

Política de transición de 2017 para la cubierta de medicamentos recetados de la Parte D de Humana

Id. del Contrato:

H0028, H0336, H1019, H1036, H1291, H1406, H1418, H1468, H1510, H1716, H1951, H2012, H2029, H2486, H2649, H2944, H2949, H3480, H3533, H4007, H4141, H4145, H4461, H5216, H5415, H5525, H5619, H5970, H6609, H6622, H6859, H8145, H8908, H8953, R5826, S2874, S5552, S5884

Humana quiere asegurar que usted, en calidad de afiliado actual o nuevo, tenga una transición segura al año del plan 2017. En 2017, es posible que no pueda recibir su terapia de medicamentos actual si el medicamento:

- no forma parte de la lista de medicamentos de Humana (es decir “no está en el formulario”) o
- tiene requisitos o límites, como autorización previa, límites de cantidad o terapia escalonada.

Costo compartido para los medicamentos brindados a través de la Política de transición

Si usted es elegible para un subsidio por bajos ingresos (LIS, por sus siglas en inglés) en 2017, su copago o coaseguro para un suplido temporero de medicamentos brindado durante el periodo de transición no excederá el límite del LIS. Para los afiliados que no reciben LIS, el copago o coaseguro estará basado en los niveles aprobados de costo compartido de medicamentos para su plan y que es consistente con el nivel de costo compartido que Humana cobraría por medicamentos que no están en el formulario y que se aprueban de acuerdo a una excepción de cubierta, y por el mismo costo compartido por medicamentos del formulario que están sujetos a cambios de requisitos o límites previstos durante la transición que aplicarían una vez cumplidos los requisitos o límites.

Suplido de transición por única vez en una farmacia al detal o de envío por correo

A partir del 1 de enero de 2017, en caso de que esté limitada su capacidad para recibir su terapia actual de medicamentos:

- Humana brindará cubierta por una sola vez de un suplido de 30 días de un medicamento cubierto por la Parte D, *a menos que* la receta indique menos de 30 días (caso en el cual Humana permitirá que adquiera el medicamento varias veces hasta proveer un total de 30 días del medicamento) durante los primeros 90 días de su elegibilidad para el año del plan en curso, o durante los primeros 90 días desde su afiliación. Humana proveerá repeticiones de recetas de transición despachadas por una cantidad menor a la indicada en la misma debido a límites de cantidad por seguridad o debido a modificaciones en el uso del medicamento basadas en la información aprobada del producto.
- Después del suplido de 30 días, recibirá una carta que explica la naturaleza temporera del suplido de medicamentos de transición. Cuando reciba la carta, hable con su médico y decida si debe cambiar a una alternativa de medicamento o solicitar una excepción o autorización previa del medicamento. Es posible que Humana no pague

repeticiones de la receta de medicamentos de suplido temporero hasta que se haya solicitado y aprobado una excepción o autorización previa.

Suplido de transición para residentes de facilidades de cuidado a largo plazo

Humana colabora con los afiliados que residen en facilidades de cuidado a largo plazo, que se encuentran en transición entre planes y que tienen los beneficios de Medicare así como los beneficios completos de Medicaid, o que presentan una solicitud de apelación o excepción. En el caso de los residentes de facilidades de cuidado a largo plazo, Humana cubrirá un suplido de 31 días (a menos que el afiliado presente una receta que indique menos) y repeticiones adicionales por un suplido de hasta un total de 98 días de un medicamento cubierto por la parte D. Esta cubierta se ofrece en cualquier momento durante los primeros 90 días de elegibilidad para el año del plan en curso o durante los primeros 90 días de su afiliación, cuando lleve su receta del medicamento actual a una farmacia de cuidado a largo plazo. Si su capacidad para recibir la terapia de medicamentos está limitada —pero ya han pasado los primeros 90 días de afiliación en su plan— Humana cubrirá un suplido de 31 días de emergencia *a menos que* la receta indique menos de 31 días. En dicho caso, Humana permitirá que adquiera el medicamento cubierto por la Parte D hasta un total de 31 días de manera que usted pueda continuar con su terapia mientras consigue una excepción o autorización previa. Si es admitido o dado de alta de una facilidad de cuidado a largo plazo, podrá obtener una repetición de la receta luego de la admisión o del alta y no se aplicarán rechazos relacionados a la repetición anticipada de la receta.

Suplido de transición para afiliados actuales

A lo largo del año del plan, es posible que se produzca un cambio en el lugar de su tratamiento debido al nivel de cuidado que usted necesita. Estas transiciones incluyen:

- Afiliados que son dados de alta de un hospital o facilidad de enfermería diestra para volver a sus hogares.
- Afiliados que dejan sus hogares y son admitidos en un hospital o facilidad de enfermería diestra.
- Afiliados que son transferidos de una facilidad de enfermería diestra a otra y reciben servicios de una farmacia diferente.
- Afiliados que terminan su estadía en una facilidad de enfermería diestra cubierta por la Parte A de Medicare —en la que los pagos incluyen todos los cargos de farmacia— y que deben usar su beneficio del plan de la Parte D.
- Afiliados que cambian de estado de hospicio y vuelven a la cubierta estándar de la Parte A y B de Medicare.
- Afiliados dados de alta de hospitales psiquiátricos para pacientes crónicos con regimenes de medicamentos altamente individualizados.

Para estos cambios en el lugar de tratamiento, Humana cubrirá un suplido de hasta 31 días de un medicamento cubierto de la Parte D. Si cambia de lugar de tratamiento muchas veces durante el mismo mes, es posible que tenga que solicitar una excepción o autorización previa y recibir aprobación para una cubierta continua del medicamento.

Humana revisará estas solicitudes para continuar el tratamiento, caso por caso, cuando se establezca en un régimen de medicamentos que, de alterarse, presentaría un riesgo.

Prórroga de la transición

Humana dispone de medidas para continuar proveyéndole los medicamentos necesarios mediante una prórroga del período de transición, caso por caso, siempre que su solicitud de excepción o apelación no haya sido procesada antes del fin del período de transición mínimo y hasta el momento en que se haya hecho una transición (ya sea mediante un cambio a un medicamento del formulario apropiado o de una decisión sobre una solicitud de excepción).

Comité de Farmacia y Terapéutica

El Comité de Farmacia y Terapéutica (P&T, por sus siglas en inglés) supervisa la lista de medicamentos de la Parte D de Humana y las políticas relacionadas. El Comité P&T diseñó estas políticas para ciertos medicamentos de la Parte D. Las políticas están diseñadas para garantizar que el medicamento se utilice basado en las guías clínicas médicamente aceptadas para las indicaciones en las que el medicamento haya demostrado ser seguro y efectivo y se recete de acuerdo con las recomendaciones del fabricante.

Una vez que reciba su suministro temporero de un medicamento de la Parte D, es posible que este requiera una revisión médica si:

- no forma parte de la lista de medicamentos; o
- tiene requisitos o límites, como autorización previa, límites de cantidad o terapia escalonada.

Si usted está estable con un medicamento no incluido en la lista de medicamentos o con un medicamento que requiere autorización previa o límites de cantidad, o si ha probado otras alternativas de medicamento, su médico puede proveer a Humana un informe de su historial clínico para ayudar con el proceso de solicitud de excepción o autorización previa.

Procedimientos para solicitar una excepción o cambiar de medicamento recetado ¿Cómo solicito una excepción?

El primer paso para solicitar una excepción es pedirle al médico que le receta el medicamento que nos contacte. El médico debe presentar un informe que respalde su solicitud. La justificación médica debe indicar que el medicamento solicitado es necesario por razones médicas para el tratamiento de su condición porque ninguno de los medicamentos que cubrimos tendría la misma eficacia que el medicamento solicitado o le produciría efectos adversos. Si la excepción implica una autorización previa, límite de cantidad u otro límite que hayamos asignado al medicamento, la justificación médica debe indicar que la autorización previa, o límite, no sería apropiada dada su condición o tendría efectos adversos para usted.

Una vez presentada la justificación del médico, debemos notificarle sobre nuestra decisión en un plazo máximo de 24 horas si la solicitud es acelerada, o en un plazo máximo de 72 horas si la solicitud es de tipo estándar. Su solicitud será acelerada si nosotros determinamos o si su médico nos informa que su vida, salud o capacidad para 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 nuestro formulario o si está cubierto pero le hemos aplicado requisitos o límites, como autorización previa, terapia escalonada o límite de cantidad, puede preguntarnos si cubrimos otro medicamento que se utilice para el tratamiento de su condición médica. Si cubrimos otros medicamentos para su condición, le recomendamos que pregunte a su médico si los medicamentos que cubrimos son una opción para usted.

Si su solicitud es denegada, también tiene derecho a apelar la decisión. En tal caso, debe solicitarnos una revisión de la decisión de denegación. Esta apelación debe ser presentada en un plazo de 60 días calendario a partir de la fecha de la decisión de denegación.

Si necesita asistencia para solicitar una excepción o apelación, ayuda para cambiar a una alternativa de medicamento o más información sobre nuestra política de transición, llame al número de Servicio al cliente que está al dorso de su tarjeta de identificación. Los formularios de solicitud de excepción y autorización previa están a disposición suya y del médico que le receta en la página de Internet de Humana, **Humana.com**, o pueden llamar al Departamento de Servicio al cliente para que se los enviemos por correo, fax o correo electrónico.

Notificación al público sobre la política de transición

Esta Política de transición se encuentra disponible en la página de Internet de Humana, **Humana.com**, en la misma sección donde se muestra el formulario de la Parte D.

Humana es una organización HMO, PPO y PFFS de Medicare Advantage y un plan de medicamentos recetados independiente con un contrato de Medicare. La afiliación en cualquier plan de Humana depende de la renovación del contrato.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, contacte al plan. Se pueden aplicar limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios y el costo compartido de los afiliados pueden cambiar el 1 de enero de cada año.

El formulario puede cambiar en cualquier momento. Recibirá una notificación cuando sea necesario.

La discriminación es ilegal

Humana cumple con todas las leyes aplicables de derechos civiles federales y no discrimina por motivos de raza, color de la piel, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Humana no excluye ni trata de manera diferente a nadie por motivos de raza, color de la piel, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo.

Humana provee:

- Ayudas y servicios auxiliares gratuitos, como por ejemplo intérpretes cualificados para hablar por señas, interpretación remota por video e información escrita en otros formatos para personas con discapacidades cuando dichas ayudas y servicios auxiliares sean necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades de participación.
- Servicios gratuitos de idiomas a personas cuyo idioma principal no es el inglés, cuando esos servicios son necesarios para tener acceso significativo, como documentos traducidos o interpretación oral.

Si necesita estos servicios, llame al número que está en su tarjeta de identificación, si utiliza un TTY, llame al 711.

Si usted cree que Humana ha fallado en proveer estos servicios o discriminado de otra forma por motivos de raza, color de la piel, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal ante:

Discrimination Grievances
P.O. Box 14618
Lexington, KY 40512 - 4618

Si necesita ayuda para presentar una queja formal, llame al número que está en su tarjeta de identificación o bien, si utiliza un TTY, llame al 711.

También puede presentar una queja de derechos civiles con el **Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos**, Oficina de Derechos Civiles por medios electrónicos a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, en:
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o por teléfono al:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019 800-537-7697 (TDD)

Los formularios para quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

Multi-Language Interpreter Services

English: ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-281-6918 (TTY: 711).

Español (Spanish): ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-281-6918 (TTY: 711).

繁體中文 (Chinese): 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-281-6918 (TTY: 711)。

Tiếng Việt (Vietnamese): CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-281-6918 (TTY: 711).

한국어 (Korean): 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-281-6918 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

Tagalog (Tagalog – Filipino): PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-281-6918 (TTY: 711).

Русский (Russian): ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-281-6918 (телетайп: 711).

Kreyòl Ayisyen (French Creole): ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-281-6918 (TTY: 711).

Français (French): ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-281-6918 (ATS : 711).

Polski (Polish): UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-281-6918 (TTY: 711).

Português (Portuguese): ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-800-281-6918 (TTY: 711).

Italiano (Italian): ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-281-6918 (TTY: 711).

Deutsch (German): ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-281-6918 (TTY: 711).

日本語 (Japanese): 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-281-6918 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

فارسی (Farsi):

1-800-281-6918 اب ڊاشب می ڊراف ملشرا ی اب انگو ای ورت تصب ی ازب ال تی س ت د، ی کن می وگ ف نگ ار سی فانزب ڊ ڤرگا: وچت (TTY: 711) تماس بگیرید.

Diné Bizaad (Navajo): D77 baa ak0 n7n7zin: D77 saad bee y1n7[ti'go Diné Bizaad, saad bee 1k1'1n7da'1wo'd66', t'11 jiiik'eh, 47 n1 h0l=, koj8' h0d77lnih 1-800-281-6918 (TTY: 711).

العربية (Arabic):

1-800-281-6918 رقم ڊرت صلأ. مجان ال بلك ت و اف رت ؤال لغوي اعد قس مال خدمات إنفة، ال لغرادك حدثت ت كن إذا: حوظة مل (711). وال بكم ال صم هتة رقم

Y0040_TRANSALT1PDP_17b Accepted