



Política de transición de 2022 de cobertura para medicamentos recetados de la Parte D de Humana

Identificaciones de contrato:

H0028, H0292, H0336, H0473, H0783, H1019, H1036, H1468, H1951, H2029, H2463, H2486, H2944, H3533, H4007, H4141, H4461, H4623, H5178, H5216, H5377, H5525, H5619, H5970, H6622, H7284, H7617, H7621, H8087, H8145, H8908, H9070, R0110, R0865, R0923, R1390, R1532, R3392, R3887, R4182, R4845, R5361, R5495, R5826, R7220, R7315, S2874, S5552, S5884

Humana quiere estar seguro de que usted, como afiliado nuevo o existente, haga de forma segura la transición al año del plan 2022. En 2022, es posible que no pueda recibir su tratamiento farmacológico actual si el medicamento:

- No está en la lista de medicamentos del formulario de Humana (es decir, “no está en el formulario” o “no está cubierto”) o
- Tiene requisitos de control de la utilización, como autorización previa, límites de cantidad o requisitos de terapia por fases

Suministro de transición por única vez en una farmacia minorista o de pedido por correo

A partir del 1º de enero de 2022, si tiene capacidad limitada de recibir el tratamiento recetado actual:

- Humana cubre un suministro único por 30 días de un medicamento cubierto de la Parte D *salvo que* la receta se haga por menos de 30 días (en cuyo caso Humana permitirá varios surtidos hasta alcanzar un total de 30 días de medicamento) durante los primeros 90 días de elegibilidad para el año actual del plan o durante los primeros 90 días desde su inscripción, a partir de la fecha de vigencia de la cobertura, si las recetas del tratamiento actual se presentan en una farmacia de venta minorista/de pedido por correo. Humana proporcionará repeticiones de recetas para los medicamentos recetados que se despachen por una cantidad menor que la cantidad escrita debido a límites de cantidad con fines de seguridad o revisiones de utilización que se basen en etiquetado aprobado de productos.
- Después de que reciba un suministro de transición, recibirá una carta explicando la naturaleza temporal del suministro de medicamentos de transición. Después de que reciba la carta, hable con su médico y decida si debe cambiar a un medicamento alternativo o solicitar una excepción o autorización previa. Es posible que Humana no pague por nuevas recetas de medicamentos de suministro temporal hasta que se solicite y apruebe una excepción o autorización previa.

Suministro de transición para residentes en centros de cuidado médico a largo plazo

Humana ayuda a los afiliados que se encuentran en centros de cuidado a largo plazo que están haciendo una transición entre planes, reciben beneficios de Medicare y beneficios completos de Medicaid, o presentan una excepción o una solicitud de apelación. Para los residentes de centros de cuidado a largo plazo, Humana cubre un suministro por 31 días *salvo que* la receta se haga por menos de 31 días (en ese caso, Humana permitirá varios surtidos

hasta alcanzar un total de hasta 31 días de medicamento) de un medicamento cubierto de la Parte D. Esta cobertura se ofrece en cualquier momento durante los primeros 90 días de elegibilidad del año del plan actual o durante los primeros 90 días desde su inscripción, que comienzan en la fecha de vigencia de la cobertura, si las recetas del tratamiento actual se presentan en una farmacia de cuidado médico a largo plazo.

Si su capacidad para recibir su terapia con medicamentos es limitada, pero han pasado los primeros 90 días de afiliación a su plan, Humana cubrirá un suministro de emergencia por 31 días, *salvo que* la receta se haga por menos de 31 días. En ese caso, Humana permitirá varios surtidos hasta alcanzar un total de 31 días de un medicamento cubierto de la Parte D, para que pueda continuar con el tratamiento mientras solicita una excepción o autorización previa.

Si lo admitirán en un centro de cuidado a largo plazo o le darán el alta de este, se le permitirá tener acceso a una repetición de receta al momento de la admisión o del alta, y no se aplicarán las revisiones de repetición temprana.

Suministro de transición para afiliados actuales

Durante todo el año del plan, es posible que su tratamiento tenga cambios debido al nivel de cuidado que necesita. Entre esas transiciones se incluyen:

- afiliados que cambian de un hospital o centro de enfermería especializado a cuidado domiciliario;
- afiliados que cambian de cuidado domiciliario a un hospital o centro de enfermería especializado;
- afiliados que cambian de un centro de enfermería especializado a otro, atendido por 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 deben comenzar a usar los beneficios del plan de la Parte D;
- afiliados que salen de la categoría de cuidado de hospicio y vuelven a la cobertura estándar de la Parte A y la Parte B de Medicare;
- afiliados que salen de hospitales para enfermos psiquiátricos crónicos con regímenes de medicamentos altamente individualizados.

Para estos cambios de situaciones de tratamientos, Humana cubre hasta un suministro por 31 días de un medicamento cubierto de la Parte D. Si cambia varias veces de situación de tratamiento dentro del mismo mes, deberá solicitar una excepción o autorización previa y recibir aprobación para la cobertura continua del medicamento.

Humana revisará dichas solicitudes de continuación de tratamiento en forma individual, si usted tiene un régimen de medicamento estabilizado que podría plantear riesgos en caso de alterarse.

Transición de un año de contrato a otro

Humana proporciona un proceso de transición para los afiliados actuales de conformidad con el proceso de transición que se requiere para los nuevos afiliados. Para los afiliados actuales cuyos medicamentos se verán afectados por cambios negativos en el formulario en el próximo año, Humana realizará una transición significativa que proporcionará un proceso de transición

al comienzo del nuevo año de contrato. Humana también prorroga la política de transición a través de los años de contrato por si un afiliado se inscribe en un plan con una fecha de vigencia de inscripción del 1 de noviembre o 1 de diciembre y necesita acceso a un suministro de transición.

Distinción de nuevas recetas

Humana asegura que aplicará todos los procesos de transición a una receta nueva para medicamentos que no estén en la lista de medicamentos del formulario de Humana o que tengan requisitos de control de la utilización, si no puede distinguir entre una receta nueva y una receta en curso en el punto de venta. Para distinguir una terapia en curso, los afiliados deben tener un historial de reclamaciones mínimo de 108 días. Humana se fijará los 180 días anteriores, desde la fecha de vigencia del afiliado o el comienzo del año del plan actual, para verificar la utilización previa del medicamento, cuando el historial de reclamaciones está disponible.

Avisos para afiliados sobre la transición

La política de Humana es asegurar que se envíe un aviso del evento de transición al afiliado para la reclamación de transición. Todas las cartas de notificación de la política de transición se envían por correo a los afiliados a través de correo de primera clase de los Estados Unidos dentro de los tres (3) días hábiles posteriores a que el evento de surtido de transición sea reconocido por el sistema de adjudicación del punto de venta. Estas cartas dirán lo siguiente:

- El suministro de transición que se proporciona es temporal y no puede repetirse la receta fuera del período de transición, salvo que se apruebe una excepción del formulario u otra autorización;
- El afiliado debe trabajar con Humana, así como con el profesional que le receta, para cumplir con los requisitos de control de la utilización o para identificar alternativas terapéuticas adecuadas que estén en el formulario de Humana y que probablemente reduzcan sus costos;
- El afiliado tiene el derecho de solicitar una excepción al formulario, los plazos para procesar la excepción y el derecho del afiliado a solicitar una apelación si el patrocinador emite una decisión desfavorable; y
- Los procedimientos de Humana para solicitar excepciones.

Para los residentes de centros de cuidado a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) a los que se les haya despachado varios suministros de un medicamento de la Parte D en incrementos de 14 días (o menos), la carta de notificación de la política de transición se enviará por correo dentro de los tres (3) días hábiles después del procesamiento de la primera repetición temporal.

Avisos para profesionales que recetan sobre la transición

La política de Humana es asegurar que se envíe un aviso del evento de transición al profesional que receta que figura en los registros para la reclamación de transición. La carta para el profesional que receta proporciona la siguiente información:

- Nombre del afiliado
- Fecha de nacimiento del afiliado
- Nombre del medicamento
- Fecha de surtido
- Revisión del control de la utilización

- Instrucciones sobre cómo utilizar la herramienta de búsqueda de listas de medicamentos para proveedores de Humana
- Información sobre el proceso de determinación de cobertura de Humana

Costos compartidos de los medicamentos provistos a través de la política de transición

- Si en 2022 es elegible para el subsidio por ingresos limitados (LIS, por sus siglas en inglés), el copago o coseguro por un suministro temporal de medicamentos proporcionados durante el período de transición no superará el límite del LIS.
- Para los afiliados que no reciban el LIS, el copago o coseguro se basarán en los niveles aprobados de costos compartidos de medicamentos de su plan y serán coherentes con el nivel de costos compartidos que Humana cobraría por los medicamentos que no estén en el formulario que estén aprobados en virtud de una excepción de cobertura y los mismos costos compartidos de los medicamentos del formulario sujetos a las revisiones de control de utilización que se realizan durante la transición, que se aplicarían una vez que se cumplan los criterios de control de la utilización.

Extensión de transición

Humana tomará medidas para seguir suministrándole los medicamentos que usted necesita mediante una extensión del período de transición, con el análisis individual de cada caso, siempre y cuando su solicitud de excepción o apelación no haya sido procesada al final del período mínimo de transición y hasta que se haya hecho una transición (ya sea a través del cambio a un medicamento adecuado del formulario o una decisión sobre una solicitud de excepción).

Comité de farmacia y terapias

El Comité de farmacia y terapias (P&T, por sus siglas en inglés) supervisa la lista de medicamentos del formulario de la Parte D de Humana y las políticas relacionadas. El comité de P&T diseñó estas políticas para determinados medicamentos de la Parte D. Las políticas están diseñadas para asegurarse de que el medicamento se utilice en función de pautas clínicas aceptadas por razones médicas para indicaciones en las que se haya demostrado que el medicamento es seguro y eficaz, y se haya recetado de acuerdo con las recomendaciones del fabricante.

Después de recibir su suministro temporal de un medicamento de la Parte D, su medicamento puede requerir revisión médica si:

- No está en la lista de medicamentos del formulario o
- Tiene requisitos de control de la utilización, como autorización previa, límites de cantidad o requisitos de terapia por fases

Si lo estabilizan con un medicamento que no está en la lista de medicamentos del formulario o con un medicamento que requiere autorización previa, límites de cantidad o ha probado otras alternativas al medicamento, el profesional que le receta puede proporcionar a Humana una declaración de su historia clínica para ayudar con el proceso de solicitud de autorización previa o de excepción.

Procedimientos para solicitar una excepción o cambiar de medicamento recetado

¿Cómo solicito una excepción?

El primer paso para solicitar una excepción es que usted o el profesional que le receta se comuniquen con nosotros. El profesional que le receta debe enviar una declaración que respalde su solicitud. La declaración del profesional que le receta debe indicar que el medicamento solicitado es necesario por razones médicas para el tratamiento de su afección porque ninguno de los medicamentos que cubrimos sería tan eficaz como el medicamento solicitado o tendría efectos adversos para usted. Si la excepción implica una autorización previa, un límite de cantidad u otro límite que hayamos impuesto a ese medicamento, la declaración del profesional que receta debe indicar que la autorización previa o el límite no serían adecuados por su afección o tendría efectos adversos para usted.

Una vez que se envíe la declaración del profesional que receta, debemos notificarle nuestra decisión a más tardar en 24 horas, si la solicitud fue acelerada, o a más tardar en 72 horas, si la solicitud es una solicitud estándar. Su solicitud será acelerada si nosotros determinamos o si el profesional que receta nos informa que su vida, salud o capacidad de recuperar el máximo de sus funciones podrían correr grave peligro por esperar una solicitud estándar.

¿Qué ocurre si deniegan mi solicitud?

Si su medicamento no está cubierto en nuestra lista de medicamentos del formulario o está cubierto en nuestra lista de medicamentos del formulario, pero hemos impuesto un requisito de control de la utilización, como una autorización previa, terapia por fases o límite de cantidad, puede preguntarnos si cubrimos otro medicamento que se utilice para tratar su afección médica. Si cubrimos otro medicamento para su afección, le recomendamos que pregunte al profesional que receta si estos medicamentos que cubrimos son una opción para usted.

Si se deniega su solicitud, usted también tiene derecho a presentar una apelación; para hacerlo, debe solicitarnos que revisemos la decisión de denegar su solicitud. Esta apelación debe ser presentada dentro de los 60 días calendario posteriores a la fecha de la decisión de rechazo.

Si necesita ayuda para solicitar una excepción o apelación, ayuda para cambiar a un medicamento alternativo o para obtener más información sobre nuestra política de transición, llame al número del servicio de atención al cliente que aparece al reverso de su tarjeta de identificación. Los formularios de solicitud de autorización previa y de excepción están disponibles para usted y el profesional que receta en el sitio web de Humana, www.humana.com/pharmacy/prescription-coverages/prior-authorization-medication-approvals, o llamando al servicio de atención al cliente, para pedir que se lo envíen por correo postal, fax o correo electrónico.

Aviso público sobre la política de transición

Esta política de Transición está disponible en el sitio web de Humana, www.humana.com/pharmacy/prescription-coverages/medicare-claim-forms, en el mismo lugar donde se muestran las políticas y formularios de Medicare.

Importante

En Humana, es importante que usted reciba un trato justo.

Humana Inc. y sus subsidiarias no discriminan ni excluyen a las personas por motivos de raza, color de la piel, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, género, identidad de género, ascendencia, origen étnico, estado civil, religión o idioma. La discriminación es contra la ley. Humana y sus subsidiarias cumplen con las leyes de derechos civiles federales aplicables. Si usted cree que Humana o sus subsidiarias le han discriminado, hay formas de obtener ayuda.

- Puede presentar una queja, también conocida como queja formal, a:
Discrimination Grievances, P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618
Si necesita ayuda para presentar una queja formal, llame al **1-877-320-1235** o bien, si utiliza un **TTY**, llame al **711**.
- También puede presentar una queja de derechos civiles ante el **Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.**, Oficina de Derechos Civiles, por medios electrónicos a través de su Portal de quejas disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o a **U.S. Department of Health and Human Services**, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, **1-800-368-1019**, **800-537-7697 (TDD)**. Los formularios de quejas están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.
- **Residentes de California:** También puede llamar a la línea directa gratuita del California Department of Insurance (Departamento de seguros de California): **1-800-927-HELP (4357)**, para presentar una queja formal.

Tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos. 1-877-320-1235 (TTY: 711)

Humana provee recursos y servicios auxiliares gratuitos como, por ejemplo, intérpretes acreditados de lenguaje de señas, interpretación remota por video e información escrita en otros formatos para personas con discapacidades cuando dichos recursos y servicios auxiliares sean necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades de participación.

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-877-320-1235 (TTY: 711). Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-877-320-1235 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-877-320-1235 (TTY: 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-877-320-1235 (TTY: 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-877-320-1235 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-877-320-1235 (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-877-320-1235 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-877-320-1235 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-877-320-1235 (TTY: 711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-877-320-1235 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على (1-877-320-1235 (TTY: 711). سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-877-320-1235 (TTY: 711) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-877-320-1235 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugues: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-877-320-1235 (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-877-320-1235 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-877-320-1235 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康健康保険と薬品処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-877-320-1235 (TTY: 711) にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。