opioides. Para uso comercial, dosis superiores a 250 mg de MED al día.	MS Contin 100 mg tres veces por día
Sin tratamiento previo con opioides	Identifica a los pacientes que no han surtido un medicamento opioide en los últimos 108 días. A estos pacientes se les aplicará un límite de suministro de medicamentos opioides de siete días o menos.	Suministro de hidrocodona/paracetamol 5/325 mg durante 8 días
Se superaron las limitaciones del plan: acumulación	Identifica la posibilidad de sobredosis que redunde en que haya uno o varios medicamentos o dosis acumulativas que superen los máximos diarios seguros.	Dosis de paracetamol superior a 4 gramos al día
Duplicación terapéutica	Identifica la duplicación dentro de una clase terapéutica de medicamentos activos con superposición de reclamaciones en el historial de medicamentos recetados del paciente.	Dos recetas para diferentes bloqueadores de los receptores de angiotensina

* MED – dosis equivalente de morfina

DUR de rechazo suave

En la farmacia minorista se pueden resolver determinadas alertas de seguridad de DUR. Cuando se reciben estos rechazos, los farmacéuticos deben aplicar el criterio clínico para revisar la alerta, recomendar cambios en el tratamiento o anular la alerta cuando sea clínicamente apropiado. El

mensaje sobre rechazos de reclamaciones indicará “Rechazo suave: El pagador permite anulación del código DUR/PPS”. Si la farmacia aprueba el surtido de la receta, el rechazo puede anularse utilizando el código profesional y de resultados apropiado de la siguiente lista:

Código de error del NCPDP	Descripción del NCPDP	Motivo del servicio	Servicio profesional	Resultado del servicio
88: Error de rechazo de DUR	Este medicamento interactúa con otros medicamentos del paciente	DD: Interacción de medicamentos	DE: Evaluación de la dosis M0: Se consultó con el médico que receta ☒ MP: Se controlará al paciente ☒ PE: Se educó al paciente ☒ P0: Se consultó con el paciente ☒ R0: El farmacéutico consultó con otra fuente ☒ SW: Búsqueda/revisión bibliográfica	1A: Se surtió tal cual, falso positivo 1B: Se surtió la receta tal cual ☒ 1D: Se surtió con diferentes instrucciones ☒ 1F: Se surtió con diferente cantidad ☒ 1G: Se surtió con la aprobación del médico que receta ☒ 4A: Se recetó con acuse de recibo ☒ 4B: Se surtió, cuidado paliativo ☒ 4D: Se surtió, tratamiento contra el cáncer
70: Error de rechazo de DUR	El medicamento interactúa con el estado de enfermedad del paciente	DC: Toxicomanía	DE: Evaluación de la dosis M0: Se consultó con el médico que receta MP: Se controlará al paciente PE: Se educó al paciente P0: Se consultó con el paciente R0: El farmacéutico consultó con otra fuente SW: Búsqueda/revisión bibliográfica	1A: Se surtió tal cual, falso positivo 1B: Se surtió la receta tal cual 1D: Se surtió con diferentes instrucciones 1F: Se surtió con diferente cantidad ☒ 1G: Se surtió con la aprobación del médico que receta ☒ 4A: Se recetó con acuse de recibo ☒ 4B: Se surtió, cuidado paliativo ☒ 4D: Se surtió, tratamiento contra el cáncer

Código de error del NCPDP	Descripción del NCPDP	Motivo del servicio	Servicio profesional	Resultado del servicio
88: Error de rechazo de DUR	Este medicamento puede duplicar el tratamiento actual del paciente	TD: Duplicación terapéutica	<p>M0: Se consultó con el médico que receta PE: Se educó al paciente P0: Se consultó con el paciente</p> <p>R0: El farmacéutico consultó con otra fuente SW: Búsqueda/revisión bibliográfica☒ TH: Intercambio terapéutico de producto</p>	<p>1A: Se surtió tal cual, falso positivo 1B: Se surtió la receta tal cual 1D: Se surtió con diferentes instrucciones 1F: Se surtió con diferente cantidad ☒ 1G: Se surtió con la aprobación del médico que receta☒ 4A: Se recetó con acuse de recibo ☒ 4B: Se surtió, cuidado paliativo☒ 4D: Se surtió, tratamiento contra el cáncer</p>
88: Error de rechazo de DUR 922: La dosis equivalente de morfina supera el límite**	Se limita la dosis diaria equivalente a miligramos de morfina (MME) acumulada en todas las recetas de opioides a un umbral inferior entre 90 y 200 MME	HD: Dosis alta	<p>M0: Se consultó con el médico que receta DE: Evaluación de la dosis DP: Dosis evaluada</p>	<p>1B: Se surtió la receta tal cual 1D: Se surtió con diferentes instrucciones 1F: Se surtió con diferente cantidad 1G: Se surtió con la aprobación del médico que receta 4A: Se recetó con acuse de recibo 4B: Se surtió, cuidado paliativo 4D: Se surtió, tratamiento contra el cáncer 4K: Exención por especialidad del médico que receta - oncología de cuidados paliativos no en hospicio 4L: Exención por especialidad del médico que receta - hospicio</p>
88: Error de rechazo de DUR 922: La dosis equivalente de morfina supera el límite**	Se limita la dosis diaria acumulada de MME en todas las recetas de opioides a un umbral superior de más de 200 MME	ER: Uso excesivo	M0: Se consultó con el médico que receta	<p>4B: Se surtió, cuidado paliativo 4L: Exención por especialidad del médico que receta - hospicio</p>

Código de error del NCPDP	Descripción del NCPDP	Motivo del servicio	Servicio profesional	Resultado del servicio
88: Error de rechazo de DUR	Uso concomitante de opioides y benzodiazepinas	AT: Toxicidad del aditivo	DE: Evaluación de la dosis MO: Se consultó con el médico que receta MP: Se controlará al paciente PE: Se educó al paciente PO: Se consultó con el paciente RO: El farmacéutico consultó con otra fuente SW: Búsqueda/revisión bibliográfica	1F: Se surtió con diferente cantidad 1G: Se surtió con la aprobación del médico que receta 4A: Se recetó con acuse de recibo 4B: Se surtió, cuidado paliativo 4D: Se surtió, tratamiento contra el cáncer
SOLO COMERCIAL AG: Supera los límites de surtido inicial de opioides 925: El suministro de días de surtido inicial supera el límite	<p>Sin tratamiento previo con opioides – límite de suministro de siete días (18 o más)</p> <p>Límite para pacientes pediátricos sin tratamiento previo con opioides – se puede anular el suministro de tres a siete días para exenciones elegibles</p> <p>Anular el uso de los códigos ICD-10 elegibles si un paciente tiene una exención apropiada (es decir, enfermedad de células falciformes, cáncer, cuidados paliativos, hospicio)</p> <p>El surtido inicial se limita a menos de 50 MME por día</p>	MX: Duración excesiva	MO: Se consultó con el médico que receta PH: Historial de medicamentos del paciente RO: El farmacéutico consultó con otra fuente	<p>1G: Se surtió con la aprobación del médico que receta</p> <p>4B: Se surtió, cuidado paliativo</p> <p>4D: Se surtió, tratamiento contra el cáncer</p> <p>4J: Se despachó, el paciente ha recibido opioides previamente</p> <p>4K: Exención por especialidad del médico que receta - oncología de cuidados paliativos no en hospicio</p> <p>4L: Exención por especialidad del médico que receta - hospicio</p>
SOLO MEDICARE AG: Supera los límites de surtido inicial de opioides 925: El suministro de días de surtido inicial supera el límite	<p>Sin tratamiento previo con opioides – límite de suministro de siete días</p> <p>Anular el uso de los códigos ICD-10 elegibles si un paciente tiene una exención apropiada (es decir, enfermedad de células falciformes, cáncer,</p>	No corresponde	No corresponde	No corresponde

	cuidados paliativos, hospicio, diagnóstico de manejo del dolor crónico [G89, M25, M47, M50, M51, M54] – solo para Medicare)			
--	---	--	--	--

** La nota 922 puede aplicarse a límites MED de reclamación única o reclamación acumulada para opioides.

Remito de medicamentos 340B

Al dispensar medicamentos adquiridos bajo el programa 340B (según se definen los términos por los CMS dichos), las farmacias deben utilizar un campo SCC (420-DK) con un valor de 20, o deben usar el estándar NCPDP más actual para la identificación de medicamentos 340B (a menos prohibido por ley). Humana puede exigir que las farmacias completen un anexo de contrato para dispensar medicamentos 340B según el acuerdo de farmacia.

Tarjeta de débito Mastercard® de Humana Access®

La tarjeta Humana Access está diseñada para facilitar las transacciones de pago de cuidado de la salud para afiliados, farmacéuticos y otros proveedores de cuidado de la salud. Esta tarjeta permite a los afiliados comerciales que hayan seleccionado una cuenta de ahorros para la salud (HSA, por sus siglas en inglés) de Humana, un acuerdo de reembolsos de salud (HRA, por sus siglas en inglés) o una cuenta de gastos flexibles (FSA, por sus siglas en inglés) deducir directamente de estas cuentas los copagos correspondientes y otros gastos de desembolso personal cubiertos al pagar artículos y servicios que reúnen los requisitos relacionados con el cuidado de la salud.

Hay una sola tarjeta de débito para todas las cuentas de gastos de Humana Access.

Tarjeta Humana Access para afiliados con planes HSA, HRA y FSA de Humana: esta tarjeta brinda a los afiliados acceso a los fondos de sus cuentas de gastos. Esta no es una tarjeta de identificación médica. Los afiliados de Humana tienen una tarjeta de identificación de seguro médico aparte. Este es un ejemplo de la tarjeta Humana Access:



Cómo realizar transacciones con la tarjeta Humana Access

Se deben cumplir los siguientes criterios para realizar satisfactoriamente una transacción:

- Un afiliado debe estar inscrito en una cuenta de gastos de Humana Access.
- Para una FSA o HRA, la cantidad cobrada debe coincidir exactamente con el costo de la receta del afiliado.
- **Artículos de cuidado de la salud de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés):** la mayoría de los empleadores permiten el reembolso de artículos de cuidado de la salud de venta sin receta que son elegibles. Los artículos de venta sin receta elegibles del Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) incluyen analgésicos y medicamentos para la alergia, pero no vitaminas ni suplementos. Los artículos de venta sin receta ya no requieren una receta para ser elegibles para el reembolso. Los insumos menstruales y el equipo de protección personal ahora también son elegibles para el reembolso. Si el plan y los sistemas del proveedor lo permiten, puede utilizarse la tarjeta Humana Access para comprar artículos de venta sin receta.

Tenga en cuenta estos consejos adicionales:

- Las farmacias siempre pueden seleccionar la opción de “crédito” y procesar la transacción con la firma del afiliado.
- Los pagos de los proveedores con la tarjeta Humana Access pueden procesarse como una tarjeta de crédito, que solo requiere una firma, o como una transacción de débito utilizando el número de identificación personal (PIN, por sus siglas en inglés) preasignado del afiliado. Los afiliados que no conocen su PIN pueden iniciar sesión en **HumanaAccess.com/Page/Home** para obtenerlo. Después de iniciar sesión, el afiliado debe seleccionar “Debit Card(s)” (Tarjeta(s) de débito) en el menú debajo de su nombre ubicado en la esquina superior derecha de la página. Al seleccionar “View PIN” (Ver PIN) justo arriba del botón “Report Lost/Stolen” (Denunciar pérdida/robo) aparecerá el PIN de cuatro dígitos.
- La tarjeta no puede utilizarse junto con cupones u otros descuentos porque se requiere una coincidencia exacta del copago del medicamento recetado del afiliado.

Motivos de los rechazos

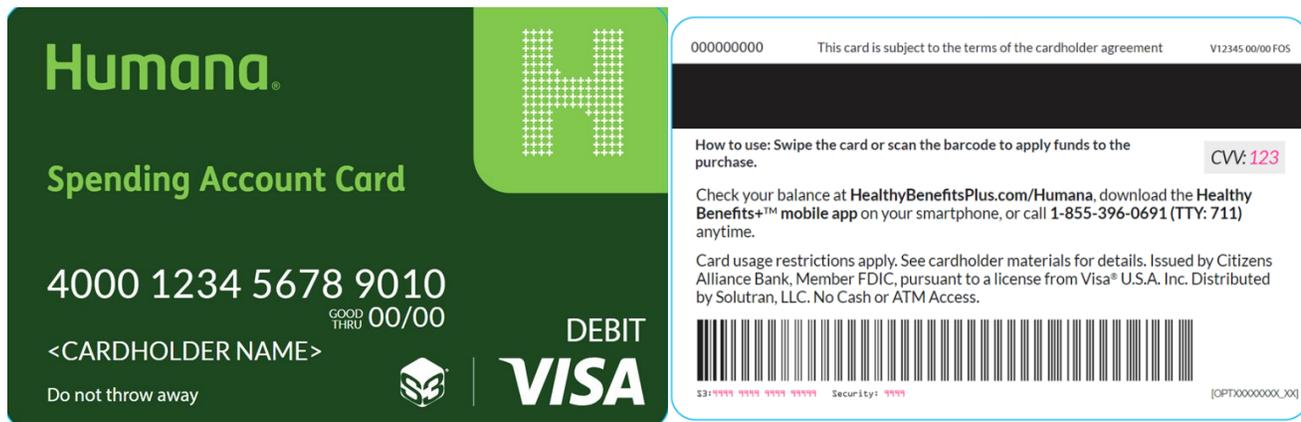
Las transacciones con la tarjeta Humana Access suelen procesarse correctamente. Cuando se rechaza una transacción, puede deberse a uno de los siguientes motivos:

- **Fondos insuficientes:** El afiliado no tenía suficiente dinero en su cuenta para cubrir la cantidad total de la transacción.
- **Sin coincidencia de comprobación:** La cantidad del medicamento recetado debe coincidir con la cantidad de la transacción.
- **Comercio no válido:** No es un comercio relacionado con el cuidado de la salud.
- **Tarjeta inactiva/gasto que no reúne los requisitos:** La nueva tarjeta del afiliado debería activarse automáticamente la primera vez que se utilice para pagar un gasto de cuidado de la salud que reúne los requisitos, por lo que es posible que pueda estar intentando pagar por artículos no permitidos según las pautas del IRS. Si el afiliado considera que el rechazo es incorrecto, puede pedir al comercio el código de rechazo, llamar al número a continuación y proporcionar el código para que Humana pueda investigarlo y corregirlo en el sistema de Humana (si corresponde).
- **El beneficio del afiliado no lo permite:** El plan del afiliado no permite que se compren medicamentos recetados con su cuenta de gastos.

Los afiliados pueden llamar a la administración de cuentas de gastos de Humana al **800-604-6228 (TTY: 711)** para obtener información sobre reembolsos. La asistencia está disponible de lunes a viernes, de 8 a.m. a 7 p.m., hora del este.

Tarjeta de la cuenta de gastos Spending Account de Humana

La tarjeta de la cuenta de gastos Spending Account de Humana proporciona un subsidio mensual para Healthy Options, un subsidio mensual o trimestral para productos de venta sin receta y un subsidio anual para Humana Flex a los afiliados de Medicare. Visite **HealthyBenefitsPlus.com/Humana** o llame al **855-396-0691 (TTY: 711)** en cualquier momento para obtener detalles completos del programa. Este es un ejemplo de la tarjeta de la cuenta de gastos Spending Account de Humana.



Sustancias controladas

Reclamaciones de sustancias controladas

Durante la adjudicación de reclamaciones, Humana y CarePlus intentan confirmar la validez del ID del médico que receta enviado en las reclamaciones de sustancias controladas (Categoría II-V) y que la sustancia controlada está dentro del alcance de la práctica profesional del médico que receta. Las reclamaciones de medicamentos que se determine que están fuera de la autoridad para emitir recetas del médico que receta (según los números de la DEA) se rechazarán con el siguiente mensaje de error: “La base de datos de médicos que recetan del plan indica que el número de la DEA asociado con el ID del médico que receta enviado no permite esta clase de medicamento de la DEA”.

El mensaje en formato libre en la reclamación también indicará: “Se requiere la validación de la categoría de números de la DEA activos. Si se valida, envíe el SCC correspondiente”.

Aclaración de los requisitos federales – Medicamentos de la Categoría II

Humana y CarePlus quieren recordar a las farmacias la importancia de controlar la exactitud de las reclamaciones de farmacia y de cumplir con las leyes, normas y reglamentaciones federales y estatales. Esto es especialmente importante cuando se surten recetas y se envían reclamaciones por surtidos parciales de medicamentos de la Categoría II. Conforme al Acuerdo del proveedor de farmacia, las farmacias participantes deben cumplir con todas las leyes, normas y reglamentaciones federales y estatales relacionadas con el despacho de medicamentos.

La Ley de sustancias controladas estableció cinco categorías, que se basan en la aceptación del uso médico y el potencial de abuso de una sustancia o medicamento. Los medicamentos de la Categoría II tienen un alto potencial de abuso, tienen un uso médico aceptado (incluidas restricciones graves) y pueden causar dependencia psicológica o física grave si se abusa de ellos. De conformidad con la Sección 1306.12(a) del Título 21 del Código de Regulaciones Federales (CFR, por sus siglas en inglés), no se puede repetir la receta de medicamentos recetados de la Categoría II.

Las farmacias deben tomar las medidas apropiadas (incluida la verificación con el médico que receta, cuando sea necesario) para confirmar que las sustancias controladas, incluidos los medicamentos de la Categoría II, se surten únicamente de acuerdo con las leyes federales y estatales. Esto incluye evitar repeticiones de recetas y surtidos parciales de medicamentos de la Categoría II que no están permitidos según la Ley de Sustancias Controladas.

Envío de reclamaciones CII

La norma CMS-0055-F de los CMS ordena que se envíe una cantidad recetada válida (campo 460-ET del NCPDP) en todas las reclamaciones de medicamentos de Nivel II (CII) de sustancias controladas designadas a nivel federal. Esto afecta el envío de datos de reclamaciones de farmacia, las

modificaciones de adjudicación del procesador para validar la cantidad recetada y las actualizaciones del Formulario de pagadores para incluir el campo Quantity Prescribed (Cantidad recetada).

Si el campo (Cantidad recetada 460-ET) no se rellena para un medicamento CII, usted recibirá el Código ET de rechazo del NCPDP. Ingrese una cantidad recetada válida y vuelva a enviarla.

Acceda a este boletín de reclamaciones de CII para obtener información adicional:

<https://Apps.Humana.com/Marketing/Documents.asp?q=lbX%2flIaqxhxA%2bedS6wPj%2fg%3d%3d>.

Modificaciones y anulaciones en el punto de venta (POS)

Para respaldar las reglamentaciones estatales y federales relacionadas con los opioides y otras sustancias controladas, Humana y CarePlus emplean varias modificaciones en el POS.

Para obtener información de la guía actual sobre modificaciones y anulaciones, visite **es-www.humana.com/Provider/Pharmacy-Resources/Manuals-Forms** y seleccione la pestaña “Recursos de farmacia” en “Manuales y formularios”.

Cobertura de reclamaciones de Medicare

Cobertura de la Parte B en comparación con la Parte D de Medicare

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) hacen una distinción entre medicamentos cubiertos según la Parte B de Medicare y los cubiertos según la Parte D de Medicare. Estas distinciones ayudan a los farmacéuticos a determinar la compañía de seguros adecuada a la que deben facturar. En general, Humana y CarePlus cubren la mayoría de los medicamentos que cumplen con la definición de los CMS de medicamento de la Parte D y se despachan en una farmacia minorista conforme a la Parte D de Medicare y la mayoría de los medicamentos administrados incidentalmente a un servicio médico conforme a la Parte B de Medicare. Para los afiliados que tienen un plan de la Parte B y un plan de la Parte D, se aplican las siguientes pautas.

La Parte B de Medicare cubre los siguientes medicamentos (esta no es una lista completa):

- Medicamentos inmunosupresores orales después de un trasplante aprobado por Medicare
- Medicamentos antieméticos orales durante las primeras 48 horas después de la quimioterapia
- Medicamentos para inhalación suministrados a través de un nebulizador cuyo lugar de servicio es el hogar del paciente
- Suministros para pruebas de diabetes, como medidores de glucosa en sangre, tiras reactivas y lancetas
- Algunos medicamentos que se administran en el hogar y que requieren el uso de una bomba de infusión, como ciertos medicamentos antifúngicos o antivirales y analgésicos
- Vacunas contra influenza y neumonía
- Insulina utilizada en una bomba
- Medicamentos inyectables administrados por un médico, si se administran en el consultorio con un suministro del médico

La Parte D de Medicare cubre los siguientes medicamentos (esta no es una lista completa):

- La mayoría de los medicamentos con receta para pacientes ambulatorios

- Insulina (excluye la insulina utilizada en una bomba)
- Suministros de insulina, como jeringas estándar y sin aguja, agujas, gasa, almohadillas con alcohol y lapiceras para insulina
- La mayoría de las vacunas (producto y administración); las excepciones incluyen vacunas contra la influenza y la neumonía, vacunas contra la hepatitis B (cuando cumplen con los requisitos de los CMS para la cobertura de la Parte B) y vacunas utilizadas para el tratamiento de una lesión o enfermedad (por ejemplo, vacuna contra el tétanos)
- Productos recetados para dejar de fumar
- Medicamentos inyectables administrados por un médico, si se despachan en una farmacia minorista
- Medicamentos inyectables que pueden autoadministrarse
- Medicamentos inyectables o infusibles administrados en el hogar y no cubiertos por las Partes A o B de Medicare
- Medicamentos para infusión no cubiertos conforme a la Parte B y administrados en el hogar mediante goteo intravenoso (IV) o inyección por presión; entre los ejemplos se incluyen, entre otros, medicamentos intramusculares, antibióticos, nutrición parenteral, inmunoglobulina y otros medicamentos para infusión

Para que un medicamento se incluya en el beneficio de la Parte D de Medicare, debe cumplir con la definición de medicamento de la Parte D y no debe excluirse de ningún modo. La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) de los EE.UU. debe regular un medicamento de la Parte D como medicamento, producto biológico o vacuna.

Los planes de medicamentos recetados cubren los medicamentos de la Parte D, los planes MA cubren los medicamentos de la Parte B y los planes MAPD cubren los medicamentos de la Parte B y la Parte D. La determinación de cobertura para la Parte B o la Parte D se basa en las pautas de cobertura de los CMS. **Una reclamación de medicamentos nunca será elegible para cobertura de la Parte B y de la Parte D simultáneamente.**

Si la farmacia tiene alguna pregunta sobre la cobertura apropiada de la Parte B en comparación con la Parte D, llame al número que aparece al reverso de la tarjeta de identificación del afiliado.

Humana y CarePlus siguen las pautas de cobertura de los CMS. Para ayudar a tomar la determinación apropiada para la cobertura y el pago de la Parte B o la Parte D, Humana y CarePlus pueden requerir autorización previa. Para solicitar autorización previa cuando sea necesario, los afiliados, los médicos que recetan y los representantes designados o autorizados deben llamar a HCPR al **800-555-CLIN (2546)**. La persona que llama debe estar preparada para responder preguntas relacionadas con el medicamento recetado. Estas preguntas se utilizan para ayudar a determinar la cobertura y el pago ya sea de la Parte B o la Parte D. Las solicitudes de afiliados de Puerto Rico se pueden enviar por teléfono al **866-488-5991** o por fax al **855-681-8650**. Las solicitudes para afiliados de CarePlus pueden enviarse por teléfono al **1-866-315-7587** o por fax al **1-800-310-9071**.

Tenga en cuenta: Humana y CarePlus no aceptan solicitudes de autorización previa directamente de las farmacias. El afiliado o el médico que receta deben iniciar la solicitud.

Si se recibe información insuficiente o incompleta y no es posible tomar la determinación de la cobertura de la Parte B o la Parte D de Medicare, se puede enviar un formulario por fax para solicitar más información al médico que receta.

Prohibición de facturar saldos a afiliados con protección de costos compartidos

Como recordatorio, las pautas de los CMS y las pautas estatales de Medicaid prohíben que los proveedores contratados por Medicare cobren costos compartidos por servicios cubiertos por Medicare, incluidos servicios de la Parte B proporcionados en POS a afiliados protegidos por el estado con

respecto a costos compartidos. Esto incluye a algunos afiliados de MA y del Plan de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad de Humana.

Los afiliados con protección de costos compartidos no tienen la obligación legal de realizar pagos adicionales a un proveedor por medicamentos y/o suministros cubiertos por la Parte B de Medicare. Los saldos deben facturarse a Medicaid como el pagador secundario, siguiendo las pautas de Medicaid para el envío de reclamaciones. El costo compartido no se le puede cobrar al afiliado. Según las pautas de los CMS, si queda un saldo total o parcial después de facturar a Medicaid, o si el proveedor no puede facturar a Medicaid, aun así, el proveedor debe despachar el medicamento y/o suministro sin facturar el saldo al afiliado. Los proveedores que facturan indebidamente a pacientes con protección de costos compartidos pueden quedar sujetos a sanciones según lo establecido en el Artículo 1902(n)(3)(C) de la Ley de Seguro Social.

Envío de reclamaciones de la Parte B en comparación con la Parte D de Medicare

Un afiliado puede tener planes de la Parte B y la Parte D de Medicare separados con Humana. En esos casos, el farmacéutico recibirá un rechazo del plan de la Parte D de Humana por artículos y servicios cubiertos por la Parte B. Para procesar la reclamación según el plan de la Parte B de Humana del afiliado, el farmacéutico debe volver a enviar la reclamación con la combinación BIN/PCN correspondiente. Toda la información del afiliado, como el ID del titular de la tarjeta, sigue siendo la misma. Si hay problemas, los farmacéuticos pueden llamar al servicio de asistencia de farmacia al **800-865-8715**.

Administración de vacunas de Medicare

El programa de la Parte D de Medicare cubre los gastos de administración asociados con la inyección de vacunas de la Parte D. Los farmacéuticos de las farmacias participantes de Humana y CarePlus pueden administrar las vacunas, si lo permiten las leyes estatales.

Envío de reclamaciones para administración de vacunas

Para enviar reclamaciones tanto del medicamento como de la administración, la farmacia debe facturar un valor superior a cero en el campo de cantidad de incentivo enviada (438-E3) y enviar el código de servicio profesional "MA" en el campo 44Ø-E5.

Para enviar una reclamación por el cargo administrativo únicamente, la farmacia debe enviar el Código farmacológico nacional (NDC, por sus siglas en inglés) correspondiente al medicamento administrado, enviar un valor de cero en el campo de costo de ingredientes y un valor superior a cero en el campo de cantidad de incentivo enviada (438-E3). La farmacia también debe enviar un código de servicio profesional de "MA" en el campo 44Ø-E5.

Las vacunas contra la influenza, neumococo y hepatitis B no están cubiertas por el programa de la Parte D de Medicare. Sin embargo, son un beneficio cubierto para afiliados que tienen cobertura de la Parte B de Humana y CarePlus.

Procesamiento de Humana de las exclusiones de medicamentos de Medicare

En el caso de los afiliados a planes PDP de Medicare, Humana procesará las reclamaciones de medicamentos excluidos de la siguiente manera:

- **Medicamentos de la Parte B de Medicare:** Rechazo con un mensaje que dice "Facturar a aseguradora de la Parte B"
- **Medicamentos de la Parte D de Medicare, incluidos los medicamentos sin receta:** Procesar a través del beneficio del afiliado, a menos que el afiliado sea elegible para un LIS o tenga otro seguro secundario, en cuyo caso la reclamación se rechazará.

Los farmacéuticos que no reciban estos mensajes deben verificar con la sede central de su cadena o con su proveedor de software. Humana envía este mensaje, pero la sede central o el proveedor de software de la farmacia pueden optar por no mostrar mensajes en las reclamaciones que se adjudican satisfactoriamente.

Continuidad del cuidado de Medicare

Política de transición de minoristas y LTC

Esta política se aplica a medicamentos recetados que están sujetos a ciertas limitaciones, como medicamentos no enumerados en la Lista de medicamentos y aquellos que requieren autorización previa, terapia por fases o límite de cantidad. Esta política ayuda al proporcionar un suministro temporal a los afiliados que tienen una capacidad limitada para recibir el tratamiento con medicamentos recetados. Para afiliados nuevos y los reinscritos que vayan a una farmacia minorista, reciban medicamentos recetados de pedido por correo o se encuentren en un centro de LTC, Humana y CarePlus cubrirán un suministro temporal durante los primeros 90 días del año del plan actual o durante los primeros 90 días de la inscripción del afiliado, según corresponda. Humana y Careplus cubrirán un suministro de 30 días para afiliados en una farmacia minorista o de pedido por correo y un suministro de 31 días para afiliados en centros de LTC. Si el afiliado presenta una receta escrita para menos de los días permitidos de suministro, Humana y Careplus permitirán varios surtidos para proveer hasta el total de días permitidos de suministro del medicamento. Para afiliados que tengan un historial de reclamaciones de más de 108 días, Humana y Careplus analizarán los 180 días desde la fecha de vigencia o del comienzo del año del plan actual del afiliado para revisar la utilización previa del medicamento cuando el historial de reclamaciones esté disponible. En el caso de surtidos para casos de emergencia para afiliados residentes de LTC que hayan pasado los primeros 90 días de elegibilidad, Humana y CarePlus cubrirán un suministro de 31 días (a menos que la receta sea por menos) mientras se procesa una excepción o una solicitud de autorización previa. En ese caso, Humana y CarePlus permitirán varios surtidos para proveer hasta un total de 31 días de un medicamento cubierto por la Parte D de Medicare cuando el medicamento recetado se surta en la farmacia de la red.

Humana y CarePlus indicarán que un medicamento recetado es un surtido de transición en el campo de mensaje de la respuesta a la reclamación pagada. El farmacéutico debe comunicar esta información al afiliado. La entrega de un suministro temporal da tiempo al afiliado para que hable con su médico que receta para decidir si un medicamento alternativo es apropiado o para solicitar una excepción o autorización previa. Humana y CarePlus no pagarán repeticiones adicionales de la receta de medicamentos que se suministran temporalmente hasta que se haya obtenido una excepción o autorización previa.

Puede aplicarse control de la utilización durante el período de transición de un afiliado, por ejemplo:

- Medicamento excluido por los CMS
- Medicamento de la Parte B de Medicare
- Medicamentos que requieren una determinación de la Parte B versus la Parte D de Medicare y, por lo tanto, deben pasar por el proceso de autorización previa estándar
- Medicamentos que requieren un diagnóstico para determinar el uso aceptado por razones médicas de la Parte D
- Modificaciones de seguridad
- No se cumplen los criterios iniciales de elegibilidad para la transición

Cambios en el nivel de cuidado

A lo largo del año del plan, es posible que los afiliados tengan cambios en el ámbito de su tratamiento debido al nivel de cuidado que requieren. Estas transiciones incluyen:

- Afiliados que son dados de alta de un hospital o centro de enfermería especializada para volver a sus hogares
- Afiliados que dejan sus hogares y son admitidos en un hospital o centro de enfermería especializada
- Afiliados que son transferidos de un centro de enfermería especializada a otro y reciben servicios de una farmacia diferente

- Afiliados que finalizan su estadía en un centro de enfermería especializada de la Parte A de Medicare (donde los pagos incluyen todos los cargos de farmacia) y que ahora necesitan usar beneficios de la Parte D de su plan
- Afiliados que cambian de estatus de hospicio y vuelven a la cobertura estándar de las Partes A y B de Medicare
- Afiliados que reciben el alta de hospitales para pacientes psiquiátricos crónicos con regímenes altamente individualizados de medicamentos

Para estas modificaciones en el ámbito del tratamiento, Humana y CarePlus cubrirán un suministro temporal de hasta 31 días de un medicamento cubierto de la Parte D cuando la receta se surta en una farmacia de la red. Si los afiliados cambian el ámbito de tratamiento en varias ocasiones dentro de un mismo mes, es posible que deban solicitar una excepción o una autorización previa y obtener la aprobación para la continuidad de la cobertura de su medicamento. Humana y CarePlus revisarán estas solicitudes de continuación del tratamiento considerando cada caso individualmente cuando los afiliados tengan regímenes de medicamento estabilizados para los que se sabe que, en caso de alterarse, tendrán riesgos.

La política de transición se aplica únicamente a medicamentos que no están en las Listas de medicamentos, la terapia por fases, las limitaciones de cantidad y los requisitos clínicos de autorización previa de Humana y CarePlus. La política de transición no se aplica a modificaciones de seguridad, medicamentos que requieren un diagnóstico para determinar el uso aceptado por la Parte D de Medicare, medicamentos de la Parte B, medicamentos excluidos por los CMS o determinaciones de la Parte B versus la Parte D de Medicare.

Cuando se procese una reclamación conforme al beneficio de transición, se enviará un mensaje en formato libre, que indicará que la reclamación se pagó conforme al beneficio de transición del afiliado.

Este mensaje debe enviarse al afiliado para informarle que recibió un suministro temporal de su medicamento y que debe tomar medidas antes de la próxima repetición de la receta.

Cuidado a largo plazo (LTC)

Información de farmacia de LTC

Humana y CarePlus reconocen el modelo operativo único y los servicios proporcionados por las farmacias en su red de LTC. Independientemente de que el alcance de los servicios de farmacia con respecto a los centros de LTC sea predominantemente institucional o forme parte de la combinación de servicios ofrecidos por una farmacia minorista, los siguientes recursos proporcionan políticas e instrucciones para los servicios a los afiliados de Humana y CarePlus en entornos institucionales. Aunque la mayoría de las necesidades que tienen las farmacias de LTC están cubiertas por los materiales de la parte principal de este manual, lo siguiente aborda algunas de las características únicas de la red de farmacias de LTC.

Pautas para el procesamiento de reclamaciones de LTC

Los CMS exigen que todas las farmacias envíen el código de residencia del paciente (campo 384-4X del NCPDP) y el tipo de servicio de farmacia (campo 147-U7 del NCPDP) en todas las reclamaciones de la Parte D de Medicare. Las reclamaciones enviadas con un código faltante o no válido se rechazarán en el punto de venta. Las tablas a continuación enumeran códigos de residencia de pacientes y tipos de servicio de farmacia válidos.

Códigos de residencia del paciente	Descripción
0	No especificado; otra residencia del paciente no identificada a continuación

1	Residencia
3	Centro de enfermería
4	Centro de residencia asistida
6	Hogar grupal
9	Cuidado intermedio/retraso mental*
11	Hospicio

* Solo código de farmacia. Este no es un lenguaje aprobado por Humana/CarePlus.

Si la farmacia envía una reclamación con un código de residencia del paciente faltante, la reclamación se rechazará con el código de rechazo 4X del NCPDP y enviará el siguiente mensaje: **Código de residencia del paciente faltante/no válido.**

Si la farmacia envía una reclamación con un código de residencia del paciente no válido, la reclamación se rechazará con el código de rechazo 4Y del NCPDP y enviará el siguiente mensaje: **No se admite la residencia del paciente.**

Tipos de servicio de la farmacia	Descripción
1	Servicios de farmacia comunitaria/minorista
2	Servicios de farmacia de medicamentos compuestos
3	Servicios de proveedores de terapia de infusión en el hogar
4	Servicios de farmacia institucionales
5	Servicios de farmacia de cuidado a largo plazo
6	Servicio de farmacia de pedido por correo
7	Servicios de farmacia de una organización de cuidado administrado
8	Servicios de farmacia de cuidado de especialidad
99	Otro

Si la farmacia envía una reclamación de la Parte D de Medicare con un tipo de servicio de farmacia faltante o no válido, la reclamación se rechazará con el código de error U7 del NCPDP y se enviará el siguiente mensaje: **Tipo de servicio de farmacia faltante/no válido.**

Soluciones para nebulizadores cubiertas según la Parte D para residentes de LTC

Para que el sistema de procesamiento de reclamaciones de Humana y CarePlus reconozca que una reclamación de soluciones para inhalación, como el albuterol (que se utiliza en nebulizadores, no en inhaladores con dosificador), es para un residente de un centro de LTC, la reclamación debe enviarse con un código de residencia del paciente de 03 o 09. Si no se presenta este código de residencia del paciente con la reclamación, esta será rechazada.

Despacho de ciclo corto para LTC

Humana y CarePlus han implementado la lógica de procesamiento de reclamaciones en POS para cumplir con los requisitos de la Parte D de los CMS relacionados con el despacho apropiado de medicamentos sólidos orales de marca en el ámbito de la farmacia de LTC.

Requisitos de envío

Las farmacias de LTC que envíen reclamaciones por medicamentos sólidos orales de marca y que estén sujetos a los requisitos de despacho apropiados deben enviar los siguientes campos para la adjudicación adecuada de la reclamación:

- **Residencia del paciente (campo NCPDP 384-4X):** Este campo comunica dónde reside el paciente. En este campo se utilizan varios valores para comunicar el LTC, pero Humana y CarePlus aplican los

requisitos de despacho apropiados solo a las reclamaciones enviadas con un código de residencia del paciente de 03 (centro de enfermería).

- **Tipo de servicio de la farmacia (campo NCPDP 147-U7):** Este campo comunica el tipo de servicio que realiza una farmacia cuando existen diferentes condiciones contractuales entre un pagador y la farmacia o cuando los beneficios se basan en el tipo de servicio realizado.
- **Código de aclaración de envío (campo NCPDP 420-DK):** Este campo se utiliza para identificar la frecuencia de despacho utilizada por la farmacia (por ejemplo, cada 14 días, cada siete días, etc.).
- **Indicador de envase especial (campo NCPDP 429-DT):** Este campo se utiliza en el despacho adecuado para identificar el tipo de envase utilizado en el despacho del medicamento.

Las reclamaciones enviadas por farmacias de LTC para medicamentos genéricos sólidos no orales (por ejemplo, cremas tópicas, lociones, etc.) y envases irrompibles (físicamente irrompibles o con etiqueta de la FDA para ser despachados en el envase del fabricante) están excluidas de los requisitos de despacho adecuados de Humana y CarePlus y no se someten a esta modificación. De acuerdo con la guía de los CMS, Humana y CarePlus consideran un producto como “de marca” o “genérico” según la aprobación de la FDA. Los medicamentos de marca son aquellos que reciben la aprobación de solicitud de nuevo medicamento; los genéricos reciben aprobación abreviada de solicitud de nuevo medicamento.

Rechazos

Si una farmacia de LTC envía una reclamación por un medicamento sólido oral de marca que está sujeto al requisito de despacho apropiado, esta debe contener información válida en todos los campos correspondientes (según se indicó anteriormente para el despacho apropiado y en el Formulario de pagadores de Humana y CarePlus para todas las reclamaciones) para poder procesarla. Si una farmacia de LTC no envía los campos obligatorios, se devolverá uno de los siguientes mensajes a la farmacia con el rechazo de la reclamación:

- **Código de rechazo 613 del NCPDP:** “Falta la metodología de envase o la frecuencia de despacho o es inapropiada para el ciclo corto de LTC”. Este rechazo se devuelve si la farmacia envía una reclamación de LTC, pero no incluye un código de aclaración de envío apropiado ni un indicador de paquete especial.
- **Código de rechazo 597 del NCPDP:** “El tipo de despacho de LTC no admite el tipo de envase”.
- **Código de rechazo 612 del NCPDP:** “Combinación de código de aclaración de envío (SCC, por sus siglas en inglés) no válido para despacho adecuado de LTC”.

Farmacias combinadas

Algunas farmacias participan en la red de farmacias de Humana bajo múltiples tipos de servicios. Por ejemplo, una farmacia puede mantener una farmacia comunitaria tradicional (ambulatoria) con un escaparate que atiende a clientes que llegan sin cita previa, pero que también atiende a afiliados que residen en un entorno institucional. Al enviar reclamaciones, estas farmacias deben incluir los campos de despacho adecuados para LTC que son obligatorios en las reclamaciones de LTC. De lo contrario, la reclamación se procesará como una reclamación “minorista” y omitirá las modificaciones de despacho apropiadas.

Copagos

Cuando una reclamación de despacho adecuada para LTC cumple satisfactoriamente con los elementos requeridos (es decir, los campos adicionales que se deben enviar están presentes y son válidos) y, por lo demás, es pagadera adecuadamente (es decir, no se aplican otras modificaciones), el sistema de POS de Humana calculará y prorrateará cualquier copago del afiliado que se aplique a la reclamación de acuerdo con el beneficio de la Parte D de Medicare del afiliado. A continuación, se muestra un ejemplo del procedimiento de prorrateo de Humana:

Copago aplicable al afiliado (31 días)	\$31
Días de suministro enviados en la reclamación	\$14
Copago prorrateado	\$14
Copago diario calculado	\$1

Certificación de LTC

Humana reembolsa a las farmacias de LTC contratadas las cantidades de costos compartidos relacionadas con cambios retroactivos en el nivel de subsidio para beneficiarios elegibles con LIS de la Parte D de Medicare que cumplan con la definición de los CMS de personas institucionalizadas (“afiliado”) según la guía de la Parte D de Medicare. Humana entiende que la práctica general de las farmacias de LTC es no cobrar cantidades de costos compartidos a los afiliados con LIS o presuntos afiliados con LIS o a su persona responsable, sino aplazar el cobro hasta que el plan de salud del afiliado remita directamente el pago del costo compartido. La ley aplicable prohíbe eximir o reducir cargos de costos compartidos para beneficiarios de Medicare, excepto si (i) la exención o reducción no se ofrece como parte de un anuncio publicitario o una oferta; (ii) la farmacia no exime ni reduce habitualmente las cantidades de costos compartidos; y (iii) la farmacia exime o reduce las cantidades de costos compartidos solo después de determinar (y documentar) de buena fe que una persona tiene necesidades financieras o después de no poder cobrar las cantidades de costos compartidos luego de hacer esfuerzos razonables de cobro. Una farmacia solo debe cumplir con el primer requisito para reducir o eximir el costo compartido para los afiliados con LIS. Las prácticas de cobro de costos compartidos de la farmacia deben guiarse por los siguientes principios:

1. **Práctica de farmacia:** Humana solicita que la farmacia certifique que su práctica general consiste en (i) no cobrar el costo compartido del afiliado con LIS o presunto afiliado con LIS; (ii) aplazar el cobro; y (iii) aceptar el pago del plan de salud que cumpla con los términos del plan de beneficios del afiliado como pago total.
2. **Notificación:** Como farmacia de LTC contratada, la farmacia acepta notificar a Humana en un plazo de 30 días calendario sobre los cambios en esta declaración de prácticas de cobro de costos compartidos de LIS para beneficiarios elegibles para LIS.

Llame a Humana al **888-204-8349** si no se han enviado las prácticas de cobro de costos compartidos de la farmacia. Esta declaración se recopila de acuerdo con los requisitos de las reglamentaciones e instrucciones aplicables de los CMS.

Procedimientos de facturación para servicios de infusión en el hogar

- Para planes comerciales/con cobertura total: Todos los medicamentos, suministros y servicios de enfermería cubiertos para infusión en el hogar deben facturarse a través del beneficio médico de Humana del afiliado.
- Para planes Medicare:
 - Planes MAPD: Todos los medicamentos cubiertos de la Parte D de Medicare deben facturarse a través del beneficio de farmacia de Humana o de CarePlus del afiliado utilizando el BIN/PCN correspondiente. Todos los medicamentos, suministros y servicios de enfermería cubiertos de la Parte B deben facturarse a través del beneficio médico de Humana o de CarePlus del afiliado.

- Planes PDP únicamente: Todos los medicamentos cubiertos de la Parte D de Medicare deben facturarse a través del beneficio de farmacia de Humana del afiliado utilizando el BIN/PCN correspondiente.
- Planes MA únicamente: Todos los medicamentos, suministros y servicios de enfermería cubiertos de la Parte B de Medicare deben facturarse a través del beneficio médico de Humana o de CarePlus del afiliado. Todos los medicamentos de la Parte D deben facturarse a través del plan de medicamentos de la Parte D del afiliado.

Reclamaciones de medicamentos compuestos

Envío de reclamaciones de medicamentos compuestos

La farmacia debe enviar el monto correcto con las cantidades precisas correspondientes y los cálculos de suministros por día basados en una receta válida para el afiliado. La farmacia debe enviar en la misma reclamación todos los ingredientes que conforman un medicamento compuesto. El ingrediente más costoso se mostrará en el nivel de la reclamación. Se devuelven modificaciones para cada ingrediente según los beneficios del afiliado. Un SCC de 08 puede enviarse en la reclamación cuando una farmacia acepta el reembolso solo para ingredientes aprobados.

- Se enviará a la farmacia un mensaje en formato libre cuando se pueda enviar un SCC de 08.
- Según la guía de los CMS, las farmacias tienen prohibido facturar al beneficiario el costo de cualquier ingrediente que no pertenezca a la Parte D contenido en el medicamento compuesto de la Parte D de Medicare.

La farmacia no debe intentar eludir el diseño de beneficios de un plan ni participar en prácticas de facturación inapropiadas de medicamentos compuestos. Dichas prácticas incluyen, entre otras:

- Enviar reclamaciones de prueba para un medicamento compuesto
- Enviar una reclamación múltiples veces con variaciones en los ingredientes, costos de los ingredientes, tarifas de despacho, montos de la cantidad o días de suministro para obtener el reembolso más alto posible
- Volver a enviar ingredientes rechazados del medicamento recetado compuesto como ingredientes individuales no compuestos
- Enviar surtidos parciales o reclamaciones múltiples por surtidos que sean inferiores a un suministro de 30 días para evitar limitaciones en la cobertura u obtener cantidades adicionales de reembolso o copago

Compuesto no incluido en el formulario (solo Medicare)

Los medicamentos recetados compuestos de varios ingredientes de la Parte D de Medicare (a excepción de la nutrición parenteral IV y los productos de infusión en el hogar IV) se considerarán no incluidos en el formulario y requerirán una excepción antes de que los afiliados de Medicare puedan surtir sus recetas conforme a los beneficios de la Parte D. En estos casos, Humana puede rechazar la reclamación de la Parte D para medicamentos recetados compuestos de varios ingredientes de la siguiente manera:

1. Código de rechazo: MR
2. Mensajes de rechazo:
 - Producto no incluido en el formulario
 - Medicamento compuesto no incluido en el formulario

El SCC 08 del NCPDP no puede utilizarse para anular el rechazo de medicamentos compuestos no incluidos en el formulario.

Cuando se devuelva este mensaje de error, al igual que con cualquier medicamento no cubierto, explique al afiliado que su médico que receta puede enviar una solicitud de excepción llamando a HCPR al **800-555-CLIN (2546)**. En Puerto Rico, el médico que receta puede llamar al **866-488-5991**. Para los afiliados de CarePlus, llame a la Unidad de administración de la utilización de CarePlus Pharmacy al **1-866-315-7587**.

Recordatorio importante sobre medicamentos compuestos para afiliados de Medicare

Debido a los reglamentos de Medicare, las farmacias tienen prohibido facturar el saldo y deben liberar de responsabilidad al afiliado por el costo de cualquier ingrediente que no pertenezca a la Parte D contenido en el medicamento compuesto de la Parte D.

Programa de manejo de terapias de medicamentos (MTM, por sus siglas en inglés)

El manejo de terapias con medicamentos (MTM) es un programa que busca mejorar el tratamiento con medicamentos de un afiliado y minimizar las reacciones adversas al medicamento. El programa MTM de Humana y CarePlus utiliza una variedad de recursos, como servicios de consulta por teléfono y en farmacias, para beneficiarios ambulatorios e institucionalizados.

Humana y CarePlus trabajan con farmacias de la comunidad para ofrecer a los afiliados elegibles de Medicare una serie de servicios de consultas presenciales sobre el programa MTM en sus farmacias locales.

Humana y CarePlus tienen contratos con un proveedor para brindar asistencia en la entrega de servicios de MTM. Si una farmacia está interesada en proporcionar servicios de MTM a los afiliados de Humana y CarePlus, puede visitar www.getoutcomes.com para obtener más información.

Auditoría y cumplimiento de normas de farmacia

Programa de auditoría de farmacias

Humana mantiene un programa de auditoría de farmacias para:

- Ayudar a garantizar la validez y exactitud de las reclamaciones de farmacia para sus clientes (incluidos los CMS y las agencias estatales que supervisan un programa para beneficiarios elegibles para Medicaid)
- Ayudar a garantizar el cumplimiento del acuerdo de proveedor entre Humana, sus farmacias de la red y este manual
- Ayudar a garantizar el cumplimiento de las leyes/reglamentos federales y estatales y los requisitos específicos de medicamentos
- Informar a las farmacias de la red con respecto al envío y la documentación adecuados de las reclamaciones de farmacia

Según el Acuerdo del proveedor de farmacia entre Humana y sus farmacias de la red, Humana, cualquier auditor externo designado por Humana o cualquier agencia gubernamental permitida por ley está autorizado a realizar auditorías de todos y cada uno de los libros, registros y archivos de medicamentos recetados de la farmacia relacionados con los servicios brindados a los afiliados, así como el programa de cumplimiento de farmacias.

Los objetivos de auditoría específicos de reclamaciones incluyen, entre otros, la corrección de los siguientes errores:

- Despacho de repeticiones de recetas no autorizadas, anticipadas o excesivas
- Despacho de un medicamento incorrecto
- Facturación al afiliado equivocado
- Facturación a un médico incorrecto
- Uso inadecuado de un número NCPDP/NPI
- Se envió un tipo de servicio de farmacia no válido
- Se envió un código de residencia del paciente no válido
- Cálculo incorrecto del suministro por día
- Uso incorrecto de un código DAW
- Sobrefacturación de cantidades
- No conservar/proporcionar la copia impresa de las recetas o un registro de firmas/manifiesto de entrega
- Reclamaciones pagadas al beneficio incorrecto

Humana notifica a las farmacias sobre su intención de realizar una auditoría y proporciona instrucciones específicas con respecto al proceso. Las auditorías in situ de Humana se llevan a cabo de forma profesional y de conformidad con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés) de 1996, con respecto a los pacientes y al personal de farmacia. Para acceder a la Guía de auditorías y revisión de reclamaciones de Humana Pharmacy Solutions, visite **es-www.humana.com/Provider/Pharmacy-Resources/Manuals-Forms** y seleccione la pestaña “Guía de auditorías, formulario de reclamaciones y otros materiales”.

Auditorías de farmacia de LTC

Humana tiene derecho a auditar los libros, registros, archivos de medicamentos recetados y registros de firmas de una farmacia de LTC con el fin de verificar la información de las reclamaciones. Las farmacias de LTC deben tener órdenes firmadas de los médicos que recetan disponibles para su revisión para una auditoría. Estas órdenes pueden ser en forma de recetas firmadas tradicionales, copias de las órdenes firmadas del médico que receta de la historia clínica del afiliado u otra documentación que contenga todos los elementos requeridos de una receta.

El tiempo para recuperar estos documentos se considerará parte de los requisitos de auditoría de Humana. Las farmacias de LTC deben tener un registro de firma o recibo del paciente, un manifiesto de entrega, una copia de un Registro de administración de medicamentos que muestre que se administró la receta y el nombre y la firma de la persona que administró el medicamento, junto con la fecha y la hora en que se dio el medicamento. Para acceder a las pautas de documentación de farmacia de cuidado a largo plazo, visite **es-www.humana.com/Provider/Pharmacy-Resources/Manuals-Forms** y seleccione la pestaña “Guía de auditorías, formulario de reclamaciones y otros materiales”.

Auditorías del programa de cumplimiento

Humana mantiene una auditoría del programa de cumplimiento farmacéutico para garantizar el cumplimiento de este manual, de los requisitos gubernamentales y del correspondiente material de cumplimiento y normas de conducta. Las entidades contratadas por Humana o una entidad relacionada con Humana (“Humana”) que respaldan los productos de Medicare de Humana están sujetas a auditorías del programa de cumplimiento que puedan hacerse ad hoc. Humana notifica a una farmacia sobre su intención de realizar una auditoría y proporciona instrucciones específicas con respecto al proceso. Si una auditoría identifica deficiencias, se emite un plan de acción correctiva. Luego, Humana trabaja con la farmacia para garantizar que las deficiencias se subsanen de manera oportuna y para garantizar que exista un proceso y una política suficientes para evitar la recurrencia.

Requisitos del programa de cumplimiento y de fraude, malgasto y abuso (FWA, por sus siglas en inglés)

Declaración de la política

Humana y CarePlus no toleran actividades o acciones fraudulentas que violen sus normas de conducta o sus políticas de cumplimiento (disponible en **es-www.humana.com/Provider/Pharmacy-Resources/Manuals-Forms**)

Resources/Manuals-Forms), que cometen empleados de Humana y CarePlus, proveedores de farmacia contratados, o aquellos que respaldan las obligaciones contractuales de los proveedores con Humana y CarePlus, afiliados, clientes, proveedores, contratistas u otras entidades comerciales. Además de los planes y productos administrados por Humana que tienen un beneficio de farmacia para los beneficiarios elegibles de Medicare, Humana es un administrador de productos de Medicaid que tienen un beneficio de farmacia. Todas las organizaciones que respalden cualquiera de estos productos administrados por Humana deben tener un plan integral para detectar FWA. Humana se compromete a:

1. Investigar cualquier sospecha de incumplimiento o actividad fraudulenta identificada o notificada;
2. Tomar medidas adicionales según sea necesario; e
3. Denunciar el asunto (cuando corresponda) ante las agencias reguladoras, federales o estatales afectadas para que emprendan acciones e investiguen.

Humana es una organización Medicare Advantage, un patrocinador de un plan PDP de la Parte D de Medicare y un administrador de productos de Medicaid que tienen un beneficio de farmacia. Todas las organizaciones que respaldan cualquiera de estos productos administrados por Humana deben tener un plan integral para detectar fraude, malgasto y abuso (FWA, por sus siglas en inglés). Humana tiene un plan de este tipo.

Capacitación para combatir el fraude, el malgasto y el abuso

Cada entidad contratada por Humana que respalde los productos Medicare de Humana es responsable de:

- Brindar capacitación sobre la prevención, la detección y la corrección de fraude, malgasto y abuso a sus empleados que administren, brinden o respalden beneficios o servicios del programa federal de cuidado de la salud
- Proporcionar capacitación en prevención, detección y corrección de fraude, malgasto y abuso a sus contratistas que administren, brinden o respalden la administración del plan de Humana, o notificarles que deben realizar dicha capacitación
- Hacer un seguimiento del cumplimiento de la obligación de capacitación y comprender los requisitos descritos en los materiales de capacitación sobre FWA y cumplirlos

Material que se utilizará

Una farmacia puede utilizar su propio material para cumplir con el requisito de capacitación sobre FWA o adoptar la capacitación de otra organización sobre el tema. Humana también ofrece contenido sobre este tema en los siguientes documentos:

- Política de cumplimiento de Humana para proveedores de cuidado de la salud y terceros contratados
Apps.Humana.com/Marketing/Documents.asp?q=kaOUjtwlbGCAf367eB0Z7Q%3d%3d
- Ética todos los días de Humana para proveedores de cuidado de la salud y terceros contratados
Apps.Humana.com/Marketing/Documents.asp?q=PxY%2fgulHDJm74ctVrMWa6Q%3d%3d

Tenga en cuenta: Los materiales de Humana por sí solos no se pueden utilizar para cumplir con el requisito de capacitación en fraude, malgasto y abuso. Sin embargo, una farmacia puede utilizar estos documentos para complementar o integrar su capacitación en fraude, malgasto y abuso.

Registros de capacitación

Las entidades contratadas por Humana deben mantener durante 11 años (o más, si así lo exigen las leyes estatales) registros de capacitación sobre fraude, malgasto y abuso, que incluyan la fecha de

finalización, la asistencia, el tema, el certificado de finalización (si corresponde) y los resultados de todos los exámenes que se hayan tomado.

Garantía adicional

Humana y los CMS se reservan el derecho de llevar a cabo la supervisión de las farmacias contratadas para evaluar su compromiso con los requisitos de capacitación sobre fraude, malgasto y abuso, incluidas las solicitudes que los CMS hagan a Humana y que requieran que estas farmacias proporcionen la documentación correspondiente.

Requisito de denunciar casos de fraude, malgasto y abuso o incumplimiento presuntos o detectados

Todos los empleados de farmacia y subcontratistas que respalden el contrato de la farmacia con Humana deben notificar las actividades fraudulentas o de incumplimiento sospechadas o detectadas mediante uno de los métodos de notificación proporcionados por la farmacia. Cuando el objeto de las actividades notificadas afecte a un plan administrado por Humana, la farmacia debe notificar el asunto y las medidas tomadas por la farmacia a Humana.

Humana ofrece varias opciones para informar inquietudes. La manera más conveniente es llamar a la Unidad de investigaciones especiales (SIU, por sus siglas en inglés) de Humana al **800-614-4126**. Esta línea directa gratuita está disponible las 24 horas del día, y las personas que llaman pueden mantener el anonimato. Humana se esfuerza por mantener la confidencialidad de la información.

Quienes notifiquen presuntas actividades están protegidos contra represalias según la disposición sobre denunciantes en la Sección 3730(h) del Título 31 del Código de los Estados Unidos de la Ley sobre Reclamaciones Falsas.

Una vez que la SIU lleve a cabo su investigación inicial, remitirá el caso a las agencias encargadas del cumplimiento de las leyes o a las agencias reguladoras (según corresponda). Puede encontrar información adicional sobre la SIU y los esfuerzos de Humana para abordar el fraude, el malgasto y el abuso en **es-www.humana.com/Fraud**.

Humana pone a disposición las siguientes opciones de rendición de informes:

Teléfono:

- Unidad de investigaciones especiales de Humana (sistema de mensajería de voz):
800-614-4126
- Línea de ayuda en asuntos éticos de Humana:
877-5-THE-KEY (584-3539)

Ambos métodos telefónicos descritos están disponibles las 24 horas del día y permiten que las personas que llaman mantengan el anonimato. Humana solicita que, si un denunciante desea mantenerse anónimo, suministre suficiente información para permitir que Humana investigue el asunto.

Fax: 920-339-3613

Correo electrónico: siureferrals@humana.com o ethics@humana.com

Correo postal:

Unidad de investigaciones especiales de Humana
1100 Employers Blvd.
Green Bay, WI 54344

Sitio web para denuncias de la Línea de ayuda en asuntos éticos: www.ethicshelpline.com

Tenga en cuenta: Cuando se utiliza una opción de Humana para informar una inquietud, se dispone de un seguimiento confidencial para verificar el estado de una investigación.

Si una farmacia contratada opta por ofrecer cualquier opción de informe en lugar de, o además de, las que Humana pone a disposición, la farmacia aún debe hacer lo siguiente de manera oportuna: Transmitir a Humana informes que podrían afectar a Humana o a sus afiliados y describir la(s) medida(s) adoptada(s).

Prohibición de intimidaciones o represalias

Humana tiene una política de tolerancia cero con respecto a intimidación, represalias o venganza contra cualquier persona que tenga conocimiento de una presunta conducta indebida y, de buena fe, la denuncie o participe en una investigación sobre ella.

Normas disciplinarias

Humana puede tomar alguna o todas las siguientes medidas relacionadas con fraude, malgasto y abuso o infracciones a las normas de conducta de Humana:

- Advertencias o reprimendas verbales o escritas
- Despido o rescisión del contrato
- Otras medidas que pueden estar estipuladas en el contrato
- Repetición obligatoria de la capacitación
- Plan(es) de medidas correctivas formal(es) y por escrito con seguimiento hasta el cierre
- Denunciar la conducta ante cualquier entidad externa apropiada, como los CMS, una persona designada por los CMS, una agencia estatal donde Humana administra un producto de Medicaid o agencias encargadas del cumplimiento de las leyes

Tenga en cuenta: Todos los empleados, gerentes, miembros de organismos gubernamentales y cualquier parte con quien una farmacia tenga un contrato para respaldar un contrato con Humana deben denunciar presunto fraude, malgasto y abuso o infracciones a las normas de conducta o la política de cumplimiento de Humana (disponibles en [es-**www.humana.com/Provider/Pharmacy-Resources/Manuals-Form**](https://www.humana.com/Provider/Pharmacy-Resources/Manuals-Form)). Se confirmará que quienes no informen un asunto correspondiente que se determine que ha afectado adversamente a Humana están infringiendo los requisitos de Humana y estarán sujetos a alguna o todas las medidas disciplinarias anteriores.

Todas las entidades contratadas por Humana deben tener normas disciplinarias y tomar las medidas apropiadas ante el descubrimiento de fraude, malgasto y abuso e infracciones a las normas de conducta o la política de cumplimiento de Humana, o acciones que puedan conducir a fraude, malgasto y abuso o las infracciones antes mencionadas.

Además, dependiendo de las características específicas de un caso, los CMS pueden optar por excluir a cualquier persona involucrada en una infracción de fraude, malgasto y abuso para que no pueda participar en oportunidades de adquisiciones federales, incluido el trabajo de apoyo para cualquier contrato que Humana tenga con los CMS.

Expectativas correspondientes

También se espera que las farmacias:

- Difundan ampliamente los métodos para denunciar cuestiones relacionadas con el cumplimiento y las normas sobre fraude, derroche y abuso, así como la política de no represalias. Algunos ejemplos de cómo lograr esto incluyen pósteres, almohadillas para mouse, tarjetas de acceso y otros exhibidores destacados dentro de una instalación de farmacia, como

en un sitio de intranet o por correo electrónico enviado a quienes desempeñan una función de respaldo a Humana.

- No es suficiente publicar información solo dentro de un establecimiento y no compartirla por correo electrónico o en un sitio de intranet de la farmacia cuando alguna persona que necesite la información trabaje fuera del establecimiento (por ejemplo, a distancia o en su domicilio).
- Refuercen la política de Humana contra la intimidación y las represalias.

Normas de conducta/ética

Cada entidad contratada por Humana debe realizar de manera rutinaria las siguientes acciones y, a solicitud de Humana, proporcionar una certificación de estas acciones:

- Exigir a los empleados, la gerencia, los órganos de gobierno y aquellos con quienes la farmacia tenga un contrato que respalde las obligaciones contractuales de la farmacia con los productos Medicare de Humana que revisen y certifiquen el cumplimiento del documento de normas de conducta de la farmacia al momento de la contratación o el contrato, y anualmente de allí en adelante. Si la farmacia contratada no adopta ni tiene sus propias normas de conducta escritas que sean sustancialmente similares a las normas de conducta escritas de Humana, entonces se podrá utilizar el documento de las normas de conducta de Humana. Para acceder, imprimir y descargar una copia, visite <https://Apps.Humana.com/Marketing/Documents.asp?q=PxY%2fgulHDJm74ctVrMWa6Q%3d%3d>
- Realice lo siguiente para todos los nuevos empleados, miembros de la gerencia, órganos de gobierno y personas contratadas antes de la contratación/contrato y posteriormente una vez al mes, cuando sean designados para ayudar en la administración o entrega de beneficios del programa de cuidado de la salud federal en respaldo de un contrato con Humana: Revisar las listas de exclusión separadas de la Oficina del Inspector General y del Sistema para la Gestión de Adjudicaciones de la Administración de Servicios Generales.
- Conservar evidencia de la prueba de exclusión durante 11 años (o más, según lo exija la ley estatal). Tenga en cuenta: Si se termina un contrato con Humana, la evidencia de evaluación debe conservarse durante un mínimo de 10 años después de la fecha de finalización.
- Tomar las medidas correctivas apropiadas para las infracciones a las normas de conducta y, cuando se trate de fraude, malgasto o abuso, denunciar los hallazgos ante la Unidad de investigaciones especiales de Humana al **800-614-4126**.

Los contratos con los CMS de Humana exigen que todas las farmacias que tengan contrato con Humana o subsidiarias de Humana cumplan los requisitos del programa de cumplimiento. Esto incluye las farmacias empleadas o contratadas por estas organizaciones ajenas a Humana para proveer o respaldar servicios de cuidado de la salud para afiliados de Medicare de Humana.

Requisitos del programa de cumplimiento

La información a continuación se proporciona para ayudar a la farmacia y a las personas que la farmacia contrata o emplea para respaldar las actividades comerciales de Humana a confirmar que sus programas de cumplimiento tengan los elementos necesarios para ser eficaces.

Los requisitos del programa de cumplimiento de Humana para farmacias contratadas también incluyen, entre otros:

- **Supervisión:** Supervisar y auditar el cumplimiento de empleados y subcontratistas que proporcionan servicios o realizan funciones de apoyo relacionadas con servicios administrativos o de cuidado de la salud proporcionados a un afiliado de un plan MA de Humana, un plan PDP de Medicare o un plan Medicaid administrado por Humana. Esto se realiza tanto desde el punto de vista operativo como de

cumplimiento e incluye comprobaciones de exclusión de todas las personas y entidades contratadas que respaldan los productos Medicare de Humana.

- **Notificación inmediata a Humana de las intenciones de la organización de utilizar recursos en el extranjero para cumplir con cualquier obligación con Humana:** Esto incluye nuevos acuerdos o cambios en las relaciones existentes o en ubicaciones en el extranjero y dónde o cómo se procesan, transfieren o almacenan los datos, o bien dónde se accede a estos.
- **Aprobación previa de Humana antes de avanzar con un acuerdo en el extranjero para trabajar en respaldo a un contrato con Humana:** Existen varias razones para ello:
 - Algunos contratos gubernamentales prohíben o limitan la prestación de servicios contratados en el extranjero o la transmisión, el procesamiento, el acceso o el almacenamiento de información relacionada en el extranjero.
 - Es posible que Humana deba notificar a los CMS sobre cualquier entidad con ubicación fuera de los Estados Unidos o un territorio de los EE.UU. que reciba, procese, transfiera, almacene o acceda, de forma oral, escrita o electrónica, a información de salud protegida de un afiliado de Medicare o sobre una persona que sea elegible para Medicare.
- **Establecimiento, documentación y comunicación de políticas de cumplimiento eficaces:** Contar con políticas y procedimientos para prevenir y detectar presuntos casos de fraude, malgasto y abuso, y luego, corregir y denunciar las instancias identificadas, así como otros aspectos del incumplimiento, lo que incluye, entre otras cosas:
 - Exigir a empleados, miembros de la junta directiva y subcontratistas que informen casos presuntos o detectados de fraude, malgasto y abuso y presuntas infracciones a la política de cumplimiento o de las normas de conducta de Humana (estos documentos están disponibles en es-www.humana.com/Provider/Pharmacy-Resources/Manuals-Forms). Toda instancia presunta y confirmada de infracciones éticas, de cumplimiento o de fraude, malgasto y abuso debe denunciarse a Humana.
 - Resguardar la información confidencial y de propiedad exclusiva de Humana, así como la información personal y de salud protegida de los afiliados del plan.
 - Suministrar información/datos precisos y oportunos durante el transcurso regular de las operaciones comerciales.
 - Supervisar y auditar actividades.
 - Mantener normas disciplinarias.
- **Capacitación:** Garantizar que toda la capacitación requerida para el programa de cumplimiento la complete no solo el contacto de cumplimiento en la farmacia, sino también aquellos que apoyan las obligaciones contractuales que tiene la farmacia con Humana. Cuando corresponda, deberá impartirse capacitación operativa. Este requisito incluye contar con un método de seguimiento implementado para proporcionar evidencia de estos esfuerzos a pedido; por ejemplo, quién recibió capacitación, cuándo, cómo y con qué materiales.
- **Cooperación:** Cooperar plenamente con Humana por cualquier solicitud relacionada con el cumplimiento y cualquier auditoría o investigación de una entidad gubernamental o sobre una infracción supuesta, presunta o detectada de este manual, de las políticas y procedimientos de Humana, de las leyes o reglamentaciones estatales o federales aplicables o de las medidas correctivas.
- **Comunicación:** Difundir métodos para denunciar presuntas infracciones a las políticas de Humana y reglamentaciones gubernamentales, y también las correspondientes normas disciplinarias para empleados, voluntarios, miembros de la junta y subcontratistas.
- **Normas disciplinarias:** Tener establecidas normas disciplinarias que se ejecuten cuando haya infracciones por parte del proveedor de farmacia sus empleados o aquellos con quienes el proveedor tenga un contrato para respaldar sus obligaciones con Humana.

- **Garantía:** Cumplir con las solicitudes de Humana de proporcionar garantía relacionada con el programa de cumplimiento de la farmacia.

Los ejemplos anteriores son formas de implementar un programa de cumplimiento eficaz. Para obtener una descripción general de los siete elementos de un programa de cumplimiento eficaz, consulte la política de cumplimiento de Humana en <https://Apps.Humana.com/Marketing/Documents.asp?q=kaOUjtwlbGCAf367eB0Z7Q%3d%3d>.

Preguntas frecuentes

Humana pone a disposición del público en Internet un documento de guía que incluye preguntas frecuentes e información adicional sobre los requisitos de cumplimiento que se puede ver en:

<https://Apps.Humana.com/Marketing/Documents.asp?q=uhZ%2bjqKP1UP%2bQ1pmcyu86Q%3d%3d>.

Para más información sobre los requisitos del programa de cumplimiento para farmacias que respaldan los productos Medicare de Humana, visite

<https://Apps.Humana.com/Marketing/Documents.asp?q=kaOUjtwlbGCAf367eB0Z7Q%3d%3d>.

Si una farmacia también respalda actividades comerciales de Humana Medicaid, se aplicarán requisitos de cumplimiento adicionales. descritos en los documentos anteriores.

Para preguntas sobre capacitación que no se tratan en este manual, envíe un correo electrónico a HumanaPharmacyCompliance@humana.com.

Educación obligatoria sobre el programa de cumplimiento

Se debe proporcionar lo siguiente a aquellas personas contratadas o empleadas para apoyar un contrato de Humana para un producto Medicare o Medicaid del cual Humana es responsable en última instancia:

- Política(s) de cumplimiento que describa(n) los requisitos del programa de cumplimiento
- Normas de conducta

Pueden utilizarse documentos de Humana, o documentos que sean sustancialmente similares, para cumplir con los requisitos de la política de cumplimiento y de las normas de conducta. Estos materiales están disponibles en es-www.humana.com/Provider/Pharmacy-Resources/Manuals-Forms e incluyen información sobre:

- Capacitación sobre cumplimiento general
- Capacitación para comprender y abordar casos de FWA

Su organización puede desarrollar o adoptar otros materiales para cumplir con estos dos últimos requisitos.

Los plazos de los individuos para cumplir con los requisitos anteriores son a partir de la contratación/contrato y anualmente a partir de entonces.

Garantía de cumplimiento

Humana se reserva el derecho de solicitar documentación como garantía de que se han implementado la capacitación y ciertos requisitos del programa de cumplimiento para cumplir con las obligaciones de los contratos gubernamentales.

Si se requiere una certificación:

- Se basará en múltiples factores, como las expectativas de contratos gubernamentales y las correspondientes actividades de supervisión del programa de cumplimiento de Humana.
- Será para una certificación a nivel de la organización de una farmacia de la red que respalde cualquier plan administrado por Humana para beneficiarios elegibles para Medicare.

Humana le notificará a la farmacia si debe enviarse una certificación.

El material educativo sobre cumplimiento se actualiza al menos cada año calendario para ayudar a las farmacias a cumplir con estos requisitos y con otros relacionados. Las instrucciones correspondientes se enumeran en las preguntas frecuentes sobre requisitos de cumplimiento para farmacias en <https://Apps.Humana.com/Marketing/Documents.asp?q=uhZ%2bjqKP1UP%2bQ1pmcyu86Q%3d%3d>.

Tenga en cuenta: Dado que los requisitos de Humana pueden cambiar, Humana se reserva el derecho de exigir capacitación o componentes adicionales o diferentes del programa de cumplimiento, aunque se esfuerza por no hacer cambios a mitad de año.

Instrucciones de es-www.humana.com

Las instrucciones de Información de cumplimiento requerida, que se encuentran en

<https://Apps.Humana.com/Marketing/Documents.asp?q=nR%2fWvra3yhHIXLdxGzCwGg%3d%3d%20>, cubren cómo:

- Completar los requisitos de cumplimiento en **es-www.humana.com**
- Registrarse en **es-www.humana.com**
- Crear un registro de nuevo usuario
- Asignar la función comercial de cumplimiento a otro usuario
- Actualizar el número de identificación fiscal de una organización

Acreditación de farmacias de Humana

Humana exige que todas las farmacias de la red estén acreditadas durante el proceso de contratación inicial y que se les realice una nueva acreditación, como mínimo, cada tres años. La solicitud de reacreditación se envía a la farmacia por fax y esta debe devolver dicha solicitud de reacreditación, que incluya:

- Información sobre licencias de farmacia estatales
- Información de farmacia sobre licencias de la DEA y/o información sobre sustancias peligrosas controladas de la DEA
- Declaración firmada y fechada que indique que la farmacia está libre de sanciones impuestas por autoridades federales, estatales y locales
- Copia de la cobertura del seguro de responsabilidad profesional vigente que cumpla con el requisito mínimo de \$1 millón en total, o que supere dicho monto
- Número del NCPDP de la farmacia

Las farmacias que no cumplan con los estándares que exija Humana se eliminarán de la red de farmacias de Humana.

Conflictos de intereses

Todas las entidades y personas que apoyan a Humana deben evitar los conflictos de intereses. Las farmacias nunca deben ofrecer ni proporcionar, de forma directa o indirecta, nada de valor, como dinero en efectivo, coimas o sobornos, a ningún empleado, contratista, representante, agente, cliente de Humana ni a ningún funcionario gubernamental en relación con ninguna adquisición, transacción o trato comercial de Humana Pharmacy Solutions. Esta prohibición incluye, entre otras cosas, un proveedor de farmacia que ofrezca o provea servicios de consultoría, empleo o puestos similares a cualquier empleado de Humana involucrado en las labores de adquisiciones de Humana o a los familiares o parejas de ese empleado.

Las farmacias deben obtener una declaración firmada de conflicto de intereses de todos los empleados y subcontratistas dentro de los 90 días posteriores a la contratación o al contrato y anualmente a partir de entonces. Esta declaración certifica que el empleado o la entidad subordinada está libre de cualquier conflicto de intereses para administrar o brindar beneficios o servicios del programa federal de cuidado de la salud.

Todas las farmacias deben revisar si hay posibles conflictos de intereses y eliminar el conflicto o, si corresponde, solicitar la aprobación de Humana para continuar con el trabajo a pesar del conflicto.

Humana se reserva el derecho de:

- Obtener certificaciones de conflictos de intereses o de la posible ausencia de conflictos de intereses de todos los proveedores y de aquellos que empleen o contraten para apoyar los negocios de Humana
- Exigir que se eliminen determinados conflictos o que el o los empleados o entidades subordinadas correspondientes dejen de respaldar Humana

Las farmacias y las personas que ellas emplean o contratan para respaldar las actividades comerciales de Humana tienen prohibido tener relaciones financieras conectadas con la entrega o la facturación de artículos o servicios cubiertos conforme a un programa federal de cuidado de la salud que:

- Violan la Ley Stark federal, Título 42 del Código de los Estados Unidos, Sección 1395nn, si los artículos o servicios entregados en conexión con la relación se facturaron a un programa federal de cuidado de la salud, o que violen leyes estatales comparables
- Violan el Estatuto Antisoborno federal, Título 42 del Código de los Estados Unidos, Sección 1320a-7b, si los artículos o servicios entregados en conexión con la relación se facturaron a un programa federal de cuidado de la salud, o violen leyes estatales comparables
- A juicio de Humana, se podría prever razonablemente que influyan en un proveedor para que utilice o facture artículos o servicios cubiertos conforme a un programa federal de cuidado de la salud de una manera que no concuerde con las normas o estándares profesionales de la comunidad local

Una violación de esta prohibición podría dar lugar a que Humana rescinda un contrato con un proveedor de farmacia o le exija al proveedor que destituya a cualquier parte empleada o contratada para respaldar las actividades comerciales de Humana que corresponda. Humana se reserva el derecho de solicitar información y datos para verificar el cumplimiento continuo de estas disposiciones.

Sistema de quejas

Proceso de disputa de precios de farmacia para planes comerciales, de Medicare, Medicaid y de hospicio

Las farmacias de la red tienen derecho a enviar a Humana una solicitud para apelar, investigar o impugnar MAC dentro de los 60 días calendario posteriores a la reclamación inicial. La farmacia puede enviar su solicitud para apelar, investigar o impugnar por escrito a Humana el precio del MAC por fax al **855-381-1332** o por correo electrónico a **PharmacyPricingReview@humana.com**. Envíe la solicitud utilizando uno de los archivos de Solicitud de revisión de precios de Humana a continuación, que también están disponibles en el portal de farmacéuticos de es-www.humana.com.

- Archivo para múltiples solicitudes (descargue este archivo de Excel):
<https://Apps.Humana.com/Marketing/Documents.asp?file=4212377>
- Solicitud de revisión de precios de farmacia:
<https://Apps.Humana.com/Marketing/Documents.asp?file=2661815>

Envíe un correo electrónico a **PharmacyPricingReview@humana.com** para solicitar el archivo si no se puede descargar.

La farmacia puede llamar a Humana y hablar con un representante con respecto a su solicitud al

888-204-8349 para reclamaciones minoristas o al **866-597-3589** para reclamaciones de hospicio. En la solicitud se debe incluir todo lo siguiente:

- Nombre de la farmacia
- Dirección de la farmacia
- NCPDP de la farmacia
- PCN
- N.º de la receta
- Nombre del medicamento
- Concentración del medicamento
- NDC del medicamento
- Fecha de surtido inicial
- Cantidad de surtido
- La documentación relevante que respalde que el MAC está por debajo del costo disponible para la farmacia
- Cualquier otra documentación de respaldo, según sea necesario

Humana responderá a la solicitud de la farmacia de la red en un plazo de cinco días hábiles posteriores a la recepción por parte de Humana. En caso de que se deniegue la apelación de MAC, Humana proporcionará el motivo de la denegación e identificará un NDC para el medicamento al precio actual de MAC o por debajo de este. Si se aprueba la solicitud de MAC, Humana ajustará el precio de MAC a la fecha de la o las reclamaciones en disputa. La farmacia es responsable de volver a enviar la reclamación y de cobrar o reembolsar cualquier cantidad de copago.

Tenga en cuenta: Los plazos pueden variar de un estado a otro y están sujetos a cambios.

Proceso de la farmacia para presentar una queja

Reclamaciones y disputas de farmacia

Problemas con el sistema SS&C Health

Se recomienda a todas las farmacias que tengan contrato con Humana que llamen al servicio de asistencia de SS&C Health al

866-211-9459 (o al **1-800-865-4034** para CarePlus) en caso de que tengan alguna pregunta o queja relacionada con un problema del sistema o transacción de reclamaciones. SS&C Health tiene una unidad de apoyo telefónico dedicada que proporciona orientación para llamadas relacionadas con reclamaciones de farmacia. Todos los problemas que SS&C Health no puede abordar o resolver se derivarán al Departamento de Redes de Farmacia para su investigación y resolución, cuyo teléfono es el **888-204-8349**.

Consultas sobre iniciativas de farmacia

Humana cuenta con una unidad de apoyo telefónico de HCPR exclusivo que brinda asistencia para consultas y quejas de farmacia relacionadas con iniciativas corporativas específicas de administración de farmacia. Cualquier pregunta de iniciativa específica que la unidad de apoyo telefónico de HCPR no pueda responder se derivará al Departamento de Redes de Farmacia para su investigación y resolución, cuyo teléfono es el **888-204-8349**.

Sistema de quejas de afiliados

La sección a continuación está tomada del procedimiento de quejas formales y apelaciones de los afiliados de Humana, según se establece en el Manual para los afiliados. Esta información se proporciona para que el farmacéutico pueda ayudar a los afiliados de Humana en este proceso si solicitan asistencia. Si la farmacia tiene preguntas sobre este proceso, contacte con el representante de contratación de la red de farmacias.

Humana tiene representantes que manejan las quejas, lo que incluye todas las quejas formales y apelaciones de los afiliados. Humana Family posee una serie de archivos especiales con el motivo, la fecha y los resultados. Estos registros se conservan en la oficina central.

Quejas formales y apelaciones de afiliados de planes comerciales

El plazo para enviar una queja formal o apelación de un afiliado de un plan comercial varía según el estado. Las quejas formales y apelaciones por escrito pueden enviarse a:

Grievance and Appeal

P.O. Box 14546
Lexington, KY 40512-4546
Fax: **888-556-2128**

Los afiliados también pueden llamar al Servicio al cliente al número gratuito que aparece al reverso de su tarjeta de identificación del afiliado. Los afiliados de Puerto Rico pueden llamar al **866-773-5959**. Los afiliados con discapacidad del habla o un trastornos auditivos que utilizan un TTY deben llamar al **711**. El horario de atención es todos los días, de 5 a.m. a 8 p.m., hora del este.

Quejas formales de afiliados de Medicare

Las quejas formales de los afiliados de Medicare deben presentarse en un plazo de 60 días a partir del suceso. Dirija las quejas formales por escrito a:

Humana Grievances and Appeals

P.O. Box 14165
Lexington, KY 40512-4165
Fax: **800-949-2961**

Cuando presente una queja formal verbal, indique al afiliado que llame a Servicio al cliente al **800-457-4708**. Los afiliados con discapacidad del habla o un trastornos auditivos que utilizan un TTY deben llamar al **711**. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este.

El afiliado debe incluir su nombre, dirección, número de teléfono, número de identificación de Humana, el motivo de la queja formal y cualquier documento de respaldo. Humana investigará la queja formal e informará al afiliado sobre la resolución.

Apelaciones de afiliados de Medicare

El afiliado, el médico que receta o el representante del afiliado de Medicare pueden enviar una apelación por escrito en un plazo de 60 días calendario a partir de la fecha en que se recibe el aviso de denegación por parte de Humana. Opciones para el envío de la apelación (solicitud de redeterminación):

- Descargue una copia del formulario de apelación que se encuentra en **es-www.humana.com** y envíelo a Humana por fax o por correo postal. Incluya el nombre del afiliado, su dirección, su número de identificación de Humana, el motivo de la apelación y cualquier documento de respaldo. Humana investigará la apelación e informará al afiliado sobre la resolución. Si el afiliado no puede presentar una apelación por escrito, se aceptarán apelaciones orales.
- Para apelaciones por escrito, los afiliados de Medicare deben utilizar lo siguiente:

Humana Grievances and Appeals

P.O. Box 14165
Lexington, KY 40512-4165
Fax: **855-251-7594**

Mediante el inicio de sesión en MyHumana, los afiliados de la Parte D de Medicare pueden presentar solicitudes en línea a través de este enlace: **Resolutions.Humana.com/Grievances-Appeals-Forms/Member-Info**

Respecto a todos los afiliados, el médico, el médico que receta u otra persona pueden presentar la apelación en nombre del afiliado. Se debe completar el formulario de Designación de representante o una notificación por escrito equivalente que incluya la misma información requerida en el formulario de Designación de representante. Este formulario proporciona permiso para que otra persona actúe en nombre del afiliado.

Para obtener un formulario de Designación de representante, el afiliado puede llamar a Atención al cliente y solicitar uno, o visitar el sitio web de Humana en **Humana.com/Individual-And-Family-Support/Tools/Member-Forms**. Los afiliados de Medicare también pueden acceder al formulario a través del sitio web de Medicare en **www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf**.

- Si la apelación proviene de otra persona que no sea el afiliado, Humana debe recibir el formulario de designación de representante completado antes de que Humana pueda revisar la apelación.
- Tenga en cuenta que, según el programa Medicare, el médico u otro proveedor pueden presentar una apelación sin el formulario de designación de representante.

Resolución de quejas formales y apelaciones

Si el afiliado tiene preguntas sobre su queja formal o apelación, indíquele que revise el Manual para los afiliados o que llame a Humana utilizando el número que aparece al reverso de su tarjeta de identificación.

Apelaciones de afiliados de CarePlus

El primer nivel de apelación es una redeterminación. Las redeterminaciones estándar se deben presentar por escrito, y las redeterminaciones aceleradas se pueden solicitar verbalmente o por escrito. Ambos tipos de redeterminaciones deben presentarse en un plazo de 60 días calendario a partir de la fecha de la notificación de la decisión inicial de CarePlus.

Envíe las solicitudes a:

CarePlus Health Plans Inc.

Attn: Grievance and Appeals

P.O. Box 277810

Miramar, FL 33027

o

Attn: Departamento de Quejas y Apelaciones

Fax: **1-800-956-4288**

CarePlus puede prorrogar el plazo de 60 días para presentar la solicitud de redeterminación si el afiliado tiene una causa que justifique haber sobrepasado la fecha límite. Para una redeterminación estándar, CarePlus revisará la apelación y emitirá una notificación por escrito de su decisión al afiliado dentro de los siete días calendario posteriores a la recepción de la solicitud. El afiliado, su médico o médico que receta, o el representante designado del afiliado pueden solicitar una redeterminación acelerada si consideran que la espera de una decisión estándar (siete días) podría comprometer gravemente la vida, la salud o la capacidad del afiliado para recuperar el máximo de sus funciones. CarePlus acelerará automáticamente una redeterminación si el médico o el médico que receta del afiliado presentan la solicitud, o si el afiliado tiene una declaración de respaldo de su médico o médico que receta que indique por qué la redeterminación debe procesarse con celeridad.

Si el afiliado solicita una redeterminación acelerada por su cuenta sin el respaldo del médico que receta, CarePlus decidirá si su salud requiere una redeterminación acelerada. Para presentar una redeterminación acelerada, el afiliado, el representante designado por el afiliado o el médico pueden llamar a Servicios para afiliados de CarePlus al **1-800-794-5907 (TTY: 711)**. La solicitud también puede enviarse por fax al **1-800-956-4288**. Una redeterminación acelerada se decidirá con la celeridad que

requiera la afección médica del afiliado, pero a más tardar 72 horas después de recibir la solicitud si CarePlus determina que la redeterminación debe manejarse como una solicitud acelerada.

Información sobre la fuente del precio y el costo máximo permitido (MAC, por sus siglas en inglés)

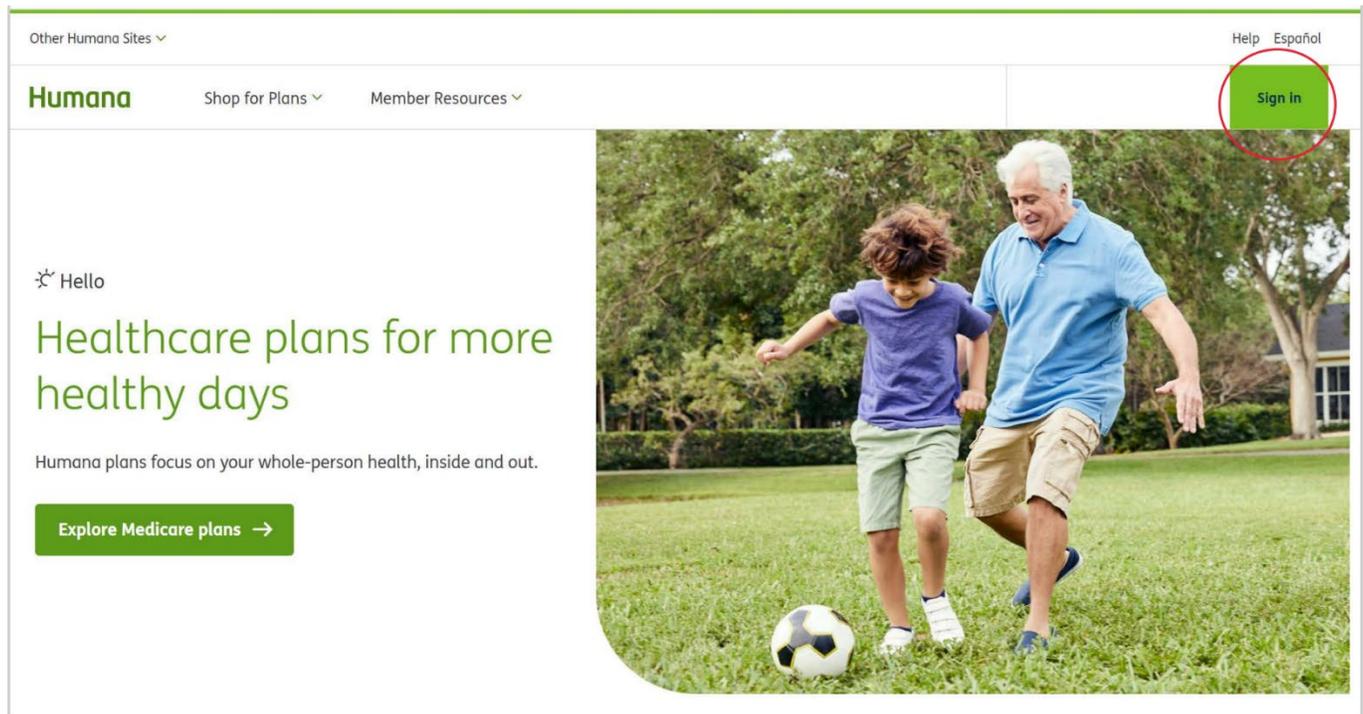
Fuente de precios

La fuente nacional de precios de medicamentos que se utiliza para determinar el precio promedio al por mayor de un medicamento recetado que no está incluido en la lista de MAC es Medi-Span.

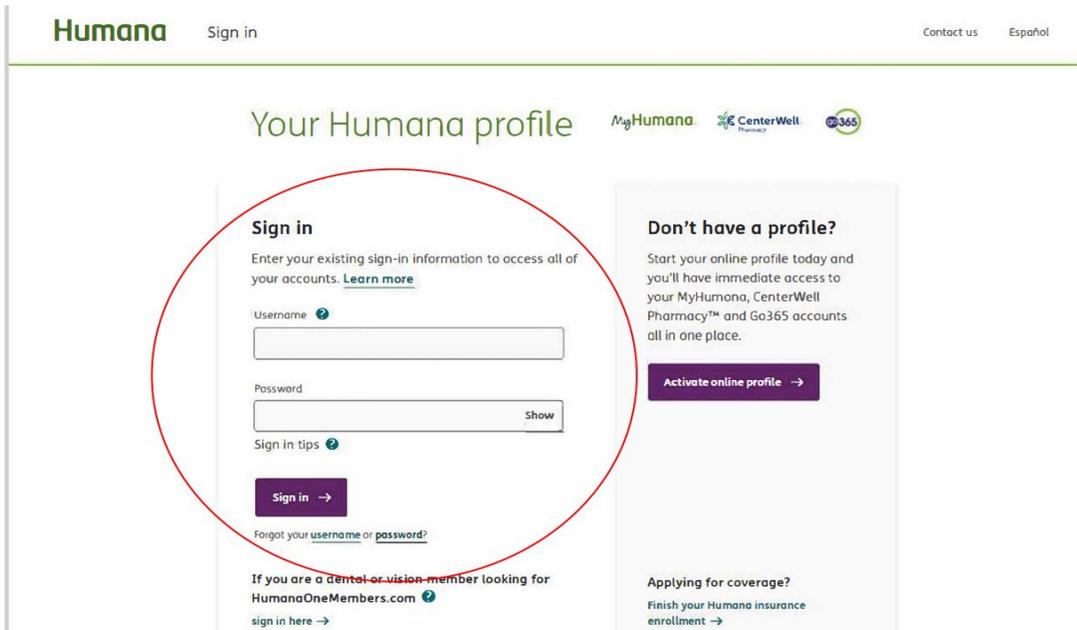
La fuente nacional de precios de medicamentos que se utiliza para determinar el costo de adquisición al por mayor de un medicamento recetado que no está incluido en la lista de MAC es First Databank.

Ubicación de la lista de MAC de la farmacia

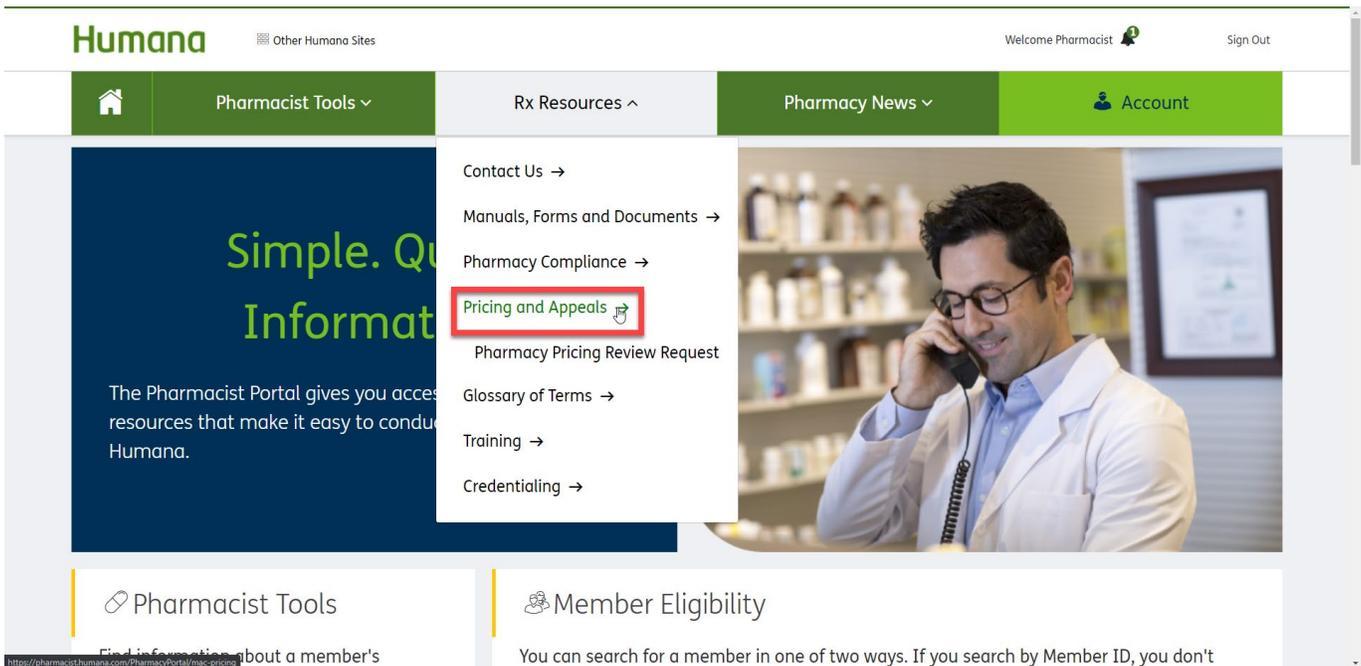
Cuando las farmacias de la red necesiten localizar la lista actual de MAC, pueden seguir los pasos a continuación en es-www.humana.com. Verán la pantalla a continuación. Seleccione el botón “Iniciar sesión” ubicado en la esquina superior derecha de la pantalla.



Luego, la farmacia debe ingresar el nombre de usuario y la contraseña que configuró al momento de suscribir el contrato con Humana. Si la farmacia no está segura de su nombre de usuario y contraseña, debe comunicarse con el equipo de contratación de farmacias a PharmacyContracting@humana.com y solicitar que se restablezca la cuenta del portal en línea de la farmacia.



Para la lista actual de MAC aplicable al NPI que la farmacia utilizó para registrar su cuenta, la cual incluye actualizaciones recientes, seleccione el enlace de “Precios y apelaciones”:



Una vez que la farmacia seleccione ese enlace, aparecerá un cuadro de búsqueda de MAC. Cierre la casilla y seleccione la lista adecuada en el menú desplegable. La lista elegida aparecerá únicamente como descarga o se cargará en la página.

Una farmacia de la red con una disputa sobre precios debe seguir los pasos a continuación para enviar un formulario de revisión de precios a Humana. Seleccione “Pharmacy Pricing Review Request” (Solicitud de revisión de precios de farmacia) en la esquina superior derecha.

Humana Other Humana Sites Welcome Pharmacist Sign Out

Pharmacist Tools Rx Resources Pharmacy News Account

Pharmacist Portal / Rx Resources / Pricing and Appeals

Pricing and Appeals

Export Excel File Pharmacy Pricing Review Request

Source List Date of Fill

Select Source List mm/dd/yyyy Include inactive price records

Generic Code Number (GCN) NDC Number Drug Name

Enter Generic Code Number Enter NDC Number Enter Drug Name Search

Para iniciar el proceso de disputa, la farmacia debe completar todos los campos del formulario y devolverlo a Humana; para ello, debe seleccionar el botón **“Submit”** (Enviar) ubicado en la esquina inferior derecha del formulario.

Cuando se reciba el formulario, Humana comenzará el proceso de investigación e informará a la farmacia por fax o correo electrónico de los resultados de la disputa en un plazo de cinco días hábiles a partir de la fecha en que se recibió el formulario.

Programa NET para personas con ingresos limitados (LI NET, por sus siglas en inglés)

LI NET es un programa de Medicare que proporciona cobertura inmediata para medicamentos recetados a beneficiarios de Medicare que son elegibles para Medicaid o Ayuda adicional y no tienen cobertura para medicamentos recetados.

Tenga en cuenta estos detalles sobre LI NET:

- Los pacientes que cumplen con los requisitos deben ser elegibles para la Parte D de Medicare y Medicaid, para recibir Ayuda adicional o para recibir Ingreso suplementario de seguridad.
- El programa proporciona cobertura inmediata para medicamentos recetados en la farmacia; la inscripción se tramita al presentar la reclamación.
- Existen restricciones limitadas en la red de farmacias.
- No hay primas.
- La cobertura suele durar unos dos meses.
- Puede haber un reembolso retroactivo disponible para gastos de desembolso personal.

Los beneficiarios se pueden inscribir en el programa LI NET de cuatro maneras:

- Inscripción automática: inscripciones periódicas por parte de los CMS
- Punto de venta: inscripción por presentación de reclamación
- Retroactivo: solicitud de reembolso
- Formulario de inscripción en LI NET:

<https://Apps.Humana.com/Marketing/Documents.asp?file=3603210>

Confirmación de la elegibilidad

Para confirmar la elegibilidad para LI NET, envíe una consulta E1 (transacción de elegibilidad).

Resultados de E1	Categoría	Acción
ID del contrato = X0001	Paciente actualmente inscrito en LI NET	Enviar reclamación a LI NET utilizando datos de 4 medicamentos recetados
LICS/Ayuda adicional sin información del plan = SÍ	El paciente puede ser elegible para LI NET—aún no inscrito	Enviar reclamación a LI NET utilizando datos de 4 medicamentos recetados
LICS/Ayuda adicional sin información del plan = NO	Paciente no elegible para LI NET	Remitir paciente al ☒ 800-MEDICARE (633-4227)
N.º de BIN/PCN del plan	El paciente está inscrito en un plan de la Parte D de Medicare	Enviar reclamación al plan utilizando datos de 4 medicamentos recetados
Número de teléfono del plan	El paciente está inscrito en un plan de la Parte D de Medicare/problemas	Llamar al número de teléfono proporcionado

Información sobre la presentación de reclamaciones

Envíe las reclamaciones de farmacia electrónicas con la siguiente información:

BIN	PCN	ID. de grupo	ID del titular de la tarjeta	Campo opcional: ID del paciente
015599	05440000	Se puede dejar en blanco	Número de Medicare	ID de Medicaid o número del Seguro Social

Cómo puede un beneficiario solicitar un reembolso retroactivo:

- Complete el formulario de Reembolso directo para afiliados en es-www.humana.com/LI.NET.
- Adjunte una copia del recibo o una copia impresa de la farmacia y un comprobante de pago.
- Envíe por correo o por fax el formulario completo con el recibo a:
LI NET
P.O. Box 14310
Lexington, KY 40512-4310
Fax: **877-210-5592**

Preguntas

Si necesita ayuda o información, llame al servicio de asistencia de LI NET al **800-783-1307**.

Anexo A: Cobertura para medicamentos recetados de Medicare y sus derechos

Los CMS exigen que las farmacias de la red distribuyan a los beneficiarios el aviso “Cobertura para medicamentos recetados de Medicare y sus derechos”. Este aviso informa a los beneficiarios de Medicare sobre sus derechos de comunicarse con sus planes para obtener una determinación de cobertura o solicitar una excepción si no están de acuerdo con la información proporcionada por el farmacéutico. La información está disponible en: <https://www.cms.gov/Medicare/Appeals-and-Grievances/MedPrescriptDrugApplGriev/PlanNoticesAndDocuments>.

Se permite imprimir el aviso de farmacia en el material para etiquetas de medicamentos recetados o en un recibo de medicamentos recetados integrado, siempre y cuando el aviso se proporcione en una fuente de al menos 12 puntos. Se permite la distribución electrónica del aviso si el afiliado o el representante designado del afiliado han proporcionado una dirección de correo electrónico y han indicado su preferencia por ese método de comunicación.

Las farmacias con servicios de infusiones en el hogar deben distribuir al afiliado el aviso “Cobertura para medicamentos recetados de Medicare y sus derechos” en forma electrónica, por fax, en persona o por correo de primera clase con la celeridad que exija la afección médica del afiliado, pero a más tardar 72 horas después de que la farmacia reciba la respuesta de la transacción original que indica que la reclamación no está cubierta por la Parte D.

Los CMS exigen que, para resolver el asunto, las farmacias de LTC se comuniquen con el médico que receta o un miembro adecuado del personal del centro de LTC. Si el asunto no puede resolverse, la farmacia debe proporcionar a un miembro adecuado del personal del centro de LTC, al representante del afiliado, al médico que receta o al afiliado el aviso “Cobertura para medicamentos recetados de Medicare y sus derechos” con la celeridad que exija la afección de salud del afiliado, pero a más tardar 72 horas después de que la farmacia reciba la respuesta de la transacción original que indique que la reclamación no está cubierta por la Parte D.

Tenga en cuenta: Si el afiliado es un residente que paga con desembolso personal y la farmacia no puede surtir el medicamento recetado conforme al beneficio de la Parte D, la farmacia debe, al momento de recibir la respuesta a la transacción, enviar el aviso por fax o bien entregarlo al afiliado, al representante del afiliado, al médico que receta o al miembro correspondiente del personal en el centro de LTC. Después de la distribución del aviso, la farmacia de LTC debe continuar trabajando con el médico que receta o el centro para resolver el asunto y garantizar que el residente reciba el medicamento necesario o un sustituto adecuado.

Nombre del afiliado: _____ (Opcional)

Número de medicamento y receta: _____ (Opcional)

Cobertura para medicamentos recetados de Medicare y sus derechos

Sus derechos de Medicare

Usted **tiene derecho a solicitar una determinación de cobertura** de su plan de medicamentos de Medicare si no está de acuerdo con la información proporcionada por la farmacia. También **tiene derecho a solicitar un tipo especial de determinación de cobertura denominado “excepción”** si considera que necesita:

- un medicamento que no está en la lista de medicamentos cubiertos de su plan de medicamentos. La lista de medicamentos cubiertos también se conoce como “formulario”;
- una norma de cobertura (como una autorización previa o un límite de cantidad) no debe aplicársele por razones médicas; o
- usted necesita tomar un medicamento no preferido y desea que el plan lo cubra al precio de un medicamento preferido.

Qué necesita hacer

Usted o el médico que receta pueden contactar con el plan de medicamentos de Medicare para solicitar una determinación de cobertura al número telefónico gratuito del plan que se encuentra al reverso de su tarjeta de afiliación del plan, o mediante el sitio web del plan. Usted o el médico que receta pueden solicitar una decisión acelerada (24 horas) en caso de que su salud pudiera verse gravemente afectada por la espera de hasta 72 horas para una decisión. Esté preparado para decir a su plan de medicamentos de Medicare:

1. El nombre del medicamento recetado que no se surtió. Incluya la dosis y la concentración si las conoce.
2. El nombre de la farmacia que trató de surtir su receta.
3. La fecha en la que usted trató de surtir su receta.
4. Si solicita una excepción, el médico que receta deberá proporcionar al plan de medicamentos una declaración que explique por qué necesita usted el medicamento no preferido o no incluido en el formulario, o por qué la norma de la cobertura no debería aplicarse a usted.

Su plan de medicamentos de Medicare le proporcionará una decisión por escrito. Si no se aprueba la cobertura, el aviso del plan explicará por qué se denegó la cobertura y cómo solicitar una apelación si usted no está de acuerdo con la decisión del plan.

Consulte los documentos de su plan o llame al 1-800-Medicare para solicitar más información.

Declaración de divulgación de la PRA Según la Paperwork Reduction Act (Ley de Reducción de Trámites) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una solicitud de recopilación de información, a menos que

esta tenga un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El número de control válido de la OMB para esta recopilación es 0938-0975. Se calcula que el tiempo requerido para completar esta recopilación de información es de un promedio de 1 minuto por respuesta, incluido el tiempo para repasar las instrucciones, buscar recursos de información existentes, reunir los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si desea hacer algún comentario con respecto a la precisión de los cálculos de tiempo o tiene alguna sugerencia para mejorar este formulario, diríjase por escrito a CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Los CMS no discriminan en sus programas y actividades: Para solicitar este formulario en un formato accesible (p. ej., Braille, letra grande, o CD de audio), comuníquese con su Plan de medicamentos de Medicare. Si necesita ayuda para comunicarse con su plan, llame al: 1-800-MEDICARE.

Formulario CMS -10147

N.º de aprobación de la OMB 0938-0975 (Expira: 28/02/2025)

Nombre del beneficiario: _____ (opcional)

Número de receta y de medicamento: _____ (opcional)

La cobertura de Medicare de las recetas médicas y sus derechos

Sus derechos si tiene Medicare

Usted **tiene el derecho de solicitar una determinación de cobertura** de su plan Medicare de recetas médicas si está en desacuerdo con la información proporcionada por la farmacia. También tiene **el derecho de solicitar una determinación de cobertura especial conocida como “excepción”** si piensa que:

- Necesita un medicamento que no está en la lista de su plan. A la lista de medicamentos cubiertos se la conoce como “formulario”.
- Una regla de cobertura (como la autorización previa o un límite de cantidad) no debe aplicarse debido a su problema médico; o
- Necesita tomar un medicamento no preferido y usted quiere que su plan lo cubra al precio de un medicamento preferido.

Lo que necesita hacer

Usted o la persona que le ha recetado el medicamento pueden pedirle al plan una determinación de cobertura, llamando al número gratis que aparece en la parte de atrás de la tarjeta del plan, o visitando el sitio web del plan. Usted o su médico pueden pedir una determinación acelerada (24 horas) si su salud pudiera estar en peligro si tiene que esperar 72 horas para obtener la respuesta. Usted tendrá que informarle al plan:

1. El nombre del medicamento que no pudo obtener, la dosis y concentración si lo sabe.
2. El nombre de la farmacia donde intentó obtener el medicamento.
3. La fecha en que intentó obtenerlo.
4. Si solicita una excepción, el médico que lo recetó tiene que enviarle a su plan una declaración explicándole el motivo por el cual usted necesita el medicamento que no está en el formulario, el medicamento no preferido o no se debe aplicar una regla de cobertura a usted.

Su plan Medicare de medicamentos recetados le comunicará su decisión por escrito. Si no aprueban la cobertura, la carta del plan le explicará el motivo y cómo apelar la decisión si no está de acuerdo.

Si desea más información, consulte los materiales del plan o llame al 1-800-MEDICARE.

Declaración sobre la Ley para la Reducción de Trámites De acuerdo con la Ley para la Reducción de Trámites de 1995 (PRA en inglés), las personas no están obligadas a responder una recopilación de información a menos que se exhiba un número de control de la oficina de Gerencia y Presupuesto (OMB en inglés) válido. El número de control de la OMB válido para esta recopilación de información es 0938-0829. El tiempo necesario para responder esta recopilación de información es de aproximadamente 10 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, reunir los datos necesarios y completar y revisar la

recopilación de información. Si tiene preguntas sobre la precisión de los tiempos estimados o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

CMS no discrimina en sus programas y actividades. Para solicitar esta publicación en un formato alternativo, llame al 1-800-MEDICARE o envíe un correo electrónico a:

AltFormat@cms.hhs.gov.

Formulario de CMS-10147-español

Número de OMB 0938-0972 (Expiración: 28/02/2025)

Anexo B: Declaraciones estatales sobre advertencias de fraude

Toda persona que, con la intención de defraudar o a sabiendas de que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o realice una declaración falsa o engañosa puede estar sujeta a procesamiento por fraude.

Al proporcionar estos avisos, ni Humana ni sus subsidiarias dan a entender que estén autorizadas a suscribir seguros en los 50 estados.

Alabama: Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o un beneficio, o que, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas retributivas o a encarcelamiento, o a cualquier combinación de ambas.

Alaska: Una persona que, a sabiendas y con la intención de herir, defraudar o engañar a una compañía de seguro, presenta una reclamación que contiene información incompleta o engañosa puede ser procesada en virtud de las leyes estatales.

Arizona: Para su protección, las leyes de Arizona exigen que la siguiente declaración figure en o acompañe a este formulario. Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el cobro de una pérdida queda sujeta a sanciones administrativas y penales. La autorización permanecerá vigente durante el plazo de su cobertura. Usted o su representante designado tienen derecho a recibir una copia de este formulario de reclamación.

Arkansas: Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o un beneficio, o que, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y encarcelamiento.

California: Para su protección, las leyes de California exigen que lo siguiente figure en o acompañe a este formulario. Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y encarcelamiento en una prisión estatal.

Colorado: Es ilegal facilitar información o datos erróneos, incompletos o engañosos a la compañía aseguradora con el propósito de defraudar o intentar defraudar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, denegación del seguro y perjuicios civiles. Toda compañía de seguro o agente de una compañía de seguro que a sabiendas facilite información o datos erróneos, incompletos o engañosos al titular de una póliza o al reclamante con el propósito de defraudar o intentar defraudar al titular de la póliza o al reclamante respecto al pago o a la adjudicación de beneficios pagaderos con los fondos del seguro será denunciado ante el Department of Regulatory Agencies (Departamento de Agencias Reguladoras) de la Colorado Division of Insurance (División del Seguro de Colorado).

Delaware: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito.

District of Columbia: ADVERTENCIA: Es un delito proporcionar información falsa o engañosa a una aseguradora con el propósito de defraudar a la aseguradora o a cualquier otra persona. Las sanciones incluyen encarcelamiento y/o multas. Además, una aseguradora puede denegar beneficios del seguro

si la información falsa relacionada sustancialmente con una reclamación fue proporcionada por el solicitante.

Florida: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora, presente una declaración de reclamación o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito de tercer grado.

Hawaii: Para su protección, la ley de Hawaii exige que se le informe que el hecho de presentar una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida o un beneficio constituye un delito punible con multas o encarcelamiento, o ambos.

Idaho: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar o engañar a cualquier compañía de seguro, presente una declaración que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito.

Indiana: Una persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier aseguradora, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa comete un delito.

Kansas: Cualquier persona que, con la intención de defraudar o a sabiendas de que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o una reclamación que contenga una declaración falsa o engañosa puede estar sujeta a procesamiento por fraude y ser culpable de fraude a una aseguradora según lo determine un tribunal.

Kentucky: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguro u otra persona, presente una declaración de reclamación que contenga información sustancialmente falsa u oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier hecho material, comete un acto de fraude al seguro, lo cual constituye un delito.

Louisiana: Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o un beneficio, o que, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas.

Maine: Es un delito proveer, a sabiendas, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguro con el propósito de defraudar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas y la denegación de beneficios del seguro.

Maryland: Toda persona que, a sabiendas O voluntariamente, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o un beneficio, O que a sabiendas o voluntariamente presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y encarcelamiento.

Minnesota: Cualquier persona que presente una reclamación con la intención de defraudar o que ayude a cometer un fraude contra una aseguradora es culpable de un delito.

New Hampshire: Cualquier persona que, con el propósito de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguro, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa está sujeta a enjuiciamiento y sanciones por fraude al seguro, según lo dispuesto en la Sección 20 del Capítulo 638 de los Estatutos Revisados Anotados (RSA, por sus siglas en inglés).

New Jersey: Cualquier persona que, a sabiendas, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa o engañosa está sujeta a sanciones penales y civiles.

New Mexico: Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o un beneficio, o que, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas civiles y sanciones penales.

New York: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguro o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga información falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier hecho sustancial, comete un acto de fraude al seguro, lo cual constituye un delito, y está sujeta a una multa civil que no superará los cinco mil dólares y el valor establecido de la reclamación por cada infracción.

Ohio: Toda persona que, con la intención de defraudar o a sabiendas de que está facilitando un fraude contra una aseguradora, envíe una solicitud o presente una reclamación que contenga una declaración falsa o engañosa es culpable de fraude al seguro.

Oklahoma: ADVERTENCIA: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora, presente una reclamación por fondos de una póliza de seguro que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito.

Oregon: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguro u otra persona: (1) presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga información sustancialmente falsa; o bien (2) oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier hecho material, puede haber cometido un acto de fraude al seguro.

Pennsylvania: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguro u otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga información sustancialmente falsa u oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier hecho material, comete un acto de fraude al seguro, lo cual constituye un delito, y está sujeta a sanciones civiles y penales.

Puerto Rico: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar, presente información falsa en una solicitud de seguro o presente, ayude a presentar o haga presentar una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida o cualquier otro beneficio, o presente más de una reclamación para el mismo daño o pérdida, incurrirá en un delito y, luego de ser condenada, será sancionada por cada infracción con una multa que no será inferior a cinco mil dólares (\$5,000) y no será superior a diez mil dólares (\$10,000), o con encarcelamiento durante una cantidad fija de tiempo de tres (3) años, o ambas sanciones. Si existieran circunstancias agravantes, la sanción establecida entonces podría incrementarse a un máximo de cinco (5) años; si existieran circunstancias atenuantes, podría reducirse a un mínimo de dos (2) años.

Rhode Island: Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o un beneficio, o que, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y encarcelamiento.

Tennessee: Es un delito proveer, a sabiendas, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguro con el propósito de defraudar a la compañía. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas y la denegación de beneficios del seguro.

Texas: Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y encarcelamiento en una prisión estatal.

Utah: Cualquier persona que, a sabiendas, presente información de suscripción falsa o fraudulenta, presente o haga presentar una reclamación falsa o fraudulenta para compensación por discapacidad o beneficios médicos, o presente un informe o una factura de honorarios de cuidado de la salud u otros servicios profesionales que sean falsos o fraudulentos es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y encarcelamiento en una prisión estatal.

Virginia: Cualquier persona que, con la intención de defraudar o sabiendo que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o una reclamación que contenga una declaración falsa o engañosa puede haber violado la ley estatal.

Washington: Es un delito facilitar, a sabiendas, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguro con el propósito de defraudar a la compañía. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas y denegación de beneficios del seguro.

West Virginia: Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o un beneficio, o que, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y encarcelamiento.