



Política de Transición de la Parte D

Al ser miembro nuevo o existente para HealthSun Health Plans (HSHP) queremos asegurarnos que la transición de beneficios hacia el nuevo año sea lo más segura y fluida posible. Es posible que actualmente usted esté tomando medicamentos de la Parte D que no están en nuestro formulario, o que están en nuestro formulario, pero requieren una autorización previa, tienen requisito de terapia escalonada (terapia en pasos) u otra regla de utilización de medicamento aprobado por Medicare. En casos como estos, usted necesitará hablar con su médico acerca de las alternativas de terapias adecuadas que pueden estar disponibles para usted. Si no hay alternativa adecuada disponible, usted o su médico pueden solicitar una excepción. Si la excepción del formulario es aprobada, usted podrá obtener el medicamento durante un período de tiempo específico.

Si usted es identificado como un miembro en periodo de transición, usted será elegible para recibir un suministro de transición y se le enviará una carta con instrucciones sobre cómo proceder con el proceso de excepción. Los siguientes escenarios pueden aplicarse al proceso de transición:

- Miembros nuevos en HSHP durante el periodo de elección anual
- Miembros nuevos en HSHP que cambian de un plan a otro después del inicio del año de contrato
- Miembros recientemente elegibles para Medicare que pasan de otra cobertura a nuestro plan
- Miembros que se ven afectados por cambios negativos en el formulario que se dan de un año de contrato al siguiente año
- Miembros que soliciten una excepción, y para la cual no se emite una decisión oportuna al final del periodo de transición
- Miembros que permanecen en el mismo plan para el nuevo año y están en un medicamento que fue provisto como resultado de una excepción que se otorgó en el año anterior
- Miembros que residen en centros de atención a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés)
- Miembros actuales que experimenten un cambio en el nivel de atención de cuidado; incluyendo miembros admitidos o dados de alta de centros de atención a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés)
- Miembros actuales en centros de atención de largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) que requieren un suministro de emergencia de un medicamento fuera del formulario

Los requisitos del proceso de transición serán aplicables a los medicamentos no incluidos en el formulario, es decir:

- Cobertura de medicamentos de la Parte D que no están incluidos en el formulario de HSHP, o
- Medicamentos de la Parte D que están en el formulario de HSHP, pero requieren autorización previa, o
- Medicamentos de la Parte D que están en el formulario de HSHP, pero requieren una terapia escalonada, (terapia en pasos), o
- Medicamentos de la Parte D que están en el formulario de HSHP, pero requieren autorización previa o una terapia escalonada, (terapia en pasos) o que tienen un límite de cantidad (QL) de la dosis aprobada más bajo que la dosis actual que el beneficiario está tomando, de acuerdo a las reglas de utilización de medicamentos de HSHP

HSHP realizará una revisión médica de las solicitudes de cobertura de medicamentos no incluidos en el formulario, y cuando sea apropiado, asistiremos los afiliados nuevos a cambiar a una alternativa adecuada de medicamentos terapéuticamente equivalentes cuando no sea aprobada la solicitud de necesidad médica. El procedimiento para el cambio a una alternativa incluida en el formulario, es descrito en la carta de notificación de negación que se enviará al miembro.

Las farmacias pueden proporcionar un suministro temporal de medicamentos de la Parte D no cubiertos en el formulario. El suministro temporal se proveerá para:

- Para cubrir las necesidades inmediatas de los miembros para medicamentos que no están en el formulario, que necesitan autorización previa, tienen requisito de terapia escalonada (terapia en pasos) u otra regla de utilización de medicamento aprobado por Medicare
- Permitir que el miembro tenga suficiente tiempo para consultar con el medico en cambiar a un medicamento del formulario terapéuticamente equivalente
- Acceder que pueda finalizar una solicitud de excepción de manera que pueda mantener la cobertura de un medicamento existente basado en razones de necesidad médica

PARA MÁS INFORMACIÓN:

Para obtener más información acerca de sus planes de cobertura de medicamentos recetados en HealthSun Health Plans, consulte la Evidencia de Cobertura. Si tiene preguntas acerca de los planes de salud HealthSun, por favor llame a Servicios al Miembro al número gratuito (877) 336-2069, siete días a la semana, de 8:00 AM a 8:00 PM. Los usuarios de TTY deben llamar al (877) 206-0500.

Si tiene preguntas generales sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, llame a Medicare a 1 (800) MEDICARE (633-4227) las 24 horas del día /7 días a la semana. Los usuarios de TTY / TDD deben llamar al 1 (877) 486-2048, o visite www.medicare.gov