



Política de transición de 2027 para la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de CarePlus

CarePlus quiere asegurarse de que los afiliados como usted reciban los medicamentos que necesitan en el próximo año del plan. A partir del 1 de enero de 2027, es posible que no pueda obtener el medicamento que obtiene actualmente si:

- El medicamento no está en nuestra lista aprobada, o
- Si tenemos que aprobar el medicamento por adelantado

Si su medicamento no está en nuestra lista aprobada o si tenemos que aprobarlo por adelantado, puede seguir obteniéndolo durante un tiempo más. Esto se denomina suministro de transición.

Usted no puede obtener un suministro de transición para ciertos medicamentos. Ejemplos de estos medicamentos son:

- Medicamentos para los que tenemos que determinar la cobertura de la Parte A o B en comparación con la Parte D.
- Medicamentos que pueden no ser elegibles para la cobertura de la Parte D. Es posible que necesitemos saber para qué utiliza el medicamento antes de que podamos cubrirlo.
- Medicamentos sobre los que podemos necesitar información para saber si se están utilizando de forma segura.

Provisión por única vez durante la transición en una farmacia minorista o de pedido por correo

A partir del 1 de enero de 2027, 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 un suministro de menos de 30 días (en ese caso, CarePlus permitirá varios surtidos para proporcionar un total de hasta 30 días de medicamento) durante los primeros 90 días de su elegibilidad para el año del plan en

curso o durante los primeros 90 días de su inscripción, a partir de la fecha de entrada en vigor de su cobertura, cuando surta su tratamiento actual con medicamentos recetados en una farmacia minorista o de pedido por correo. CarePlus proporcionará resurtidos de las recetas de transición que se hayan dispensado por una cantidad menor a la indicada en la receta debido a límites de cantidad por motivos de seguridad o a modificaciones en la utilización del medicamento basadas en el etiquetado aprobado del producto.

- Una vez que reciba un suministro de transición, recibirá una carta en la que se explica el carácter temporal del suministro del medicamento de transición. Cuando reciba la carta, hable con su profesional que receta y decida si debe cambiar a un medicamento alternativo o solicitar una excepción o una autorización previa. Es posible que CarePlus no pague los resurtidos de los medicamentos del 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

CarePlus ayuda a los afiliados que residen en centros de cuidados a largo plazo cuando cambian de plan, tienen Medicare y los beneficios completos de Medicaid, o presentan una solicitud de excepción o apelación. En el caso de los residentes de centros de cuidados a largo plazo, CarePlus cubrirá un suministro de 31 días a menos que la receta indique menos de 31 días (en ese caso, CarePlus permitirá varios surtidos para proporcionar un total de hasta 31 días de medicamento) de un medicamento cubierto por 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, que comienza en la fecha de vigencia de su cobertura, cuando surta su tratamiento actual de medicamentos recetados en una farmacia de cuidado a largo plazo.

Si su capacidad para recibir su tratamiento con medicamentos está limitada, pero ya han transcurrido los primeros 90 días de su inscripción en el plan, CarePlus cubrirá un suministro de emergencia de 31 días, a menos que la receta indique un suministro de menos de 31 días. En ese caso, CarePlus permitirá varios surtidos para proporcionar un total de hasta 31 días de un medicamento cubierto por la Parte D, de modo que pueda continuar con su tratamiento mientras solicita 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 necesite. 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 Medicare Part A —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 farmacológicos altamente individualizados

Para estos cambios en el entorno de tratamiento, CarePlus cubrirá un suministro de hasta 31 días de un medicamento cubierto por la Parte D. Si cambia de ámbito de tratamiento en varias ocasiones en un mismo mes, tal vez deba solicitar una excepción o autorización previa y recibir la aprobación para mantener la cobertura continua del medicamento.

CarePlus revisará estas solicitudes de continuación del tratamiento caso por caso cuando usted tenga un régimen de medicamentos estabilizado cuya modificación pueda conllevar riesgos conocidos.

Transición entre años de contrato

CarePlus ofrece un proceso de transición para los afiliados actuales que es coherente con el proceso de transición requerido para los nuevos afiliados. Para los afiliados actuales cuyos medicamentos se verán afectados por cambios negativos en el formulario durante el próximo año, CarePlus implementará una transición adecuada mediante un proceso de transición al comienzo del nuevo año contractual. CarePlus también extiende la política de transición entre años contractuales cuando un afiliado se inscribe en un plan con una fecha de inscripción efectiva del 1 de noviembre o del 1 de diciembre y necesita acceso a un suministro de transición.

Distinción de recetas totalmente nuevas

CarePlus garantiza que aplicará todos los procesos de transición a una receta nueva para medicamentos que no estén incluidos en la lista de medicamentos del formulario de CarePlus o que estén sujetos a requisitos de manejo de utilización, si en el punto de venta no se puede distinguir entre una receta nueva y una receta para un tratamiento en curso. Para hacer la distinción del

tratamiento en curso, los afiliados deben tener un historial de reclamaciones de 108 días como mínimo. Cuando haya un historial de reclamaciones disponible, CarePlus revisará los 180 días anteriores a la fecha de vigencia de la cobertura del afiliado o al comienzo del año del plan en curso para determinar la utilización previa del medicamento.

Avisos de transición a los afiliados

La política de CarePlus establece que se debe enviar al afiliado un aviso del evento de transición correspondiente a la reclamación de transición. Los afiliados que completen su suministro de transición mediante varios surtidos recibirán solamente una notificación por el primer surtido de transición. Todas las cartas de notificación de la política de transición se envían a los afiliados por correo de primera clase de los EE. UU. dentro de los tres (3) días hábiles desde que el sistema de adjudicación en el punto de venta reconozca el evento de surtido de transición. Estas cartas contienen el siguiente lenguaje:

- El suministro de transición proporcionado es temporal y no se puede repetir la receta fuera del período de transición, a menos que se apruebe una excepción al formulario u otra autorización;
- El afiliado debe trabajar con CarePlus y con el profesional que receta el medicamento para cumplir con los requisitos de manejo de utilización o identificar alternativas terapéuticas adecuadas que estén incluidas en el formulario de CarePlus 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 toma una decisión adversa; y
- Los procedimientos de CarePlus para solicitar excepciones.

Para los residentes de cuidado a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) a los que se les proporcionan 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 dentro de los tres (3) días hábiles posteriores al primer surtido temporal.

Avisos de transición al profesional que receta medicamentos

La política de CarePlus establece que se debe enviar un aviso del evento de transición al profesional que receta, y que figura en los registros, para la reclamación de transición. Los proveedores recibirán una notificación únicamente por el primer surtido de transición cuando los afiliados completen su suministro de transición mediante varios surtidos. La carta al profesional que receta el medicamento proporciona la siguiente información:

- Nombre del afiliado
- Fecha de nacimiento del afiliado
- Nombre del medicamento

- Fecha de surtido
- Modificación de los requisitos de control de la utilización
- Instrucciones sobre cómo usar la herramienta Provider Drug List Search (Búsqueda de la lista de medicamentos para proveedores) de CarePlus
- Información sobre el proceso de determinación de cobertura de CarePlus

Costos compartidos para medicamentos proporcionados bajo la política de transición

- Si reúne los requisitos para el subsidio por bajos ingresos (LIS, por sus siglas en inglés) en 2027, su copago o coseguro por un suministro temporal de medicamentos proporcionado durante su período de transición no excederá el límite del LIS.
- Para los afiliados que no tienen LIS, el copago o coseguro se basará en los niveles de costos compartidos de los medicamentos aprobados para su plan y será coherente con el nivel de costos compartidos que CarePlus aplicaría a los medicamentos no incluidos en el formulario aprobados mediante una excepción de cobertura, así como con el nivel de costos compartidos aplicable a los medicamentos incluidos en el formulario sujetos a requisitos de administración de la utilización durante la transición, una vez que se cumplan los criterios correspondientes.

Extensión de la transición

CarePlus tomará las medidas necesarias para continuar proporcionándole los medicamentos que necesita mediante una extensión del período de transición, caso por caso, cuando su solicitud de excepción o apelación no ha sido procesada antes de que finalice el período de transición mínimo, y hasta que se complete la transición, ya sea mediante el cambio a un medicamento adecuado incluido en el formulario o mediante una decisión sobre la 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 del formulario 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 lineamientos clínicos aceptados 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 está en la lista de medicamentos (formulario), o
- Tiene requisitos de manejo de utilización, como autorización previa, límites de cantidad o requisitos de terapia por fases

Si usted tiene un régimen estabilizado con un medicamento no incluido en la lista de medicamentos (formulario) o con un medicamento que requiere autorización previa, límites de cantidad, o si ha probado otros medicamentos alternativos, su profesional que receta puede proveer a CarePlus un informe de su historia clínica para colaborar con el proceso de solicitud de excepción o de autorización previa.

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 receta se comuniquen con nosotros. Su profesional que receta debe presentar una declaración de respaldo a su solicitud. La declaración del profesional que receta debe indicar que el medicamento solicitado es necesario por razones médicas para tratar su afección porque ninguno de los medicamentos que cubrimos sería tan eficaz como el medicamento solicitado o le produciría efectos adversos. Si la excepción implica una autorización previa, un límite de cantidad u otro límite que hayamos asignado al medicamento, la declaración del profesional que receta debe indicar que la autorización previa, o el límite de cantidad, no sería lo apropiado dada su afección o tendría efectos adversos para usted.

Una vez presentada la declaración del profesional que receta, 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 se trata de una solicitud estándar. Su solicitud será acelerada si nosotros determinamos, o si el profesional que receta nos informa, que su vida, salud o capacidad para recuperar el máximo de sus funciones podrían correr grave peligro por esperar la decisión de una solicitud estándar.

¿Qué ocurre si mi solicitud es denegada?

Si su medicamento no está cubierto en nuestra lista de medicamentos (formulario) o si está cubierto, pero le hemos aplicado un requisito de control de utilización, como autorización previa, terapia por fases o límite de cantidad, puede preguntarnos si cubrimos otros medicamentos utilizados para el tratamiento de su afección médica. Si cubrimos otros medicamentos para su afección, le recomendamos que consulte a su profesional que receta 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. Debe solicitar esta apelación dentro de los 65 días calendario a partir de la fecha de la decisión de denegación.

Si necesita ayuda para solicitar una excepción o apelación, cambiar a un medicamento alternativo o recibir más información sobre nuestra política de transición, llame a nuestro Departamento de Servicios para Afiliados al **1-800-794-5907**. Si utiliza un dispositivo TTY, llame al **711**. Puede comunicarse con nosotros los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Tenga en cuenta que nuestro sistema telefónico automatizado puede atender su llamada los fines de semana y días festivos. Para obtener servicios las 24 horas, visítenos en [CarePlusHealthPlans.com](https://www.CarePlusHealthPlans.com).

Los formularios de solicitud de autorización previa y de excepción están disponibles para usted y su profesional que receta en el sitio web de CarePlus, [CarePlusHealthPlans.com/RxDecisions](https://www.CarePlusHealthPlans.com/RxDecisions), o puede llamar al Servicio de Atención al Cliente para solicitar que se los 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 CarePlus, [CarePlusHealthPlans.com/prescriptiondrugguides](https://www.CarePlusHealthPlans.com/prescriptiondrugguides), en la sección Información sobre la cobertura de medicamentos.

Notice of Non-Discrimination

CarePlus Health Plans, Inc. complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate or exclude people because of their race, color, religion, gender, gender identity, sex, sexual orientation, age, disability, national origin, military status, veteran status, genetic information, ancestry, ethnicity, marital status, language, health status, or need for health services. CarePlus Health Plans, Inc.:

- Provides people with disabilities reasonable modifications and free appropriate auxiliary aids and services to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language assistance services to people whose primary language is not English, which may include:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need reasonable modifications, appropriate auxiliary aids, or language assistance services contact **800-794-5907 (TTY: 711)**. If you believe that CarePlus Health Plans, Inc. has not provided these services or discriminated on the basis of race, color, religion, gender, gender identity, sex, sexual orientation, age, disability, national origin, military status, veteran status, genetic information, ancestry, ethnicity, marital status, language, health status, or need for health services, you can file a grievance in person or by mail or email with CarePlus Health Plans, Inc. Non-Discrimination Coordinator at P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618, **800-794-5907 (TTY: 711)**, or **Accessibility1@CarePlus-HP.com**. If you need help filing a grievance, CarePlus Health Plans, Inc.'s Non-Discrimination Coordinator can help you.

You can also file a complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**, or by mail or phone at:

- U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201. **800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)**.



This notice is available at **[CarePlusHealthPlans.com/NDN](https://www.CarePlusHealthPlans.com/NDN)**.

GHHNDN2026CP

Notice of Availability - Auxiliary Aids and Services Notice

English: Free language, auxiliary aid, and alternate format services are available. Call **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

العربية [Arabic]: تتوفر خدمات اللغة والمساعدة الإضافية والتنسيق البديل مجانًا. اتصل على الرقم **1-800-794-5907 (الهاتف النصي: 711)**.

Հայերեն [Armenian]: Հասանելի են անվճար լեզվական, աջակցման և այլընտրանքային ձևաչափի ծառայություններ: Չանգահարե՛ք՝ **1-800-794-5907 (TTY: 711)**:

বাংলা Bengali: বিনামূল্যে ভাষা, আনুষঙ্গিক সহায়তা, এবং বিকল্প বিন্যাসে পরিষেবা উপলব্ধ। ফোন করুন **1-800-794-5907 (TTY: 711)** নম্বরে।

简体中文 Simplified Chinese: 我们可提供免费的语言、辅助设备以及其他格式版本服务。请致电 **1-800-794-5907 (听障专线: 711)**。

繁體中文 Traditional Chinese: 我們可提供免費的語言、輔助設備以及其他格式版本服務。請致電 **1-800-794-5907 (聽障專線: 711)**。

Kreyòl Ayisyen Haitian Creole: Lang gratis, èd oksilyè, ak lòt fòm sèvis disponib. Rele **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

Hrvatski Croatian: Dostupni su besplatni jezik, dodatna pomoć i usluge alternativnog formata. Nazovite **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

فارسی [Farsi]: خدمات زبان رایگان، کمک های اضافی و فرمت های جایگزین در دسترس است. با **1-800-794-5907 (TTY: 711)** تماس بگیرید.

Français French: Des services gratuits linguistiques, d'aide auxiliaire et de mise au format sont disponibles. Appeler le **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

Deutsch German: Es stehen kostenlose unterstützende Hilfs- und Sprachdienste sowie alternative Dokumentformate zur Verfügung. Telefon: **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

Ελληνικά Greek: Διατίθενται δωρεάν γλωσσικές υπηρεσίες, βοηθήματα και υπηρεσίες σε εναλλακτικές προσβάσιμες μορφές. Καλέστε στο **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

ગુજરાતી Gujarati: નિ:શુલ્ક ભાષા, સહાયક સહાય અને વૈકલ્પિક ફોર્મેટ સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે. **1-800-794-5907 (TTY: 711)** પર કોલ કરો.

עברית Hebrew: שירותים אלה זמינים בחינם: שירותי תרגום, אביזרי עזר וסקסטים בפורמטים חלופיים. נא התקשר למספר **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

Hmoob Hmong: Muaj kev pab txhais lus, pab kom hnov suab, thiab lwm tus qauv pab cuam. Hu **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

This notice is available at **CarePlusHealthPlans.com/MLI**.

GHHNOA2025CP

Italiano Italian: Sono disponibili servizi gratuiti di supporto linguistico, assistenza ausiliaria e formati alternativi. Chiama il numero **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

日本語 Japanese: 言語支援サービス、補助支援サービス、代替形式サービスを無料でご利用いただけます。**1-800-794-5907 (TTY: 711)** までお電話ください。

ភាសាខ្មែរ Khmer: សេវាកម្មផ្នែកភាសា ជំនួយ និង សេវាកម្មជំនួសផ្សេងៗដ៏សំខាន់ៗ ទទួលបានឥតគិតថ្លៃ។ **1-800-794-5907 (TTY: 711)**។

한국어 Korean: 무료 언어, 보조 지원 및 대체 형식 서비스를 이용하실 수 있습니다. **1-800-794-5907 (TTY: 711)**번으로 문의하십시오.

Diné Navajo: Saad t'áá jiik'eh, t'áadoole'é binahjì' bee adahodoonílgíí diné bich'í' anídahazt'í'í, dóó łahgo át'éego bee hada'dilyaaígíí bee bika'aanída'awo'í dahóló. Kohjì' hodíilnih **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

Polski Polish: Dostępne są bezpłatne usługi językowe, pomocnicze i alternatywne formaty. Zadzwoń pod numer **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

Português Portuguese: Estão disponíveis serviços gratuitos de ajuda linguística auxiliar e outros formatos alternativos. Ligue **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

ਪੰਜਾਬੀ Punjabi: ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ, ਸਹਾਇਕ ਸਹਾਇਤਾ, ਅਤੇ ਵਿਕਲਪਿਕ ਫਾਰਮੈਟ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। **1-800-794-5907 (TTY: 711)** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Русский Russian: Предоставляются бесплатные услуги языковой поддержки, вспомогательные средства и материалы в альтернативных форматах. Звоните по номеру **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

Español Spanish: Los servicios gratuitos de asistencia lingüística, ayuda auxiliar y servicios en otro formato están disponibles. Llame al **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

Tagalog Tagalog: Magagamit ang mga libreng serbisyong pangwika, serbisyo o device na pantulong, at kapalit na format. Tumawag sa **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

தமிழ் Tamil: இலவச மொழி, துணை உதவி மற்றும் மாற்று வடிவ சேவைகள் உள்ளன. **1-800-794-5907 (TTY: 711)** ஐ அழைக்கவும்.

తెలుగు Telugu: ఉచిత భాష, సహాయక మద్దతు, మరియు ప్రత్యామ్నాయ ఫార్మాట్ సేవలు అందుబాటులో గలవు. **1-800-794-5907 (TTY: 711)** కి కాల్ చేయండి.

اردو Urdu: مفت زبان، معاون امداد، اور متبادل فارمیٹ کی خدمات دستیاب ہیں۔ **(TTY: 711) 1-800-794-5907**

Tiếng Việt Vietnamese: Có sẵn các dịch vụ miễn phí về ngôn ngữ, hỗ trợ bổ sung và định dạng thay thế. Hãy gọi **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.