

## Política de transición de 2017 para la cobertura para 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 el 2017, es posible que no pueda recibir su tratamiento con medicamentos actual si el medicamento:

- no forma parte de la lista de medicamentos de Humana (es decir, está "fuera del formulario") o
- tiene requisitos de administración de uso, como requisitos de autorización previa, límites de cantidad o terapia por fases.

### **Costo compartido para medicamentos suministrados a través de la Política de transición**

Si reúne los requisitos para el subsidio por ingresos bajos (LIS, por sus siglas en inglés) en 2017, su copago o coseguro por un suministro temporal de medicamentos provisto durante el período de transición no excederá su límite de LIS. Para los afiliados que no tienen LIS, el copago o coseguro se basará en las categorías de costos compartidos de medicamentos aprobados para su plan y es consistente con la categoría de costos compartidos que Humana cobraría para los medicamentos aprobados fuera de formulario bajo una excepción de la cobertura y los mismos costos compartidos para los medicamentos del formulario sujetos a las ediciones de administración de uso provistas durante la transición que aplicarían una vez que se cumplan los criterios de administración de uso.

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

A partir del 1 de enero de 2017, cuando su capacidad para recibir su tratamiento actual con medicamentos recetados esté limitada:

- Humana cubrirá por única vez un suministro de 30 días de un medicamento cubierto por la Parte D, *a menos que* la receta indique menos de 30 días (en cuyo caso Humana permitirá varios surtidos de la receta hasta cubrir 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 inscripción. Humana proveerá repeticiones de medicamentos recetados de transición que se despachen por una cantidad menor a la indicada en la misma debido a límites de cantidad por seguridad o a modificaciones en el uso del medicamento basadas en la información aprobada del producto.
- Una vez que tenga su suministro de 30 días, recibirá una carta en la que se explica el carácter temporal del suministro de medicamentos de transición. Cuando reciba la carta, hable con su médico y decida si debe cambiar a un medicamento alternativo o solicitar una excepción o la autorización previa del medicamento. Es posible que Humana no pague repeticiones de medicamentos recetados con suministro temporal hasta que se haya solicitado y aprobado una excepción o autorización previa.

### **Suministro de transición para residentes de centros de cuidado a largo plazo**

Humana colabora con los afiliados que residen en centros 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 cuidado a largo plazo, Humana cubrirá un suministro de 31 días (a menos que el afiliado presente una receta escrita por menos tiempo) y repeticiones de receta adicionales por un total de hasta 98 días de suministro de un medicamento con cobertura de la Parte D. Esta cobertura 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 inscripción, cuando surta su tratamiento actual con medicamentos en una farmacia de cuidado a largo plazo. Si su capacidad para recibir el tratamiento con medicamentos está limitada, pero ya han pasado los primeros 90 días de afiliación en su plan, Humana cubrirá un suministro de emergencia de 31 días *a menos que* la receta esté hecha para un período menor a 31 días. En dicho caso, Humana permitirá múltiples surtidos de medicamentos para proporcionar un medicamento cubierto por la Parte D por un total de 31 días de manera que usted pueda continuar con su tratamiento mientras consigue una excepción o autorización previa. Si es admitido o dado de alta de un centro de cuidado a largo plazo, podrá acceder a una repetición de la receta después de la admisión o del alta y no se aplicarán ediciones anticipadas de la repetición de la receta.

### **Suministro de transición para afiliados actuales**

A lo largo del año del plan, es posible que se produzca un cambio en el ámbito de su tratamiento debido al nivel de cuidado médico que usted necesita. 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 terminan con su estadía en un centro de enfermería especializada 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 cobertura estándar de la Parte A y B de Medicare.
- Afiliados que reciben el alta de hospitales para pacientes psiquiátricos crónicos con regímenes de medicamentos altamente individualizados

Para estas modificaciones en el ámbito del tratamiento, Humana cubrirá un suministro de hasta 31 días de un medicamento cubierto de la Parte D. Si cambia el ámbito de tratamiento en varias ocasiones dentro de un mismo mes, es posible que deba solicitar una excepción o autorización previa y obtener la aprobación para la continuidad de la cobertura de su medicamento.

Humana revisará estas solicitudes de continuación del tratamiento considerando cada caso individualmente cuando usted tenga un régimen de medicamento estabilizado en el que se sabe que, si se altera, es sabido que tiene riesgos.

### **Extensión de la transición**

Humana dispone de medidas para continuar proveyéndole los medicamentos necesarios mediante una extensión 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 completado una transición (ya sea a través de un cambio a un medicamento del formulario apropiado o de una decisión sobre una solicitud de excepción).

### **Comité de Farmacia y Tratamientos**

El Comité de Farmacia y Tratamientos (P&T, por sus siglas en inglés) supervisa la lista de medicamentos de la Parte D de Humana y las políticas relacionadas. El Comité de P&T diseñó estas políticas para ciertos medicamentos de la Parte D. Las políticas fueron diseñadas para garantizar que el medicamento sea utilizado según pautas clínicas aceptadas desde el punto de vista médico para las indicaciones en las que el medicamento haya demostrado ser seguro y efectivo y sea recetado de acuerdo con las recomendaciones del fabricante.

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

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

Si usted tiene un régimen estabilizado con un medicamento no incluido en la lista de medicamentos o con un medicamento que requiere autorización previa, límites de cantidad o si ha probado otros medicamentos alternativos, su médico puede proveer a Humana un informe de su historia clínica para colaborar 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 se comunique con nosotros. El médico debe presentar un informe que avale la solicitud. El informe del médico debe indicar que el medicamento solicitado es necesario por razones médicas para el tratamiento de su afección porque ninguno de los medicamentos que cubrimos tendría la misma eficacia que el medicamento solicitado o le produciría efectos adversos a usted. Si la excepción implica una autorización previa, límite de cantidad u otro límite que hayamos asignado al medicamento, el informe del médico debe indicar que la autorización previa, o límite, no sería apropiada dada su afección o tendría efectos adversos para usted.

Una vez presentado el informe del médico, debemos notificarle sobre nuestra decisión en un plazo máximo de 24 horas, si la solicitud es acelerada, o bien 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 un requisito de administración de usos, como autorización previa, terapia por fases o límite de cantidad, puede preguntarnos si cubrimos otro medicamento que se utilice para el tratamiento de su afección médica. Si cubrimos otros medicamentos para su afección, le recomendamos que consulte 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 rechazo. Esta apelación debe ser presentada dentro de los 60 días calendario posteriores a la fecha de la decisión de rechazo.

Si necesita asistencia para solicitar una excepción o apelación, ayuda para cambiar a un medicamento alternativo o más información sobre nuestra política de transición, llame al número de Servicio al Cliente que está al reverso de su tarjeta de identificación. Los formularios de solicitud de excepción y autorización previa están a disposición suya y de su médico tratante en el sitio web de Humana, **Humana.com**, o bien pueden llamar al Servicio al Cliente para que se los enviemos por correo, fax o correo electrónico.

### **Notificación pública sobre la política de transición**

Esta Política de transición se encuentra disponible en el sitio web 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 con Medicare. La inscripción 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, comuníquese con el plan. Se pueden aplicar limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios y los costos compartidos 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 contra la ley**

**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, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

**Humana** proporciona:

- Ayudas y servicios auxiliares gratuitos, como por ejemplo intérpretes acreditados 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 para personas cuyo idioma principal no es el inglés, cuando dichos servicios sean necesarios para proporcionar acceso útil, tales como documentos traducidos o interpretación oral.

Si necesita estos servicios, llame al número que figura 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, origen nacional, 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 figura en su tarjeta de identificación 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 los Estados Unidos**, Oficina de Derechos Civiles, por medios electrónicos a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o por teléfono a:

**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. باشب می‌میراف مشاورای بانگو ایورتصیب یازب التی‌ست‌دی کن می‌وگد فنگ ار سی‌فازب به‌رگا: 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 رت صل. مجان ال بلك ت واف رت ال لغوي اعدس مال خدمات إنفة، ال لغرادك حدثت ت كن إذا: حوظة مل (711). وال بكم ال صم هتة رقم

Y0040\_TRANSALT1PDP\_17b Accepted