



Póliza de Transición del 2019

CarePlus desea garantizar que, como afiliado nuevo o existente, tenga una transición segura hacia el plan del año 2019. En el 2019, es posible que no reciba su tratamiento actual de medicamentos si el medicamento:

- No forma parte de la lista de medicamentos de CarePlus (es decir “no está en el formulario” o “no está cubierto”); o
- Tiene requisitos de administración de uso, como requisitos de autorización previa, límites de cantidad o terapia por pasos

Costo compartido para medicamentos proporcionados a través de la Política de transición

- Si es elegible para el subsidio por bajos ingresos (LIS, por sus siglas en inglés) en el 2019, su copago o coseguro, por un suministro temporal de medicamentos proporcionados 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 los niveles de costos compartidos de los medicamentos aprobados por su plan; y es consistente con los niveles de costos compartidos que CarePlus cobraría para medicamentos aprobados fuera del formulario bajo una excepción de la cobertura y los mismos costos compartidos para medicamentos del formulario sujetos a modificaciones de administración de uso provistos durante la transición que aplicarían una vez que se cumplan los criterios de administración de uso.

Suministro por única vez durante la transición en una farmacia minorista o de pedidos por correo

A partir del 1 de enero del 2019, en caso de que su capacidad para recibir su tratamiento actual con medicamentos recetados esté limitada:

- CarePlus 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, CarePlus permitirá varios surtidos de la receta hasta cubrir un suministro total de 30 días) durante los primeros 90 días de su elegibilidad para el año del plan en curso o durante los primeros 90 días desde su afiliación. CarePlus proveerá repeticiones de recetas 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 reciba un suministro de transición, recibirá una carta en la que se explica el carácter temporal del suministro de medicamentos de transición. Cuando reciba esta carta, hable con el médico que receta su medicamento y decida si debe cambiar a un medicamento

alternativo o solicitar una excepción o la autorización previa del medicamento. Es posible que CarePlus no pague repeticiones de recetas de medicamentos con suministro temporal hasta que se haya solicitado y aprobado una excepción o una autorización previa.

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

CarePlus 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, CarePlus cubrirá un suministro de 30 días a menos que la receta esté escrita por menos de 30 días (en cuyo caso CarePlus permitirá varios surtidos de la receta hasta cubrir un total de 30 días del medicamento) de un medicamento cubierto 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 afiliación, cuando surta su tratamiento actual de medicamentos recetados en una farmacia de cuidado a largo plazo. Si su capacidad para recibir el tratamiento de medicamentos recetados está limitada, pero ya han pasado los primeros 90 días de afiliación en su plan, CarePlus 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, CarePlus 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 modificaciones 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 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 de la Parte D del plan
- Afiliados que cambian de estado de hospicio y vuelven a la cobertura estándar de las Partes A y B de Medicare
- Afiliados que son dados de alta de hospitales para pacientes psiquiátricos crónicos con regímenes farmacológicos altamente individualizados.

Para estas modificaciones en el ámbito de tratamiento, CarePlus cubrirá un suministro de hasta 30 días de un medicamento cubierto por la Parte D. Si cambia de ámbito de tratamiento en varias

ocasiones dentro de un mismo mes, es posible que deba solicitar una excepción o una autorización previa, y obtener la aprobación para la continuidad de la cobertura de su medicamento.

CarePlus revisará estas solicitudes de continuación del tratamiento considerando cada caso individualmente si usted tiene un régimen farmacológico estabilizado en el que se sabe que las alteraciones conllevan riesgos.

Extensión de la transición

CarePlus dispone de medidas para continuar proveyéndole los medicamentos necesarios mediante una extensión del período de transición, caso a 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 terapéutica

El Comité de Farmacia y Terapéutica (P&T, por sus siglas en inglés) supervisa la lista de medicamentos de la Parte D de CarePlus 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 pasos

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, el médico que receta su medicamento puede proveer a CarePlus un informe de su historia clínica para colaborar con el proceso de solicitud de autorización previa o excepción.

Procedimientos para solicitar una excepción o cambiar de medicamentos recetados

¿Cómo solicito una excepción?

El primer paso para solicitar una excepción es que usted o el médico que receta su medicamento se contacte con nosotros. El médico que receta su medicamento debe presentar un informe que avale la solicitud. El informe del médico debe indicar que el medicamento solicitado es necesario por razones médicas para tratar 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, un límite de cantidad u otro límite que hayamos asignado al

medicamento, el informe del médico que receta su medicamento debe indicar que la autorización previa, o el límite, no sería adecuada dada su afección o que tendría efectos adversos para usted.

Una vez presentado el informe del médico que receta su medicamento, debemos notificarle 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 del día y la hora en que se recibió dicho informe. Su solicitud será acelerada si nosotros determinamos o si el médico que receta su medicamento 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 uso, como autorización previa, terapia por pasos 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 con el médico que receta su medicamento si los medicamentos que cubrimos son una opción para usted.

Si su solicitud se deniega, también tiene derecho a apelar pidiéndonos que revisemos la decisión denegada. Esta apelación debe ser presentada dentro de los 60 días calendarios a partir de la fecha del aviso escrito de denegación.

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 a Servicios para Afiliados al 1-800-794-5907; TTY: 711. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, atendemos los 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Usted también puede dejar un mensaje de voz fuera del horario de atención, sábados, domingos y feriados, y le devolveremos la llamada dentro de un día hábil.

Los formularios de solicitud de autorización previa y excepción están a disposición suya y de su médico tratante en el sitio web de CarePlus en www.careplushealthplans.com; o bien, puede llamar a Servicios para Afiliados para que se los envíen por correo o fax.

Notificación pública sobre la política de transición

Esta Política de transición se encuentra disponible en el sitio web de CarePlus, www.careplushealthplans.com, en la misma sección donde se muestra el formulario de la Parte D.

CarePlus es un plan HMO con un contrato de Medicare. La afiliación en CarePlus depende de la renovación del contrato.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-794-5907 (TTY: 711).

La discriminación es contra la ley

CarePlus Health Plans, Inc. ("CarePlus") cumple con las leyes federales de derechos civiles correspondientes y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, identidad de género, o religión. CarePlus no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, identidad de género, o religión. CarePlus proporciona:

- Asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Intérpretes capacitados de lenguaje de señas
 - Interpretación remota por video
 - Información escrita en otros formatos
- Servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, cuando dichos servicios son necesarios para proporcionar un acceso significativo, como los siguientes:
 - Intérpretes capacitados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita recibir estos servicios, llame al número que se encuentra en la parte posterior de su tarjeta de identificación de afiliado o comuníquese con Servicios para Afiliados usando la información a continuación.

Si considera que CarePlus no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, identidad de género, o religión, puede presentar una queja con:

CarePlus Health Plans, Inc. Atención: Departamento de Servicios para Afiliados. 11430 NW 20th Street, Suite 300. Miami, FL 33172.

Teléfono: **1-800-794-5907; (TTY: 711)**. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, atendemos los 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Usted también puede dejar un mensaje de voz fuera del horario de atención, sábados, domingos y feriados, y le devolveremos la llamada dentro de un día hábil. Fax: **1-800-956-4288**.

Puede presentar la queja en persona, por correo postal, teléfono o fax. Si necesita ayuda para hacer la queja, nuestros representantes de Servicio para Afiliados están a su disposición usando la información de contacto detallada anteriormente. También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights) de manera electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights Complaint Portal), disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación: **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)**. Puede obtener los formularios de quejas en el sitio web <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 1-800-794-5907 (TTY: 711).

Español (Spanish): ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-794-5907 (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 1-800-794-5907 (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 1-800-794-5907 (TTY: 711).

한국어 (Korean): 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-794-5907 (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 1-800-794-5907 (TTY: 711).

Русский (Russian): ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-794-5907 (телетайп: 711).

Kreyòl Ayisyen (French Creole): ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-794-5907 (TTY: 711).

Français (French): ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-794-5907 (ATS: 711).

Polski (Polish): UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-794-5907 (TTY: 711).

Português (Portuguese): ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-800-794-5907 (TTY: 711).

Italiano (Italian): ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-794-5907 (TTY: 711).

Deutsch (German): ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-794-5907 (TTY: 711).

ગુજરાતી (Gujarati): સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિઃશુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-800-794-5907 (TTY: 711).

ภาษาไทย (Thai): เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-800-794-5907 (TTY: 711).

Diné Bizaad (Navajo): Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiiik'eh, éí ná hóló, kojí' hódíílnih 1-800-794-5907 (TTY: 711).

العربية (Arabic):

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-794-5907 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).