Humana Pharmacy Solutions

Manual de farmacia

Medicare y hospicio

Edición 2025

575202ALL0924 GHHJT9NSP

Índice

Introducción **4**
Portal para farmacéuticos 4
Descripción general de Enclara Pharmacia 4
Cómo unirse a nuestra red 5

Información de contacto **6**

Verificación de elegibilidad **8**
Tarjetas de identificación del afiliado de Humana 8
Tarjetas de identificación de afiliados de Enclara 10
Tarjetas de identificación del afiliado de CarePlus 10
ID del titular de la tarjeta 12
Determinaciones de cobertura de Medicare 12
Beneficiarios elegibles para el subsidio por ingresos limitados 13
Mejor evidencia disponible para residentes de centros de cuidado a largo plazo 14
Tabla de LIS 2025: Ayuda Adicional para afiliados 15

Cobertura de medicamentos **16**
Listas de medicamentos 16
Excepciones a la cobertura del plan para afiliados de Medicare 16
Control de utilización 17

Procedimientos generales de reclamaciones **17**
Envío de reclamaciones de farmacia 17
Números de identificación del banco (BIN, por sus siglas en inglés) y números de control del procesador (PCN, por sus siglas en inglés) 18
Requisitos de código de origen de la receta 18
Número de surtido de receta 19
Impuesto sobre las ventas 19
Envío oportuno de reclamaciones 19
Formularios de pagadores de SS&C Health específicos de Humana 20
Formularios de pagadores de SS&C Health de CarePlus 20
Formulario de pagadores de SS&C Health de Enclara 20
Envío del Número de Identificación Nacional del Proveedor del profesional que receta 20
Códigos para despachar como se especifica 21
Modificaciones de seguridad de la revisión de la utilización de medicamentos (DUR, por sus siglas en inglés) 22
Revisión de la utilización de medicamentos con rechazo no definitivo 23
Envío de medicamentos 340B 26
Tarjeta de la cuenta de gastos Spending Account de Humana 26

Sustancias controladas **26**
Reclamaciones de sustancias controladas 26
Aclaración de los requisitos federales – Medicamentos de la Categoría II 27
Presentación de reclamaciones CII 27
Modificaciones y anulaciones en el punto de venta 27

Cobertura de reclamaciones de Medicare **28**
Parte B de Medicare versus cobertura de la Parte D 28
Parte B de Medicare versus Envío de reclamaciones de la Parte D 29
Administración de vacunas de Medicare 30
Procesamiento de Humana de las exclusiones de medicamentos de Medicare 30
Continuidad del cuidado de Medicare 30
Cambios en el nivel de cuidado 31

Cuidado a largo plazo **32**
Información de farmacias de cuidado a largo plazo 32
Pautas para el procesamiento de reclamaciones de cuidado a largo plazo 32

Soluciones nebulizadoras cubiertas por la Parte D de Medicare para residentes en centros de cuidados a largo plazo 33
Despacho en ciclos cortos para cuidado de larga duración 33
Farmacias combinadas 34
Copagos 34
Declaración de cuidado a largo plazo 34

Procedimientos de facturación para servicios de infusión en el hogar 35

Reclamaciones de medicamentos compuestos 35
Envío de reclamaciones de medicamentos compuestos 35
Compuesto no incluido en el formulario (solo Medicare) 36

Programa de Manejo del Tratamiento Médico 36

Auditoría y cumplimiento de normas de farmacia 37
Programa de auditoría de farmacias 37
Auditorías de farmacias de cuidado a largo plazo 37
Auditorías del programa de cumplimiento 38
Requisitos del programa de cumplimiento y de fraude, malgasto y abuso 38
Obligación de denunciar las sospechas o detecciones de fraude, malgasto y abuso y/o incumplimiento. 39
Prohibición de intimidaciones o represalias 40
Normas disciplinarias 41
Expectativas correspondientes 41
Normas de conducta/ética 41
Requisitos del programa de cumplimiento 42
Acreditación de farmacias de Humana 45
Conflictos de intereses 45

Sistema de quejas 46
Proceso de disputa de precios de farmacia para Medicare, Medicaid y hospicio 46
Proceso de la farmacia para presentar una queja 47
Sistema de quejas de afiliados 47

Información sobre la fuente de precios y el costo máximo permitido 49
Fuente de precios 49
Ubicación de la lista de costos máximos permitidos de farmacia 49

Programa del Plan de pagos de medicamentos recetados de Medicare 52
Información sobre el programa de reclamaciones 52
Envío de transacciones de reclamaciones 52
Información sobre el Programa de Plan de pago de medicamentos recetados después de procesar la reclamación de la Parte D de Medicare 53
BIN y PCN 53
Formulario de pagadores 53
Preguntas 53

Programa NET para personas con Ingresos Limitados (LINET, por sus siglas en inglés) 53
Los beneficiarios se pueden afiliar en el programa LI NET de cuatro maneras: 54
Confirmación de la elegibilidad 54
Información sobre la presentación de reclamaciones 54
Cómo puede un beneficiario solicitar un reembolso retroactivo: 54
Preguntas 55

Anexo: Cobertura para medicamentos recetados de Medicare y sus derechos 56

Introducción

Estimada farmacia:

Humana aprecia su papel en la entrega de servicios de farmacia de calidad a nuestros afiliados. Este manual es una extensión del acuerdo de su organización y tiene como objetivo ayudar al personal de farmacia a procesar las reclamaciones de medicamentos recetados para los planes de Humana y describir los requisitos del Programa de Cumplimiento de Humana para su organización.

Los requisitos de procesamiento pueden variar según el plan, y la adjudicación de reclamaciones en línea y los mensajes reflejan los beneficios más actuales. Para conocer los campos requeridos para enviar reclamaciones de recetas de forma electrónica a Humana, consulte los formularios de pagadores del Consejo Nacional para Programas de Medicamentos Recetados (NCPDP, por sus siglas en inglés) Versión D.0 de Medicare, del Programa de Transición para Personas Recién Elegibles y de Ingreso Limitado (LI NET, por sus siglas en inglés) y el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare de Humana. Para ver los formularios de pagadores de CarePlus, visite la página de Recursos de farmacia de CarePlus Pharmacy en **CarePlusHealthPlans.com/CarePlus-Providers/Pharmacy-Resources**. En su Acuerdo de Proveedor de Farmacia, encontrará los requisitos de participación en la red.

Para consultar las Lista de medicamentos de Humana para afiliados de Medicare, visite **Humana.com/DrugLists**. Las Listas de medicamentos de CarePlus se encuentran en **CarePlusHealthPlans.com/Providers/Pharmacy-Resources.**

Portal para farmacéuticos

El Portal para farmacéuticos de Humana proporciona un recurso en línea seguro donde los farmacéuticos pueden:

- Obtener una lista actualizada de precios de costo máximo permitido (MAC, por sus siglas en inglés) para medicamentos genéricos
- Enviar consultas por correo electrónico directamente a Humana
- Ver boletines de noticias y enlaces a alertas de noticias
- Encontrar la elegibilidad del afiliado en lo referente al plan de medicamentos recetados, la fecha de vigencia y el tipo de plan del afiliado
- Ver las reclamaciones de los medicamentos que un afiliado ha adquirido en su farmacia
- Verificar el estado de un medicamento que requiere autorización previa para un afiliado

Este recurso está disponible para cualquier farmacia que tenga contrato con Humana y se proporciona sin cargo. Para obtener acceso, visite **es-www.humana.com/Logon**, elija Activar una cuenta en línea y seleccione el tipo de inscripción. Si tiene dificultades para registrarse, envíe un correo electrónico a **PharmacyContracting@humana.com.** Incluya el nombre de la farmacia, el Identificador Nacional de Proveedores (NPI, por sus siglas en inglés), el nombre de contacto de la farmacia y el número de teléfono de contacto.

Descripción general de Enclara Pharmacia

Enclara Pharmacia es una administradora nacional de beneficios farmacéuticos de servicio completo y un suministrador de medicamentos y servicios clínicos de pedido por correo desarrollados específicamente para la industria de hospicio y cuidados paliativos. Enclara Pharmacia atiende a unos 500 proveedores de hospicios y a más de 130,000 pacientes en todo el país, lo que ayuda a reducir los costos de farmacia a través de un modelo clínicamente orientado que permite la entrega a domicilio de productos farmacéuticos. Enclara Pharmacia tiene acceso a una red de más de 62,000 farmacias locales, incluidas más de 7,000 farmacias minoristas, farmacias institucionales y centros propios de abastecimiento de pedido por correo de Enclara Pharmacia.

Cómo unirse a nuestra red

Si aún no forma parte de nuestra red, lo invitamos a hacerlo. Si desea inscribirse, complete el Formulario de solicitud de contrato de farmacia en **https://assets.humana.com/is/content/humana/Pharmacy Contract Request Form_2024pdf**. Envíe los formularios completados a **PharmacyContracting@humana.com**.

Esperamos que este manual le resulte informativo y le agradecemos nuevamente por formar parte de la red de proveedores de farmacia de Humana.

Atentamente,
El equipo de la red de Humana Pharmacy

Información de contacto

Servicio de asistencia de farmacia
800-865-8715
Las 24 horas del día, los siete días de la semana
Para anulaciones de repeticiones anticipadas de recetas y estado de autorización previa

Servicio de asistencia de CarePlus Pharmacy
N.º de teléfono: **1-866-315-7587**
de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este
Número de fax: **1-800-310-9071**

Atención al cliente de Medicare de Humana
800-281-6918 (TTY: 711)
Diariamente, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este
Puerto Rico: **866-773-5959**
Todos los días, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Atlántico (del 1 de octubre al 31 de marzo)
De lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Atlántico (del 1 de abril al 30 de septiembre)
Sábados, de 7 a.m. a 6 p.m., hora del Atlántico (del 1 de abril al 30 de septiembre)

Servicios para afiliados de CarePlus
1-800-794-5907 (TTY: 711)
A diario de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (del 1 de octubre al 31 de marzo)
De lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (del 1 de abril al 30 de septiembre)

LI NET
N.º de teléfono: **800-783-1307 (TTY: 711)**
De lunes a viernes, de 8 a.m. a 7 p.m., hora del este
Número de fax: **855-605-6385**

Revisión de farmacia clínica de Humana (HCPR, por sus siglas en inglés)
800-555-CLIN (2546)
de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este
Número de fax de los Estados Unidos: **877-486-2621**
Número de teléfono de HCPR de Puerto Rico: **866-488-5991**
De lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m., hora del Atlántico
Número de fax de HCPR de Puerto Rico: **855-681-8650**

Unidad de administración de la utilización de CarePlus Pharmacy
N.º de teléfono: **1-866-315-7587**
de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este
Número de fax: **1-800-310-9071**

Contrataciones de la red de Humana Pharmacy Solutions®
Solicitudes de contratos de farmacia
Correo electrónico: **PharmacyContractRequest@humana.com**
N.º de teléfono: **888-204-8349**
De lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., hora del este
Número de fax: **866-449-5380**

Enclara Pharmacia
Servicio de asistencia para reclamaciones de farmacia
N.º de teléfono: **866-597-3589**, las 24 horas del día, los siete días de la semana
Rechazos de reclamaciones y preguntas generales sobre la cobertura del plan, incluidas las autorizaciones previas y la elegibilidad
Correo electrónico: **PharmacyClaims@enclarapharmacia.com**

Departamento de quejas formales y apelaciones para contratistas administrativos de Medicare (MAC)
Correo electrónico: **PharmacyPricingReview@humana.com**
Preguntas o inquietudes sobre reembolsos de farmacia

Programa de calidad de medicamentos recetados
Correo electrónico: **RxQualityProgram@humana.com**

Línea de ayuda en asuntos éticos de Humana
N.º de teléfono: **877-5-THE-KEY (584-3539),** las 24 horas del día, los siete días de la semana

SS&C Health
N.º de teléfono: **866-211-9459**

Centro de llamadas de asistencia técnica de CarePlus (SS&C Health)
N.º de teléfono: **1-800-865-4034**

Sitio web de farmacéuticos de Humana
Visite **es-www.humana.com/Pharmacists** para acceder a los formularios de pagadores, los boletines de noticias de farmacia, la Guía de auditoría y revisión de reclamaciones de Humana Pharmacy Solutions y muchos otros recursos.

Visite **CarePlusHealthPlans.com/Providers/Pharmacy-Resources** para obtener los formularios de pagadores de CarePlus y otros recursos.

Asistencia para el sitio web de autoservicio del Portal para farmacéuticos
Correo electrónico: **PharmacyContracting@humana.com**

El sitio web de información sobre cumplimiento farmacéutico
Provider.Humana.com/pharmacy-resources/manuals-forms

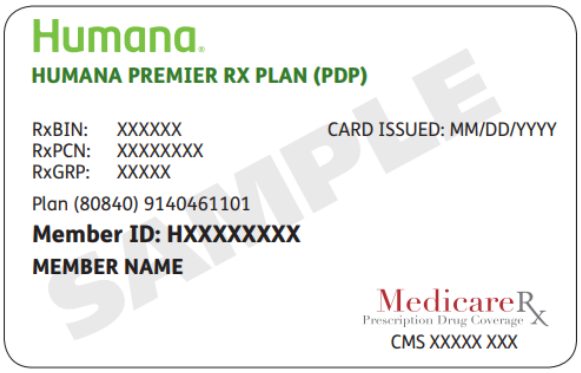
Verificación de elegibilidad

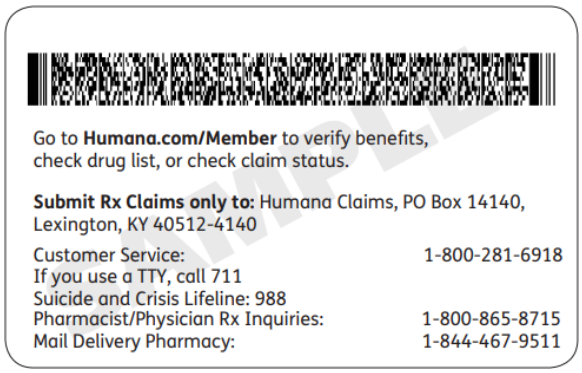
Tarjetas de identificación del afiliado de Humana

Los siguientes son ejemplos de tarjetas de identificación del afiliado que los afiliados de Humana pueden mostrar a los empleados de farmacia.

Tarjeta para un afiliado de Medicare con un plan de medicamentos recetados (PDP, por sus siglas en inglés) – Parte D únicamente

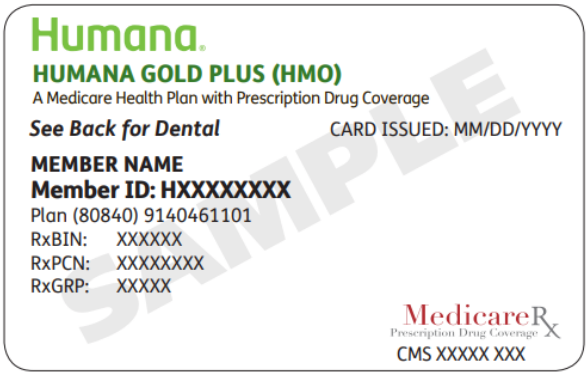
Individual PDP Premier Rx

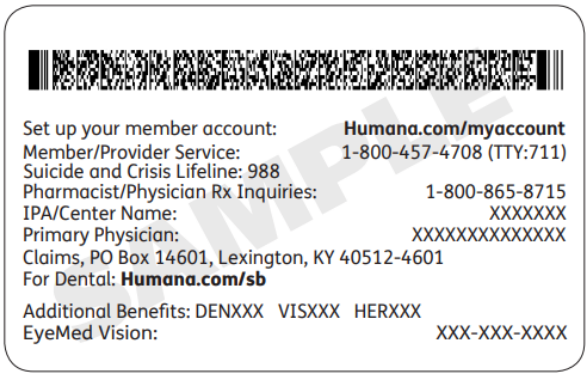




Tarjeta para un afiliado de una Organización para el mantenimiento de la salud (HMO, por sus siglas en inglés) con un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados (MAPD, por sus siglas en inglés) – Partes A, B y D

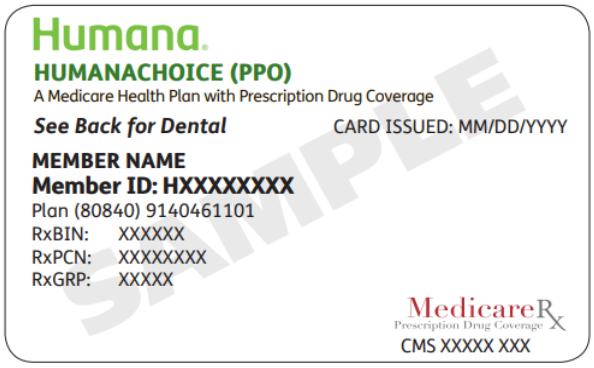
Individual MAPD HMO

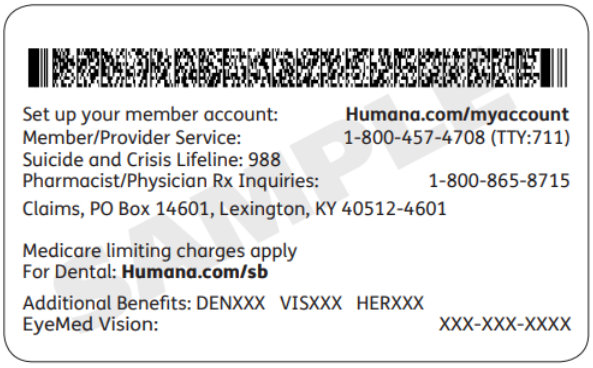




Tarjeta para un afiliado de organización de proveedores preferidos (PPO, por sus siglas en inglés) con cobertura MAPD: Partes A, B y D

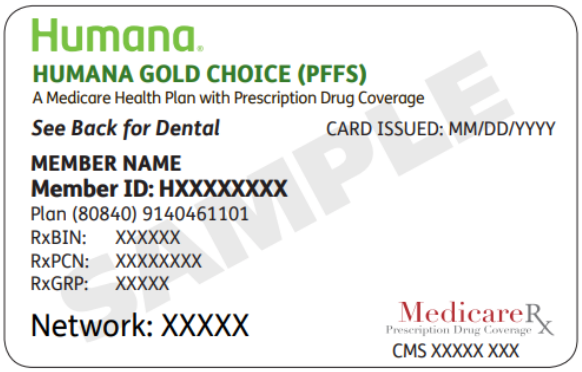
Individual MAPD PPO





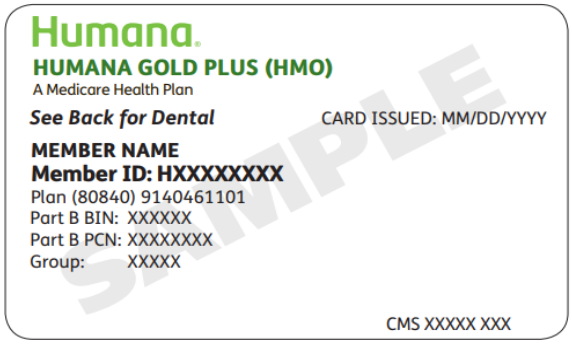
Tarjeta para un afiliado de un plan privado de cargo por servicio (PFFS, por sus siglas en inglés) con cobertura MAPD – Partes A, B y D

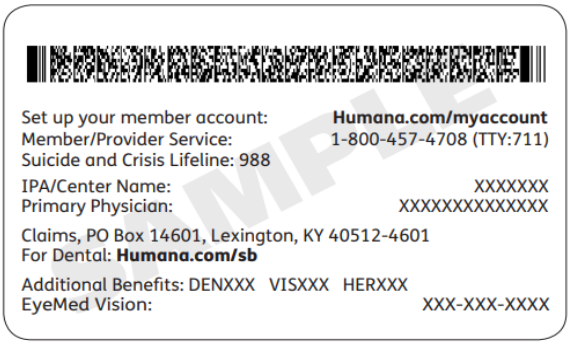
Individual MAPD PFFS



Tarjeta para un afiliado de una HMO con cobertura Medicare Advantage (MA) únicamente: Partes A y B

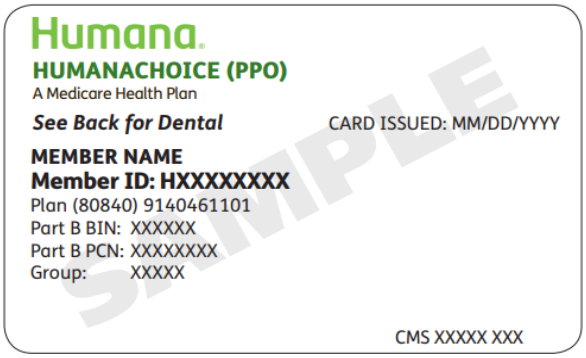
Individual MA HMO

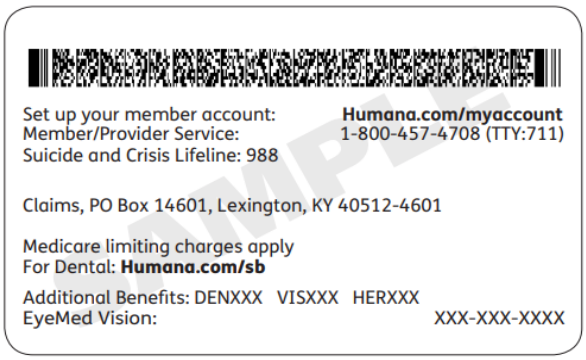




Tarjeta para un afiliado de PPO con cobertura de MA únicamente: Partes A y B

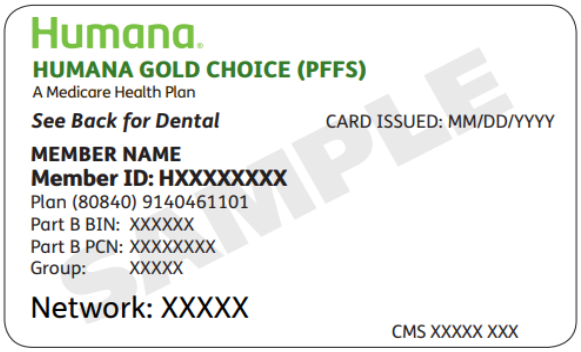
Individual MA PPO

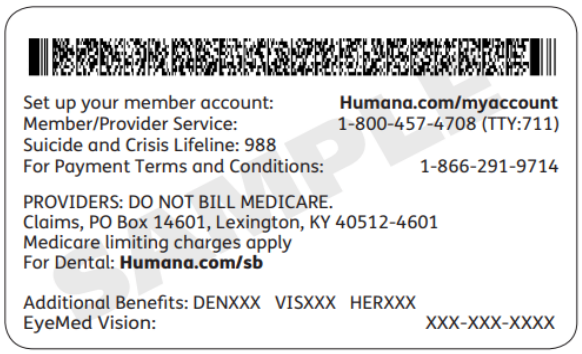




Tarjeta para un afiliado de PFFS con cobertura de MA únicamente: Partes A y B

Individual MA PFFS



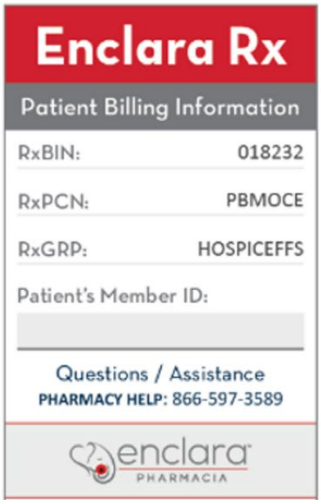


Tenga en cuenta: Estas imágenes responden a las pautas de cumplimiento/Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) y podría estar sujeto a cambios en cualquier momento. Se notificará a los proveedores si cambian las pautas de cumplimiento.

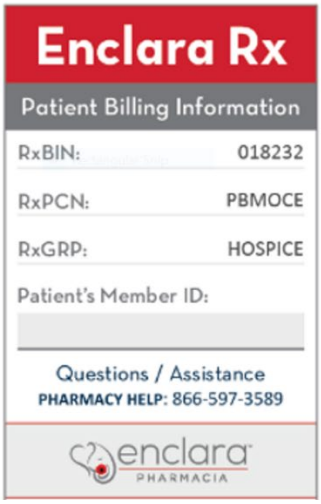
Tarjetas de identificación de afiliados de Enclara

Los siguientes son ejemplos de las tarjetas de identificación de afiliado que los afiliados de Enclara pueden mostrar a los empleados de farmacia:

FFS Card



PD Card

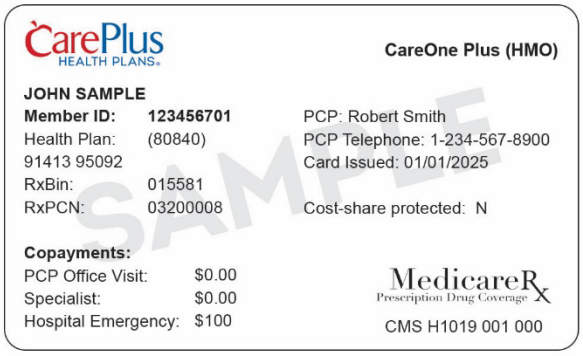


Vitas Card

Tarjetas de identificación del afiliado de CarePlus

Los siguientes son ejemplos de las tarjetas de identificación de afiliado que los afiliados de CarePlus MAPD y MA únicamente pueden mostrar a los empleados de farmacia:

Tarjeta para un afiliado de HMO con cobertura MAPD: Partes A, B y D



Tarjeta para un afiliado de HMO-POS con cobertura MAPD: Partes A, B y D

CarePlus HEALTH PLANS

CareOne Platinum (HMO-POS)

JOHN SAMPLE
Member ID: **123456701**
Health Plan: (80840)
91413 95092
RxBin: 015581
RxPCN: 03200008

PCP: Robert Smith
PCP Telephone: 1-234-567-8900
Card Issued: 01/01/2025
Cost-share protected: N

In-Network/Out-of-Network Copays:
PCP Office Visit: $0.00/NA
Specialist: $0.00/$0.00
Hospital Emergency: $100

MedicareRx Prescription Drug Coverage
CMS H1019 110 000

Member Services: **1-800-794-5907** **TTY: 711**
MyCarePlus Connect: **1-866-667-0483**
Provider Services:
Eligibility: 1-866-220-5448
Authorizations: 1-800-201-4305
Claim Status: 1-866-313-7587
Pharmacy Inquiries:
Claims Issues: 1-800-865-4034
Authorizations: 1-866-315-7587
CarePlus Claims: P.O. BOX 14697 LEXINGTON, KY 40512

Please visit us at : CarePlusHealthPlans.com

SAMPLE

Tarjeta para un afiliado de HMO con cobertura de MA únicamente: Partes A y B

CarePlus HEALTH PLANS

CareSalute (HMO)

JOHN SAMPLE
Member ID: **123456701**
Health Plan: (80840)
91413 95092
For Part B drugs ONLY:
RxBin: 015581
RxPCN: 03200008

PCP: Robert Smith
PCP Telephone: 1-234-567-8900
Card Issued: 01/01/2025
Cost-share protected: N

Copayments:
PCP Office Visit: $0.00
Specialist: $0.00
Hospital Emergency: $100

MedicareRx Prescription Drug Coverage
CMS H1019 119 000

Member Services: **1-800-794-5907** **TTY: 711**
My CarePlus Connect: **1-866-667-0483**
Provider Services:
Eligibility: 1-866-220-5448
Authorizations: 1-800-201-4305
Claim Status: 1-866-313-7587
CarePlus Claims: P.O. BOX 14697 LEXINGTON, KY 40512

Please visit us at : CarePlusHealthPlans.com

SAMPLE

Tarjeta para un afiliado de HMO-POS con cobertura de MA únicamente: Partes A y B

CarePlus HEALTH PLANS

CareSalute (HMO-POS)

JOHN SAMPLE
Member ID: **123456701**
Health Plan: (80840)
91413 95092
For Part B drugs ONLY:
RxBin: 610649
RxPCN: 03200000

PCP: Robert Smith
PCP Telephone: 1-234-567-8900
Card Issued: 01/01/2025
Cost-share protected: N

In-Network/Out-of-Network Copays:
PCP Office Visit: $0.00/NA
Specialist: $0.00/$0.00
Hospital Emergency: $100

MedicareRx Prescription Drug Coverage
CMS H1019 143 000

Member Services: **1-800-794-5907** **TTY: 711**
My CarePlus Connect: **1-866-667-0483**
Provider Services:
Eligibility: 1-866-220-5448
Authorizations: 1-800-201-4305
Claim Status: 1-866-313-7587
CarePlus Claims: P.O. BOX 14697 LEXINGTON, KY 40512

Please visit us at : CarePlusHealthPlans.com

SAMPLE

Tarjeta para un afiliado del Plan HMO de necesidades especiales para afecciones crónicas (C-SNP, por sus siglas en inglés) con cobertura MAPD: Partes A, B y D

CarePlus HEALTH PLANS

CareComplete Platinum (HMO C-SNP)

JOHN SAMPLE
Member ID: **123456701**
Health Plan: (80840)
91413 95092
RxBin: 015581
RxPCN: 03200008

PCP: Robert Smith
PCP Telephone: 1-234-567-8900
Card Issued: 01/01/2025
Cost-share protected: N

Copayments:
PCP Office Visit: $0.00
Specialist: $0.00
Hospital Emergency: $0.00

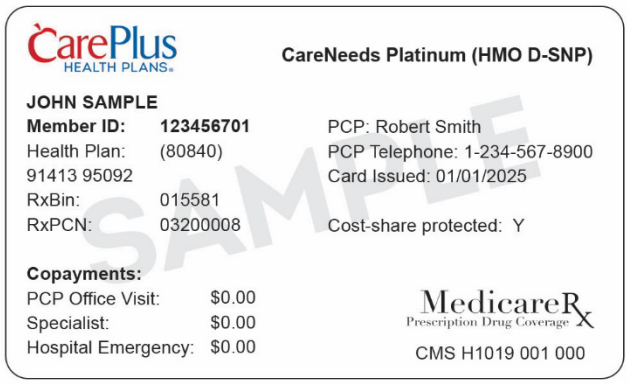
MedicareRx Prescription Drug Coverage
CMS H1019 001 000

Member Services: **1-800-794-5907** **TTY: 711**
My CarePlus Connect: **1-866-667-0483**
Provider Services:
Eligibility: 1-866-220-5448
Authorizations: 1-800-201-4305
Claim Status: 1-866-313-7587
Pharmacy Inquiries:
Claims Issues: 1-800-865-4034
Authorizations: 1-866-315-7587
CarePlus Claims: P.O. BOX 14697 LEXINGTON, KY 40512

Please visit us at : CarePlusHealthPlans.com

SAMPLE

Tarjeta para un afiliado del Plan HMO de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad (D-SNP, por sus siglas en inglés) con cobertura MAPD: Partes A, B y D



ID del titular de la tarjeta

Siempre que sea posible, las farmacias deben indicar el número de identificación del afiliado de Humana o CarePlus en el campo “Cardholder ID” (ID del titular de la tarjeta). Puede encontrar este número en la tarjeta de identificación del afiliado de Humana o CarePlus. En las secciones anteriores “Humana member ID cards” (Tarjetas de identificación de afiliado de Humana) y “CarePlus member ID cards” (Tarjetas de identificación del afiliado de CarePlus) se muestran imágenes de tarjetas de ejemplo.

Para reclamaciones de LI NET, el Identificador de beneficiario de Medicare (MBI, por sus siglas en inglés) puede enviarse en el campo ID del titular de la tarjeta.

En el caso de afiliados de Medicare que no tienen su número de identificación de Humana, las farmacias deben llamar al servicio de asistencia de farmacia al **800-865-8715** o enviar una consulta E1.

Para los afiliados de CarePlus Medicare que no tienen su número de identificación de CarePlus, las farmacias deben llamar a la Unidad de control de la utilización de CarePlus Pharmacy al **1-866-315-7587**.

Determinaciones de cobertura de Medicare

Los afiliados de Medicare o sus representantes autorizados y profesionales que recetan tienen el derecho de solicitar a Humana y/o a CarePlus que tome una decisión con respecto a la cobertura de un medicamento, al reembolso de un medicamento comprado con desembolso personal o al reembolso de un medicamento comprado en una farmacia fuera de la red. Consulte el “Apéndice A: Cobertura para medicamentos recetados de Medicare y sus derechos” en la página 56 de este manual.

Los afiliados, los profesionales que recetan y los representantes designados o autorizados pueden solicitar una determinación de cobertura acelerada si la salud del afiliado se viera comprometida por tener que esperar las 72 horas estándar. La solicitud se revisará en un plazo de 24 horas. Sin embargo, las solicitudes de pago o reembolso no se pueden acelerar.

Los afiliados, profesionales que recetan y los representantes designados o autorizados pueden solicitar una determinación de cobertura o una determinación de cobertura acelerada enviando la solicitud por fax a Humana al **877-486-2621**. Las solicitudes para afiliados de Puerto Rico se pueden enviar por fax al **855-681-8650**. Las solicitudes para afiliados de CarePlus se pueden enviar por fax al **1-800-310-9071**.

Para solicitudes específicas de LI NET, envíe un fax al **855-605-6385**. Las solicitudes también pueden enviarse por teléfono al **800-783-1307**. Si tiene alguna pregunta, llame a LI NET al **800-783-1307**.

Puede obtener más información y los formularios correspondientes en:

- **Provider.Humana.com/pharmacy-resources/tools** (elija el enlace debajo de “Coverage determinations” [Determinaciones de cobertura])

- **CarePlusHealthPlans.com/Providers/Pharmacy-Resources** (desplácese hacia abajo y elija “Part D Coverage Determinations” [Determinaciones de cobertura de la Parte D])

Beneficiarios elegibles para el subsidio por ingresos limitados

El subsidio por ingresos limitados (LIS, por sus siglas en inglés), también conocido como “Ayuda Adicional”, ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados con los costos de sus medicamentos recetados. Las personas elegibles para este programa reciben asistencia que les ayuda con el pago de primas, deducibles o costos compartidos relacionados con su plan de medicamentos de Medicare. Algunas personas son elegibles automáticamente para obtener este subsidio y no necesitan solicitarlo. Medicare les envía una carta a estas personas.

A veces, un afiliado cree que es elegible para el LIS y que está pagando una cantidad de costo compartido incorrecta por su(s) receta(s). Para atender estas situaciones, Humana ha establecido un proceso que permite al afiliado proporcionar la mejor evidencia disponible de su nivel adecuado de costos compartidos. En la farmacia, un afiliado puede mostrar evidencia de Ayuda Adicional al proporcionar cualquiera de los siguientes documentos:

- Una copia de la tarjeta de Medicaid del beneficiario que incluya el nombre del beneficiario y la fecha de elegibilidad durante un mes posterior a junio del año calendario anterior
- Una copia de un documento estatal que confirme el estado activo de Medicaid durante un mes posterior a junio del año calendario anterior
- Una impresión del archivo electrónico de afiliación estatal que muestre el estado de Medicaid durante un mes posterior a junio del año calendario anterior
- Una impresión de pantalla de los sistemas estatales de Medicaid que muestren el estado de Medicaid durante un mes posterior a junio del año calendario anterior
- Otra documentación que proporcione por el estado que muestre el estado de Medicaid durante un mes posterior a junio del año calendario anterior
- Una carta de la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) que demuestre que la persona recibe Ingreso suplementario de seguridad
- Una “Solicitud presentada por quien se considera elegible” donde se confirme que el beneficiario es “…automáticamente elegible para ayuda adicional…” (publicación HI 03094.605 de la SSA)

Tenga en cuenta que esta prueba debe confirmarla un farmacéutico y debe demostrar que la elegibilidad de la persona se hizo efectiva a más tardar en la fecha en que se despachó la receta. Si el afiliado no se encuentra en el sistema de SS&C Health, el farmacéutico puede llamar a servicio de asistencia de Humana Pharmacy al **800-865-8715** y elegir la opción 2 para añadir a un afiliado recientemente inscrito de la Parte D de Medicare al sistema de procesamiento de reclamaciones de SS&C Health mediante el uso del proceso de activación rápida. La LIS también puede añadirse durante el proceso de activación rápida (si corresponde).

Si el farmacéutico puede verificar una prueba de Ayuda Adicional del afiliado, el afiliado demuestra ser elegible en el sistema de SS&C Health y se realizó una llamada a Humana para actualizar el estado del LIS de Medicare del afiliado, el afiliado debe hacer un seguimiento enviando la prueba por correo postal a Humana a la siguiente dirección en un plazo de 30 días:

Humana
P.O. Box 14168
Lexington, KY 40512-4168

Para obtener asistencia adicional, el afiliado puede llamar todos los días a Atención al cliente de Humana al **800-281-6918**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este.

Si un afiliado desea solicitar el LIS de Medicare, debe llamar a la SSA al **800-772-1213**, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 7 p.m.

CarePlus
El farmacéutico puede llamar a la Unidad de administración de la utilización de CarePlus Pharmacy al **1-866-315-7587.** Una vez que se haya actualizado la información de elegibilidad para la Ayuda Adicional en la farmacia, el afiliado debe enviar la prueba por correo postal en un plazo de 30 días a la siguiente dirección para mantener el nivel de copago correcto:

CarePlus Health Plans
Attn: Departamento de servicios para afiliados
P.O. Box 277810
Miramar, FL 33027

Para obtener asistencia con inquietudes respecto a la Ayuda Adicional, los afiliados pueden llamar a Servicios para afiliados de CarePlus al **1-800-794-5907 (TTY: 711)**, todos los días, de 8 a.m. a 8 p.m. (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. (del 1 de abril al 30 de septiembre), hora del este. Los afiliados pueden dejar un mensaje de voz después del horario de servicio, los sábados, domingos y días festivos. Humana devolverá la llamada en el plazo de un día hábil.

Mejor evidencia disponible para residentes de centros de cuidado a largo plazo

Los patrocinadores de la Parte D de Medicare deben aceptar cualquiera de las siguientes formas de evidencia del beneficiario o del farmacéutico, defensor, representante, familiar u otra persona del beneficiario que actúe en nombre del beneficiario para establecer que un beneficiario está institucionalizado o que, a partir de una fecha especificada por el secretario, pero no antes del 1 de enero de 2012, es una persona que recibe servicios comunitarios y domiciliarios (HCBS, por sus siglas en inglés) y es elegible para cero costos compartidos:

- Un envío del centro que muestre el pago de Medicaid para un mes calendario completo para esa persona durante un mes posterior a junio del año calendario anterior
- Una copia de un documento estatal que confirme el pago de Medicaid en nombre de la persona al centro durante un mes calendario completo posterior a junio del año calendario anterior
- Una impresión de pantalla de los sistemas estatales de Medicaid que muestre que el estado institucional de la persona se basa en una estadía de por lo menos un mes calendario completo a los fines del pago de Medicaid durante un mes posterior a junio del año calendario anterior
- Con vigencia a partir de una fecha especificada por el secretario, pero no antes del 1 de enero de 2017, una copia de:
    - Un Aviso de acción, Aviso de determinación o Aviso de afiliación emitidos por el estado que incluya el nombre del beneficiario y la fecha de elegibilidad para HCBS durante un mes posterior a junio del año calendario anterior
    - Un plan de servicio HCBS aprobado por el estado que incluya el nombre del beneficiario y la fecha de vigencia a partir de un mes posterior a junio del año calendario anterior
    - Una carta de aprobación de autorización previa emitida por el estado para HCBS que incluya el nombre del beneficiario y la fecha de vigencia que comienza durante un mes posterior a junio del año calendario anterior
    - Otra documentación proporcionada por el estado que muestre el estado de elegibilidad para HCBS durante un mes posterior a junio del año calendario anterior
    - Un documento emitido por el estado, como un aviso de envío de fondos, que confirme el pago para HCBS y que incluya el nombre del beneficiario y las fechas de HCBS

Los farmacéuticos que tengan evidencia de que la responsabilidad del costo compartido de un afiliado de Medicare de Humana que reside en un centro de cuidado a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) debe ser diferente de la que aparece en las reclamaciones adjudicadas pueden proporcionar evidencia aplicable a Humana con respecto al estado de LIS del afiliado. Los farmacéuticos pueden enviar las

pruebas apropiadas a Humana utilizando el formulario “Apelación de cuidado a largo plazo por envío fuera de plazo” en **https://assets.humana.com/is/content/humana/LTC Appeal Form for Untimely Filingpdf.**

Las consultas relacionadas con los niveles de LIS de los afiliados pueden hacerse a Humana al **800-281-6918**. Los farmacéuticos que tengan evidencia de que el costo compartido del afiliado en las reclamaciones de afiliado de Medicare es incorrecto y que debería reflejar un nivel de LIS diferente también deben llamar a este número.

Para afiliados de CarePlus, los farmacéuticos pueden llamar al **1-866-315-7587**, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este, para proveer evidencia aplicable con respecto al estado de LIS del afiliado.

Tabla de LIS 2025: Ayuda Adicional para afiliados

Categorías	Nivel de LIS	Límites de recursos	Deducible	Costos compartidos hasta límite de gasto desembolso personal (OOP, por sus siglas en inglés) ($2,000)	Copago por encima del límite de desembolso personal ($2,000)	% de subsidio de la prima de la Parte D
Subsidio completo: doble elegibilidad con beneficios completos superior al 100% y al 150% del nivel de pobreza federal (FPL, por sus siglas en inglés)	1	N/A: persona considerada elegible para Medicaid	$0	$4.90 por medicamento genérico/preferido de origen múltiple o biosimilar; $12.15 por cualquier otro medicamento	$0	100%
Subsidio completo: doble elegibilidad sin beneficios completos igual o inferior al 150% del FPL	1	Recursos/activos inferiores o iguales a $17,660 (soltero; $35,130 (casado)	$0	$4.90 por medicamentos genéricos/preferidos de origen múltiple o biosimilares; $12.15 por todos los demás medicamentos	$0	100%
Subsidio completo: doble elegibilidad con beneficios completos inferior o igual al 100% del FPL	2	N/A: persona considerada elegible para Medicaid	$0	$1.60 por medicamentos genéricos/preferidos de origen múltiple o biosimilares; $4.80 por todos los demás medicamentos	$0	100%
Personas institucionalizadas con doble elegibilidad y beneficios completos	3	N/A: persona considerada elegible para Medicaid	$0	Copago de $0	$0	100%

Notas:

- Los límites de recursos/activos indicados incluyen $1,500 por persona para gastos fúnebres.
- Si el afiliado selecciona un plan con un deducible o costo compartido presentado inferior a su cantidad de LIS, el afiliado sería responsable de pagar la cantidad menor.

Cobertura de medicamentos

Listas de medicamentos

Humana administra numerosas Listas de medicamentos para los numerosos planes de beneficios de medicamentos recetados que ofrece. Las farmacias pueden ver los detalles de estas Listas de medicamentos en **Provider.Humana.com/pharmacy-resources/tools/humana-drug-lists**. Para ver las Listas de medicamentos de CarMPlus, visite **CarePlusHealthPlans.com/Providers/Pharmacy-Resources**.

El Comité de Farmacia y Tratamientos de Humana, compuesto por médicos y farmacéuticos, elabora y mantiene las Listas de medicamentos. La cobertura de medicamentos del afiliado varía según el plan. Determinados medicamentos recetados pueden tener limitaciones de cobertura según la duración o la dosis, o pueden requerir aprobación previa. Humana puede agregar medicamentos a la lista, cambiar medicamentos de la lista o eliminar medicamentos de la lista en cualquier momento, lo que podría afectar la cantidad que el afiliado paga por los medicamentos recetados. Algunos estados y mercados tienen requisitos específicos para realizar cambios en el formulario, como Texas, Louisiana, Illinois y Puerto Rico.

Excepciones a la cobertura del plan para afiliados de Medicare

Los afiliados de Medicare pueden solicitar a Humana y/o a CarePlus que haga una excepción a sus reglas de cobertura; sin embargo, la solicitud debe incluir una declaración de respaldo del profesional que receta del afiliado. Los afiliados pueden enviar varios tipos de solicitudes de excepción, entre ellas:

- Solicitar que se cubra un medicamento, aunque no se encuentre en la Lista de medicamentos de Humana y/o de CarePlus
- Solicitar una exención a Humana y/o a CarePlus con respecto a restricciones o límites de cobertura impuestos a un medicamento recetado (por ejemplo, autorización previa, terapia por fases, límites de despacho)
- Solicitar un mayor nivel de cobertura para un medicamento recetado (por ejemplo, si un medicamento se considera no preferido de Nivel 4, el afiliado puede solicitar que se cubra como medicamento de marca preferido de Nivel 3 en su lugar. Esto puede resultar en un menor copago para el afiliado).

Se debe solicitar una decisión acelerada si la salud del afiliado se viera comprometida por tener que esperar las 72 horas estándar para tomar una decisión.

Los afiliados, los profesionales que recetan y los representantes designados o autorizados pueden solicitar una excepción o una excepción acelerada enviando la solicitud por fax a HCPR al **877-486-2621**. Para los afiliados de CarePlus, las solicitudes se pueden enviar por fax al **1-800-310-9071**. Para enviar una solicitud, debe completarse un formulario de determinación de cobertura que se encuentra en **Provider.Humana.com/pharmacy-resources/prior-authorizations**. Para obtener un formulario de determinación de cobertura de CarePlus, visite **CarePlusHealthPlans.com/Providers/Pharmacy-Resources**. Los profesionales que recetan o los farmacéuticos que tengan preguntas pueden llamar a HCPR al **800-555-CLIN (2546)**. Las solicitudes para afiliados de Puerto Rico se pueden enviar por teléfono al **866-488-5991** o por fax al **855-681-8650**. Para CarePlus, los profesionales que recetan o los farmacéuticos que tengan preguntas pueden llamar a la Unidad de administración de la utilización de CarePlus Pharmacy al **1-866-315-7587**.

Para más información, consulte el “Apéndice A: Cobertura para medicamentos recetados de Medicare y sus derechos” en la página 56 de este manual.

Tenga en cuenta: Humana y CarePlus no aceptan solicitudes de autorización previa directamente de las farmacias. El afiliado o el profesional que receta deben iniciar la solicitud.

Control de utilización

Determinados medicamentos recetados deben pasar por un proceso de aprobación basada en criterios antes de que se tome una decisión de cobertura.

- **Autorización previa (PA, por sus siglas en inglés):** el Comité de Farmacia y Tratamientos de Humana revisa los medicamentos sobre la base de la seguridad, la eficacia y el beneficio clínico, y puede hacer adiciones o eliminaciones en la lista de medicamentos recetados que requieren autorización previa.
- **Terapia por fases:** los planes que están sujetos a terapia por fases, como componente del programa estándar de revisión de utilización de medicamentos (DUR, por sus siglas en inglés) de Humana o CarePlus, requieren que el afiliado utilice medicamentos que comúnmente se consideran de primera línea antes de usar aquellos que se consideran de segunda o tercera línea. Estos requisitos promueven pautas de tratamiento nacionales establecidas y ayudan a promover un tratamiento con medicamentos seguro y eficiente con relación al costo.
- **Límites de cantidad:** los límites de cantidad se aplican a diversas clases de medicamentos a fin de facilitar el uso terapéutico adecuado y aprobado de estos agentes. A juicio de Humana, este programa ayuda a los afiliados a obtener la dosis óptima requerida para tratar sus afecciones. Si la afección de salud de un afiliado justifica una cantidad adicional, el farmacéutico debe pedir al profesional que receta que envíe una solicitud a la Unidad de administración de la utilización de HCPR y/o de CarePlus Pharmacy.

Tenga en cuenta: Humana y CarePlus no aceptan solicitudes de determinaciones de cobertura directamente de las farmacias. El afiliado o el profesional que receta deben iniciar la solicitud.

Los profesionales que recetan pueden solicitar lo siguiente para autorización previa de medicamentos, terapia por fases, límites de cantidad y excepciones de medicamentos mediante la guía de referencia rápida para profesionales que recetan que se encuentra en
https://assets.humana.com/is/content/humana/Prescriber Quick Reference Guidepdf.
Los profesionales que recetan de Puerto Rico pueden utilizar la guía de referencia rápida en
https://assets.humana.com/is/content/humana/Prescriber Quick Reference Guide_Puerto Ricopdf.

Los profesionales que recetan o los farmacéuticos que tengan preguntas pueden llamar a HCPR al **800-555-CLIN (2546)**. Las solicitudes para afiliados de Puerto Rico se pueden enviar por teléfono al **866-488-5991** o por fax al **855-681-8650**.

Para los afiliados de CarePlus, los profesionales que recetan pueden visitar **CarePlusHealthPlans.com/Providers/Pharmacy-Resources**. Los profesionales que recetan o los farmacéuticos que tengan preguntas pueden llamar a la Unidad de administración de la utilización de CarePlus Pharmacy al **1-866-315-7587**, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este.

Procedimientos generales de reclamaciones

Envío de reclamaciones de farmacia

Todas las farmacias participantes deben cumplir con las normas de transacciones del NCPDP para reclamaciones de medicamentos de farmacia, coordinación de beneficios y servicios de farmacia relacionados. Antes de enviar una reclamación, la farmacia debe tener registrada una receta válida.

La farmacia no puede enviar reclamaciones de prueba. Las reclamaciones de prueba son envíos de reclamaciones que se utilizan para confirmar la elegibilidad del paciente o para determinar la existencia de restricciones o requisitos de cobertura o la cantidad máxima de reembolso.

Números de identificación del banco (BIN, por sus siglas en inglés) y números de control del procesador (PCN, por sus siglas en inglés)

Plan	BIN	PCN
Plan de medicamentos recetados de Medicare (Parte D)* Use esto si el afiliado tiene un plan MAPD o PDP.	015581	03200000
Planes MA (solo Parte B)* Use esto si el afiliado tiene un plan MA únicamente.	610649	03200004
MPPP	610649	MPPP7777
LI NET	015599	05440000
Planes CarePlus MAPD	015581	03200008
Planes CarePlus solo de MA	610469	03200000
CarePlus MPPP	610649	MPPP8888

* Envíe con el número de identificación del afiliado de Humana que se encuentra en la tarjeta de identificación del afiliado.

Plan	BIN	PCN	Grupal
Hospicio de Enclara con cargo por servicio	018232	PBMOCE	HOSPICEFFS
Hospicio de Enclara por día	018232	PBMOCE	HOSPICIO
Hospicio de Enclara Vitas	018232	PBMOCE	HOSPICE12

Requisitos de código de origen de la receta

Humana exige que en todas las recetas se incluya el código de origen de la receta (campo 419-DJ de la norma de telecomunicaciones D.0 del NCPDP). Si no se incluye este código, todas las reclamaciones enviadas se rechazarán en el punto de venta (POS, por sus siglas en inglés). Si el farmacéutico no puede incluir este código dentro del sistema de gestión de la farmacia, debe comunicarse con el proveedor de software actual de la farmacia para obtener asistencia. SS&C Health no puede anular esta modificación.

Todas las recetas nuevas deben contener uno de los siguientes valores numéricos:

Valor	Tipo de valor
1	Escrito
2	Teléfono
3	Electrónico
4	Fax
5	Situaciones en las que es necesario crear un nuevo número de receta a partir de una receta válida existente, como transferencias tradicionales, transferencias intracadena, compras de archivos y actualizaciones/migraciones de software. Este valor también es el valor apropiado para “despacho de farmacia”, cuando corresponda, como en el caso de venta sin receta, Plan B, protocolos establecidos, autoridad de los farmacéuticos para recetar, etc.

Número de surtido de receta

Las recetas, incluidas las repeticiones de recetas, deben contener el número de surtido de receta según la siguiente tabla:

Valor	Tipo de valor
00	Despacho original: el primer despacho
01-99	Número de repetición de receta: número de reabastecimiento

Impuesto sobre las ventas

Para los estados donde se aplica el impuesto sobre las ventas, este impuesto debe enviarse como un valor equivalente al porcentaje del cargo normal y habitual que equivale a la tasa del impuesto sobre las ventas aplicable. El farmacéutico debe introducir una cantidad impositiva en el campo 482-GE del NCPDP. Si este campo se deja en blanco, no se calculará el impuesto sobre las ventas.

La dirección del afiliado no es un elemento necesario para tramitar la reclamación, a menos que el medicamento sea para envío. La dirección del afiliado debe agregarse al lugar al cual se envíe el medicamento. La farmacia debe introducir la siguiente información en el campo NCPDP correspondiente para que se aplique el impuesto de envío: El tipo de servicio de farmacia es 03 Terapia de infusión en el hogar (HIT), 05 (LTC), 06 Pedido por correo (MO) o 08 (Especialidad).

Para permitir el cumplimiento de la ley estatal de Louisiana, las farmacias de Louisiana también deben enviar la tarifa del proveedor en el campo 481-HA del NCPDP. El pago se reflejará en el campo 558-AW del NCPDP, cuando corresponda. Si la farmacia tiene preguntas sobre el impuesto sobre las ventas, envíe un correo electrónico a **PharmacyPricingReview@humana.com**.

Envío oportuno de reclamaciones

Las reclamaciones deben enviarse en la fecha del servicio (DOS, por sus siglas en inglés). Sin perjuicio de lo anterior, las farmacias tienen al menos 30 días, pero no más de 90, desde la DOS para enviar reclamaciones por servicios de farmacia de LTC. Además, existen circunstancias especiales conforme a las cuales una farmacia puede enviar reclamaciones después de la DOS, incluidas las siguientes:

- Resolución de problemas de coordinación de beneficios que requieran la anulación de reclamaciones y la refacturación a los pagadores correspondientes de la Parte D de Medicare, que disponen de 36 meses para su presentación
- Solicitudes de LI NET (consulte los “Límites de presentación oportuna” en los formularios de pagadores de LI NET en **https://assets.humana.com/is/content/humana/D.0 Limited Income NET (LI NET) Program payer sheetpdf**.)
- Reclamaciones de subrogación, que tienen 36 meses para su envío
- Reclamaciones de Medicare, que tienen hasta el 31 de marzo del año posterior a la DOS

Intentar adjudicar una transacción de POS después de la fecha límite de envío de reclamaciones puede dar lugar a un rechazo con el mensaje “Reclamación demasiado antigua” (Rechazo 81 del NCPDP). Esto incluye:

- Pagos, reversiones o ajustes del POS
- Reclamaciones del formulario de reclamación universal para pago y reversiones

Si tiene preguntas sobre el procesamiento de reclamaciones, llame al servicio de asistencia de Humana Pharmacy al **800-865-8715**. Esta línea está operativa las 24 horas, los siete días de la semana. Si tiene preguntas sobre el procesamiento de reclamaciones de CarePlus, llame a la Unidad de administración de la utilización de CarePlus Pharmacy al **1-866-315-7587.**

Tenga en cuenta: Esto no se aplica a reclamaciones de afiliados con LIS que se inscribieron retroactivamente.

Apelaciones de LTC por envío fuera de plazo
Según lo establecido en la Sección 423.505(b)(20) del Título del 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR, por sus siglas en inglés), las reclamaciones de farmacia se deben enviar para las personas elegibles a más tardar 90 días después de la DOS. Humana y CarePlus reconocen la necesidad de hacer excepciones cuando no se pueden enviar reclamaciones en este plazo. En estos casos, la farmacia de LTC que solicita dicha excepción debe completar, firmar y fechar el formulario de apelación de LTC para su envío fuera de plazo.

Este es un enlace al formulario, que proveerá una lista de excepciones permitidas, junto con la forma de enviar el formulario para su consideración:
https://assets.humana.com/is/content/humana/LTC Appeal Form for Untimely Filingpdf

Formularios de pagadores de SS&C Health específicos de Humana

Los farmacéuticos pueden encontrar los correspondientes formularios de pagadores de farmacias de Medicare en **es-www.Humana.com/Pharmacists.** Busque el enlace "Manuales y formularios de farmacia". Los enlaces directos a los Formularios de pagadores son los siguientes:

- D.0 Formulario de pagadores de Medicare:
  https://assets.humana.com/is/content/humana/D.0 Pharmacy Medicare payer sheetpdf
- D.0 Formulario de pagadores de LI NET:
  https://assets.humana.com/is/content/humana/D.0 Limited Income NET (LI NET) Program payer sheetpdf
- D.0 Formulario de pagadores del Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare:
  https://assets.humana.com/is/content/humana/D.0 Pharmacy Medicare Prescription Payment Plan payer sheetpdf

Formularios de pagadores de SS&C Health de CarePlus

Los farmacéuticos pueden encontrar los formularios correspondientes de pagadores de farmacia de CarePlus en **CarePlusHealthPlans.com/Providers/Pharmacy-Resources**.

Formulario de pagadores de SS&C Health de Enclara

Los farmacéuticos pueden encontrar el formulario de pagadores de Enclara en **es-www.Humana.com/Pharmacists**. Busque el enlace "Manuales y formularios de farmacia". El enlace directo al formulario de pagadores es
https://assets.humana.com/is/content/humana/D.0 Pharmacy Enclara payer sheetpdf.

Envío del Número de Identificación Nacional del Proveedor del profesional que receta

Humana y CarePlus exigen que en todas las transacciones electrónicas se use un NPI de Tipo 1 (también conocido como "individual") válido y preciso. Las reclamaciones enviadas sin un NPI de Tipo 1 válido y activo se rechazarán en el punto de venta con el siguiente mensaje de error: "Se requiere NPI de Tipo 1 del profesional que receta".

Además, los códigos de error que se indican a continuación aparecerán en los mensajes de formato libre que se envían a las farmacias. Si la farmacia considera que recibió uno de estos códigos por error (es decir, el NPI enviado es un número de NPI individual, válido y activo), la farmacia puede anular la modificación con el Código de aclaración de envío (SCC, por sus siglas en inglés) correspondiente. Las reclamaciones procesadas con un SCC pueden estar sujetas a una revisión de validación posterior a la adjudicación.

Descripción del NCPDP	Descripción del código de error del NCPDP	Mensajes en formato libre	SCC correspondiente
56	ID del profesional que receta no coincide.	No se encontró el ID enviado del profesional que receta. Si se valida, envíe el SCC correspondiente.	42
42	La base de datos de profesionales que recetan del plan indica que el ID del profesional que receta enviado está inactivo, no se encuentra, o venció.	El ID del profesional que receta no está activo. Si se valida, envíe el SCC correspondiente.	42
43	La base de datos de profesionales que recetan del plan indica que el número de la Administración de Control de Drogas (DEA, por sus siglas en inglés) de Estados los EE. UU. asociado para el ID del profesional que receta enviado está inactivo o venció.	Se requiere la validación del estado activo del número de la DEA. Si se valida, envíe el SCC correspondiente.	43
44	La base de datos de profesionales que recetan del plan indica que no se encuentra el número de la DEA asociado con el ID del profesional que receta que se envió.	Se requiere validación de un número activo de la DEA para la receta. Si se valida, envíe el SCC correspondiente.	43 o 45
46	La base de datos de profesionales que recetan del plan indica que el número de la DEA asociado con el ID del profesional que receta enviado no permite esta categoría de números de la DEA para medicamentos.	Se requiere la validación de la categoría de números de la DEA activos. Si se valida, envíe el SCC correspondiente.	46
543	No se admite el valor del calificador de ID del profesional que receta.	Se requiere el Tipo 1 del profesional que receta. No se permite ID del profesional que receta extranjero.	N/A
619	Se requiere NPI de Tipo 1 del profesional que receta.	Reclamación sin cobertura debido a requisito de NPI del profesional que receta válido y activo de la Parte D de Medicare	N/A

El campo NPI de la farmacia debe contener información precisa que identifique a la farmacia para cada reclamación enviada. El NPI de la farmacia debe enviarse en el campo 201-B1 del NCPDP (ID del proveedor de servicios) con el calificador “01” en el campo 202-B2 del NCPDP (calificador del ID del proveedor de servicios). El NPI del profesional que receta también debe enviarse en el campo 411-DB del NCPDP (ID del profesional que receta) con el calificador “01” en el campo 466-EZ del NCPDP (calificador del ID del profesional que receta).

Códigos para despachar como se especifica

Humana y CarePlus reconocen los códigos estándar de despachar como se especifica (DAW, por sus siglas en inglés) del NCPDP. Los medicamentos recetados con una solicitud DAW deben designar el código de selección del producto DAW (campo 408-D8 del NCPDP) en la reclamación enviada.

Para una receta enviada con un código DAW distinto a cero, el motivo del código seleccionado debe documentarse y tiene que cumplir con todas las leyes, reglas y reglamentaciones aplicables.

Códigos DAW para medicamentos de marca de origen múltiple
Se rechazarán las solicitudes si no se introduce un código DAW o si se introduce el código DAW "0" cuando se despachó un medicamento de marca de origen múltiple. Aparecerá el código de error "100" de SS&C con el siguiente mensaje: "ORIG. MÚLTIPLE - DESP genérico o Ingresar código de DAW". Debe introducirse un código DAW de "5" si la farmacia considera que el medicamento de marca de origen múltiple es genérico.

Valor	Tipo de valor
0	No se indica selección de producto
1	El profesional que receta no permite sustitución
2	Se permite sustitución — se despacha producto solicitado por el paciente
3	Se permite sustitución — se despacha producto que seleccionó el farmacéutico
4	Se permite sustitución — medicamento genérico no disponible
5	Se permite sustitución — se despacha medicamento de marca como genérico
6	Anular
7	No se permite sustitución — la ley exige uso de medicamento de marca
8	Se permite sustitución — medicamento genérico no disponible en el mercado
9	El profesional que receta permite sustitución, pero el plan solicita que se despache el producto de marca que solicita el plan del paciente

Modificaciones de seguridad de la revisión de la utilización de medicamentos (DUR, por sus siglas en inglés)

Humana y CarePlus implementan revisiones concurrentes o modificaciones de seguridad de la DUR en el punto de servicio para ayudar a las farmacias a identificar y responder ante terapias de medicamentos potencialmente inapropiadas o inseguras antes del despacho. Estas modificaciones de seguridad pueden presentarse como un mensaje, un rechazo no definitivo o un rechazo definitivo e incluyen, sin limitarse a ello:

Tipo de DUR	Información de farmacia	Ejemplo
Interacción entre medicamentos	Identifica posibles interacciones adversas entre el medicamento enviado y otros medicamentos en el historial de medicamentos recetados del paciente	Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina/inhibidores de monoaminooxidasa
Interacción entre medicamentos y enfermedades	Identifica el riesgo de seguridad cuando un medicamento activo está contraindicado para el estado de enfermedad de un paciente (la enfermedad puede inferirse o identificarse a través del historial de reclamaciones médicas).	Anfetaminas - Miocardiopatía

Interacción entre medicamentos y la edad	Identifica un riesgo de seguridad relacionado con el uso de medicamentos específicos para la edad del paciente	Adderall para menores de 6 años
Interacción entre medicamentos y sexo	Alerta de riesgo de seguridad relacionado con el uso de medicamentos específicos para el sexo informado Tenga en cuenta: Las ediciones de sexo solo se aplican a Medicaid cuando corresponde.	Makena
Dosis máxima	Identifica el riesgo de seguridad cuando la dosis supera la dosis diaria máxima para adultos del First Databank (FDB) (la proporción de superación de la dosis máxima del FDB es específica del medicamento).	Dosis diaria de Digoxina mayor que 500 mcg
Dosis alta de MED*	Identifica a los pacientes con mayor riesgo de sobredosis o de utilización inadecuada de opiáceos (una dosis superior a 90 mg MED al día activará este código de error).	MS Contin 30 mg dos veces al día más Percocet 10/325 mg dos comprimidos cada ocho horas, según sea necesario.
Sin tratamiento previo con opioides	Identifica a los pacientes que no han adquirido un medicamento opioide en los últimos 108 días. A estos pacientes se les aplicará un límite de suministro de medicamentos opioides de siete días o menos.	Suministro de hidrocodona/paracetamol 5/325 mg durante 8 días
Se superaron las limitaciones del plan: acumulación	Identifica la posibilidad de sobredosis que resulte en que haya uno o varios medicamentos o dosis acumulativas que superen los máximos diarios seguros.	Dosis de paracetamol superior a 4 gramos al día
Duplicación terapéutica	Identifica la duplicación dentro de una clase terapéutica de medicamentos activos con superposición de reclamaciones en el historial de medicamentos recetados del paciente.	Dos recetas para diferentes bloqueadores de los receptores de angiotensina

* MED – dosis equivalente de morfina

Revisión de la utilización de medicamentos con rechazo no definitivo

En la farmacia minorista se pueden resolver determinadas alertas de seguridad de DUR. Cuando se reciben estos rechazos, los farmacéuticos deben aplicar el criterio clínico para revisar la alerta, recomendar cambios en el tratamiento o anular la alerta cuando sea clínicamente apropiado. El mensaje sobre rechazos de reclamaciones indicará “Rechazo no definitivo: El pagador permite anulación del código DUR/PPS”. Si la farmacia aprueba el surtido de la receta, el rechazo puede anularse utilizando el código profesional y de resultados apropiado de la siguiente lista:

Código de error del NCPDP	Descripción del NCPDP	Motivo del servicio	Servicio profesional	Resultado del servicio
88: Error de rechazo de DUR	Este medicamento interactúa con otros medicamentos del paciente	DD: Interacción entre medicamentos	DE: Evaluación de la dosis M0: Se consultó con el profesional que receta MP: Se controlará al paciente PE: Educación/instrucción del paciente	1A: Se surtió tal cual, falso positivo 1B: Se surtió la receta tal cual 1D: Se surtió con diferentes instrucciones 1F: Se surtió con diferente cantidad

			P0: Se consultó con el paciente R0: El farmacéutico consultó con otra fuente SW: Búsqueda/revisión bibliográfica	1G: Se surtió con la aprobación del profesional que receta 4A: Se recetó con acuse de recibo 4B: Se despachó, cuidado paliativo 4D: Se despachó, tratamiento del cáncer
70: Error de rechazo de DUR	El medicamento interactúa con el estado de enfermedad del paciente	DC: Toxicomanía	DE: Evaluación de la dosis M0: Se consultó con el profesional que receta MP: Se controlará al paciente PE: Educación/instrucción del paciente P0: Se consultó con el paciente R0: El farmacéutico consultó con otra fuente SW: Búsqueda/revisión bibliográfica	1A: Se surtió tal cual, falso positivo 1B: Se surtió la receta tal cual 1D: Se surtió con diferentes instrucciones 1F: Se surtió con diferente cantidad 1G: Se surtió con la aprobación del profesional que receta 4A: Se recetó con acuse de recibo 4B: Se despachó, cuidado paliativo 4D: Se despachó, tratamiento del cáncer
88: Error de rechazo de DUR	Este medicamento puede duplicar el tratamiento actual del paciente	TD: Duplicación terapéutica	M0: Se consultó con el profesional que receta PE: Educación/instrucción del paciente P0: Se consultó con el paciente R0: El farmacéutico consultó con otra fuente SW: Búsqueda/revisión bibliográfica TH: Intercambio terapéutico de producto	1A: Se surtió tal cual, falso positivo 1B: Se surtió la receta tal cual 1D: Se surtió con diferentes instrucciones 1F: Se surtió con diferente cantidad 1G: Se surtió con la aprobación del profesional que receta 4A: Se recetó con acuse de recibo 4B: Se despachó, cuidado paliativo 4D: Se despachó, tratamiento del cáncer

88: Error de rechazo de DUR 922: La dosis equivalente de morfina supera el límite**	Se limita la dosis diaria equivalente a miligramos de morfina (MME, por sus siglas en inglés) acumulada en todas las recetas de opioides a un umbral inferior entre 90 y 200 MME	HD: Dosis alta	M0: Se consultó con el profesional que receta DE: Evaluación de la dosis DP: Dosis evaluada	1B: Se surtió la receta tal cual 1D: Se surtió con diferentes instrucciones 1F: Se surtió con diferente cantidad 1G: Se surtió con la aprobación del profesional que receta 4A: Se recetó con acuse de recibo 4B: Se despachó, cuidado paliativo 4D: Se despachó, tratamiento del cáncer 4K: Exención de la especialidad del profesional que receta - oncología de cuidado paliativo no de hospicio 4L: Exención por especialidad del profesional que receta - hospicio
88: Error de rechazo de DUR 922: La dosis equivalente de morfina supera el límite*	Se limita la dosis diaria acumulada de MME en todas las recetas de opioides a un umbral superior de más de 200 MME	ER: Uso excesivo	M0: Se consultó con el profesional que receta	4B: Se despachó, cuidado paliativo 4L: Exención por especialidad del profesional que receta - hospicio
88: Error de rechazo de DUR	Uso concomitante de opioides y benzodiazepinas	AT: Toxicidad del aditivo	DE: Evaluación de la dosis M0: Se consultó con el profesional que receta MP: Se controlará al paciente PE: Educación/instrucción del paciente P0: Se consultó con el paciente R0: El farmacéutico consultó con otra fuente SW: Búsqueda/revisión bibliográfica	1F: Se surtió con diferente cantidad 1G: Se surtió con la aprobación del profesional que receta 4A: Se recetó con acuse de recibo 4B: Se despachó, cuidado paliativo 4D: Se despachó, tratamiento del cáncer

SOLO MEDICARE AG: Supera los límites de surtido iniciales de opioides 925: El suministro de días de surtido inicial supera el límite	Sin tratamiento previo con opioides – límite de suministro de siete días Anular el uso de los códigos ICD-10 elegibles si un paciente tiene una exención apropiada (es decir, enfermedad de células falciformes, cáncer, cuidados paliativos, hospicio, diagnóstico de manejo del dolor crónico [G89, M25, M47, M50, M51, M54] – solo para Medicare)	No se aplica	No se aplica	No se aplica

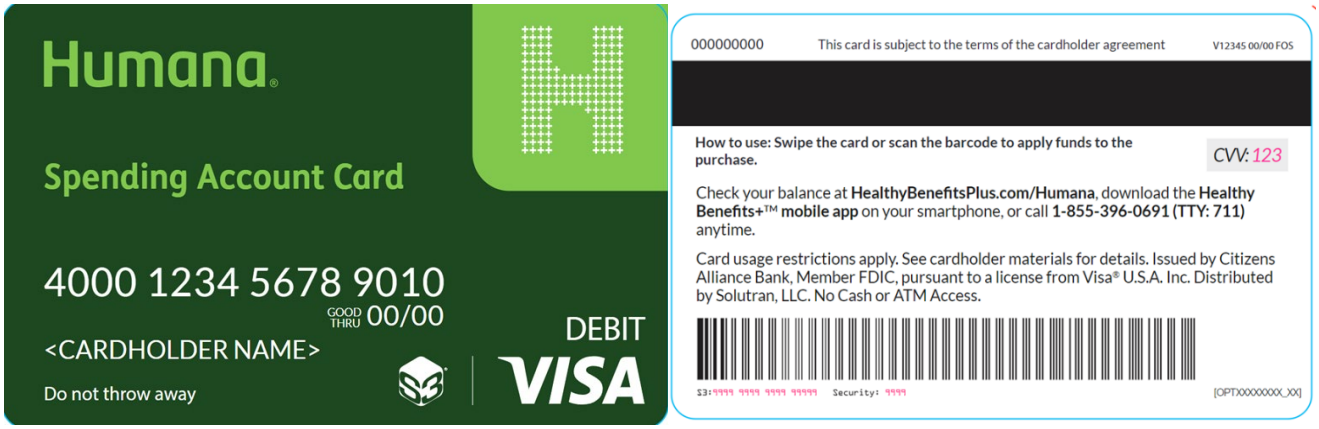
** 922 puede aplicarse a límites MED de reclamación única o reclamación acumulada para opioides.

Envío de medicamentos 340B

Cuando se despachan medicamentos adquiridos bajo el Programa 340B (conforme la definición de dichos términos por parte de los CMS), las farmacias deben utilizar un campo de SCC (42Ø-DK) con un valor de 20, o la norma del NCPDP más actualizada para la identificación de medicamentos 340B (a menos que la ley lo prohíba). Humana puede exigir a las farmacias que completen un anexo de contrato para despachar medicamentos 340B en virtud del acuerdo de farmacia.

Tarjeta de la cuenta de gastos Spending Account de Humana

Los afiliados de determinados planes MA pueden tener una tarjeta de gastos Spending Account Card™ de Humana. Esta tarjeta, que se emite a los afiliados que califican, proporciona un subsidio mensual de opciones saludables (o un subsidio mensual o trimestral de medicamentos de venta sin receta en 2025). Visite **HealthyBenefitsPlus.com/Humana** o llame al **855-396-0691 (TTY: 711)**, las 24 horas al día, los siete días a la semana, para conocer todos los detalles del programa. Este es un ejemplo de la tarjeta de la cuenta de gastos Spending Account.



Sustancias controladas

Reclamaciones de sustancias controladas

Durante la adjudicación de reclamaciones, Humana y CarePlus intentan confirmar la validez de la identificación del profesional que receta incluida en las reclamaciones de sustancias controladas

(Categoría II-V) y que la sustancia controlada está dentro del alcance de la práctica del profesional que receta. Las reclamaciones de medicamentos que se determine que están fuera de la autoridad para emitir recetas del profesional que receta (según los números de la DEA) se rechazarán con el siguiente mensaje de error: “La base de datos de profesionales que recetan del plan indica que el número de la DEA asociado con la identificación del profesional que receta enviado no permite esta clase de medicamento de la DEA”.

El mensaje en formato libre en la reclamación también indicará: “Se requiere la validación de la categoría de números de la DEA activos. Si se valida, envíe el SCC correspondiente”.

Aclaración de los requisitos federales – Medicamentos de la Categoría II

Humana y CarePlus quieren recordar a las farmacias la importancia de controlar la exactitud de las reclamaciones de farmacia y de cumplir con las leyes, normas y reglamentaciones federales y estatales. Esto es especialmente importante cuando se surten recetas y se envían reclamaciones por surtidos parciales de medicamentos de la Categoría II. Conforme al Acuerdo del proveedor de farmacia, las farmacias participantes deben cumplir con todas las leyes, normas y reglamentaciones federales y estatales relacionadas con el despacho de medicamentos.

La Ley de sustancias controladas estableció cinco categorías, que se basan en la aceptación del uso médico y el potencial de abuso de una sustancia o medicamento. Los medicamentos de la Categoría II tienen un alto potencial de abuso, tienen un uso médico aceptado (incluidas restricciones graves) y pueden causar dependencia psicológica o física grave si se abusa de ellos. De conformidad con la Sección 1306.12(a) del Título 21 del Código de Regulaciones Federales (CFR, por sus siglas en inglés), no se puede repetir la receta de medicamentos recetados de la Categoría II.

Las farmacias deben tomar las medidas apropiadas (incluida la verificación con el profesional que receta, cuando sea necesario) para confirmar que las sustancias controladas, incluidos los medicamentos de la Categoría II, se surtan únicamente de acuerdo con las leyes federales y estatales. Esto incluye evitar repeticiones de recetas y surtidos parciales de medicamentos de la Categoría II que no estén permitidos según la Ley de Sustancias Controladas.

Presentación de reclamaciones CII

La norma CMS-0055-F de los CMS exige que se envíe una cantidad recetada válida (campo 460-ET del NCPDP) en todas las reclamaciones de medicamentos de Nivel II (CII) de sustancias controladas designadas a nivel federal. Esto afecta el envío de datos de reclamaciones de farmacia, las modificaciones de adjudicación del procesador para validar la cantidad recetada y las actualizaciones del Formulario de pagadores para incluir el campo Quantity Prescribed (Cantidad recetada).

Si el campo (Cantidad recetada 460-ET) no se rellena para un medicamento CII, usted recibirá el Código ET de rechazo del NCPDP. Ingrese una cantidad recetada válida y vuelva a enviarla.

Acceda a este boletín de reclamaciones de CII para obtener información adicional:
https://assets.humana.com/is/content/humana/CII Claims Submission Requirements_Update_09_24_2020pdf.

Modificaciones y anulaciones en el punto de venta

Para respaldar las reglamentaciones estatales y federales relacionadas con los opioides y otras sustancias controladas, Humana y CarePlus emplean varias modificaciones en el POS.

Para obtener información sobre las orientaciones actuales sobre ediciones y anulaciones, visite **Provider.Humana.com/pharmacy-resources/manuals-forms** y seleccione la pestaña “Pharmacy resources” (Recursos de farmacia) en “Manuals and forms” (Manuales y formularios).

Cobertura de reclamaciones de Medicare

Parte B de Medicare versus cobertura de la Parte D

Los CMS hacen una distinción entre medicamentos recetados cubiertos según la Parte B de Medicare y los cubiertos según la Parte D de Medicare. Estas distinciones ayudan a los farmacéuticos a determinar la compañía de seguros adecuada a la que deben facturar. En general, Humana y CarePlus cubren la mayoría de los medicamentos recetados que cumplen con la definición de los CMS de medicamento de la Parte D y se despachan en una farmacia minorista conforme a la Parte D de Medicare y la mayoría de los medicamentos administrados incidentalmente a un servicio médico conforme a la Parte B de Medicare). Para los afiliados que tienen planes de la Parte B y la Parte D, se aplican las siguientes pautas:

La Parte B de Medicare cubre los siguientes medicamentos (esta no es una lista completa):

- Medicamentos inmunosupresores orales después de un trasplante aprobado por Medicare
- Medicamentos antieméticos orales durante las primeras 48 horas después de la quimioterapia
- Medicamentos para inhalación suministrados a través de un nebulizador cuyo lugar de servicio es el hogar del paciente
- Suministros para pruebas de diabetes, como medidores de glucosa en sangre, tiras reactivas y lancetas
- Algunos medicamentos que se administran en el hogar y que requieren el uso de una bomba de infusión, como ciertos medicamentos antifúngicos o antivirales y analgésicos
- Vacunas contra la influenza y la neumonía
- Insulina utilizada en una bomba
- Medicamentos inyectables administrados por un médico, si se administran en el consultorio con un suministro del médico

La Parte D de Medicare cubre los siguientes medicamentos (esta no es una lista completa):

- La mayoría de los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios
- Insulina (excluye la insulina utilizada en una bomba)
- Suministros de insulina, como jeringas estándar y sin aguja, agujas, gasa, almohadillas con alcohol y lapiceras para insulina
- La mayoría de las vacunas (producto y administración). Las excepciones de cobertura incluyen vacunas contra la influenza y la neumonía, vacunas contra la hepatitis B (cuando cumplen con los requisitos de los CMS para la cobertura de la Parte B) y vacunas utilizadas para el tratamiento de una lesión o enfermedad (por ejemplo, vacuna contra el tétanos)
- Productos recetados para dejar de fumar
- Medicamentos inyectables administrados por un médico, si se despachan en una farmacia minorista
- Medicamentos inyectables que pueden autoadministrarse
- Medicamentos inyectables o infusibles administrados en el hogar y no cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare
- Medicamentos para infusión no cubiertos conforme a la Parte B y administrados en el hogar mediante goteo intravenoso (IV) o inyección por presión; entre los ejemplos se incluyen, medicamentos intramusculares, antibióticos, nutrición parenteral, inmunoglobulina y otros medicamentos para infusión

Para que un medicamento recetado se incluya en el beneficio de la Parte D de Medicare, debe cumplir con la definición de medicamento de la Parte D y no debe excluirse de ningún modo. La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) de los EE. UU. debe regular un medicamento de la Parte D como medicamento, producto biológico o vacuna.

Los planes de medicamentos recetados cubren los medicamentos de la Parte D, los planes MA cubren los medicamentos de la Parte B y los planes MAPD cubren los medicamentos de la Parte B y la Parte D. La determinación de cobertura para la Parte B o la Parte D se basa en las pautas de cobertura de los CMS. **Una reclamación de medicamentos nunca será elegible para cobertura de la Parte B y de la Parte D simultáneamente.**

Si la farmacia tiene alguna pregunta sobre la cobertura apropiada de la Parte B en comparación con la Parte D, llame al número que aparece al reverso de la tarjeta de identificación del afiliado de Humana o CarePlus.

Humana y CarePlus siguen las pautas de cobertura de los CMS. Para ayudar a tomar la determinación apropiada para la cobertura y el pago de la Parte B o la Parte D, Humana y CarePlus pueden requerir autorización previa. Para solicitar autorización previa cuando sea necesario, los afiliados, los profesionales que recetan y los representantes designados o autorizados deben llamar a HCPR al **800-555-CLIN (2546)**. La persona que llama debe estar preparada para responder preguntas relacionadas con el medicamento recetado. Estas preguntas se utilizan para ayudar a determinar la cobertura y el pago ya sea de la Parte B o la Parte D. Las solicitudes de afiliados de Puerto Rico se pueden hacer por teléfono al **866-488-5991** o enviarse por fax al **855-681-8650**. Las solicitudes para afiliados de CarePlus pueden hacerse por teléfono al **1-866-315-7587** o se pueden enviar por fax **al 1-800-310-9071**.

Tenga en cuenta: Humana y CarePlus no aceptan solicitudes de autorización previa directamente de las farmacias. El afiliado o el profesional que receta deben iniciar la solicitud.

Si se recibe información insuficiente o incompleta y no es posible tomar la determinación de la cobertura de la Parte B o la Parte D de Medicare, se puede enviar un formulario por fax para solicitar más información al profesional que receta.

Prohibición de facturar saldos a afiliados con protección de costos compartidos
El programa de Beneficiario de Medicare elegible (QMB, por sus siglas en inglés) provee cobertura de Medicare de las primas de la Parte A y la Parte B y costos compartidos a los beneficiarios de Medicare con ingresos bajos. Como recordatorio, la ley federal prohíbe a los proveedores de Medicare, incluidas las farmacias, facturar a los beneficiarios del programa QMB los costos compartidos de la Parte B de Medicare. Esto incluye a algunos afiliados de MA y del Plan de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad de Humana.

Los afiliados con protección de costos compartidos no tienen la obligación legal de realizar pagos adicionales a un proveedor por medicamentos y/o suministros cubiertos por la Parte B de Medicare. Los saldos deben facturarse a Medicaid como el pagador secundario, siguiendo las pautas de Medicaid para el envío de reclamaciones. El costo compartido no se le puede cobrar al afiliado. Según las pautas de los CMS, si queda un saldo total o parcial después de facturar a Medicaid, o si el proveedor no puede facturar a Medicaid, aun así, el proveedor debe despachar el medicamento y/o suministro sin facturar el saldo al afiliado. Los proveedores que facturan indebidamente a afiliados con protección de costos compartidos pueden quedar sujetos a sanciones según lo establecido en el Artículo 1902(n)(3)(C) de la Ley de Seguro Social.

Parte B de Medicare versus Envío de reclamaciones de la Parte D

Un afiliado puede tener planes de la Parte B y la Parte D de Medicare separados con Humana. En esos casos, el farmacéutico recibirá un rechazo del plan de la Parte D de Humana por artículos y servicios cubiertos por la Parte B. Para procesar la reclamación según el plan de la Parte B de Humana del afiliado, el farmacéutico debe volver a enviar la reclamación con la combinación BIN/PCN correspondiente. Toda la información del afiliado, como el ID del titular de la tarjeta, sigue siendo la misma. Si hay problemas, los farmacéuticos pueden llamar al servicio de asistencia de farmacia al **800-865-8715**.

Administración de vacunas de Medicare

El programa de la Parte D de Medicare cubre los gastos de administración asociados con la inyección de vacunas de la Parte D de Medicare. Los farmacéuticos de las farmacias participantes de Humana y CarePlus pueden administrar las vacunas (si lo permiten las leyes estatales).

Envío de reclamaciones para administración de vacunas

Para enviar reclamaciones tanto de la vacuna como de la administración, la farmacia debe facturar un valor superior a cero en el campo de cantidad de incentivo enviada (438-E3) y enviar el código de servicio profesional "MA" en el campo 44Ø-E5.

Para enviar una reclamación por el cargo administrativo únicamente, la farmacia debe enviar el Código farmacológico nacional (NDC, por sus siglas en inglés) correspondiente al medicamento administrado, enviar un valor de cero en el campo de costo de ingredientes y un valor superior a cero en el campo de cantidad de incentivo enviada (438-E3). La farmacia también debe enviar un código de servicio profesional de "MA" en el campo 44Ø-E5.

Las vacunas contra la influenza, neumococo y hepatitis B no están cubiertas por el programa de la Parte D de Medicare. Sin embargo, son un beneficio cubierto para afiliados que tienen cobertura de la Parte B de Humana y CarePlus.

Procesamiento de Humana de las exclusiones de medicamentos de Medicare

En el caso de los afiliados de planes PDP de Medicare, Humana procesará las reclamaciones de medicamentos excluidos de la siguiente manera:

- **Medicamentos de la Parte B de Medicare:** Rechazo con un mensaje que dice "Facturar a aseguradora de la Parte B"
- **Medicamentos de la Parte D de Medicare, incluidos los medicamentos de venta sin receta:** Proceso a través del beneficio del afiliado

Los farmacéuticos que no reciban estos mensajes deben verificar con la sede central de su cadena o con su proveedor de software. Humana envía este mensaje, pero la sede central o el proveedor de software de la farmacia pueden optar por no mostrar mensajes en las reclamaciones que se adjudican satisfactoriamente.

Continuidad del cuidado de Medicare

Política de transición de minoristas y LTC

Esta política se aplica a medicamentos recetados que están sujetos a ciertas limitaciones, como medicamentos no enumerados en la Lista de medicamentos y aquellos que requieren autorización previa, terapia por fases o límite de cantidad. Esta política ayuda al proporcionar un suministro temporal a los afiliados que tienen una capacidad limitada para recibir el tratamiento con medicamentos recetados. Para afiliados nuevos y los reinscritos que vayan a una farmacia minorista, reciban medicamentos recetados a través de pedido por correo o se encuentren en un centro de LTC, Humana y CarePlus cubrirán un suministro temporal durante los primeros 90 días del año del plan actual o durante los primeros 90 días de la inscripción del afiliado, según corresponda. Humana y CarePlus cubrirán un suministro de 30 días para afiliados en una farmacia minorista o de pedido por correo y un suministro de 31 días para afiliados en centros de LTC. Si el afiliado presenta una receta escrita para menos de los días permitidos de suministro, Humana y CarePlus permitirán varios surtidos para proveer hasta el total de días permitidos de suministro del medicamento. Para afiliados que tengan un historial de reclamaciones de más de 108 días, Humana y CarePlus analizarán los 180 días desde la fecha de vigencia o del comienzo del año del plan actual del afiliado para revisar la utilización previa del medicamento recetado cuando el historial de reclamaciones esté disponible. En el caso de surtidos para casos de emergencia para afiliados residentes de LTC que hayan pasado los primeros 90 días de elegibilidad, Humana y CarePlus cubrirán un suministro de 31 días (a menos que la receta sea por menos) mientras se procesa una excepción o una solicitud de autorización previa. En ese caso,

Humana y CarePlus permitirán varios surtidos para proveer hasta un total de 31 días de un medicamento cubierto por la Parte D de Medicare cuando el medicamento recetado se surta en la farmacia de la red.

Humana y CarePlus indicarán que un medicamento recetado es un surtido de transición en el campo de mensaje de la respuesta a la reclamación pagada. El farmacéutico debe comunicar esta información al afiliado. La entrega de un suministro temporal da tiempo al afiliado para que hable con el profesional que receta para decidir si un medicamento alternativo es apropiado o para solicitar una excepción o autorización previa. Humana y CarePlus no pagarán repeticiones adicionales de la receta de medicamentos que se suministran temporalmente hasta que se haya obtenido una excepción o autorización previa.

La transición no se aplicará en las siguientes afecciones:

- Medicamento excluido por los CMS
- Medicamento de la Parte B de Medicare
- Medicamentos recetados que requieren una determinación de la Parte B versus la Parte D de Medicare y, por lo tanto, deben pasar por el proceso de autorización previa estándar
- Medicamentos recetados que requieren un diagnóstico para determinar el uso aceptado por razones médicas de la Parte D
- Modificaciones de seguridad
- No se cumplen los criterios iniciales de elegibilidad para la transición

Cambios en el nivel de cuidado

A lo largo del año del plan, es posible que los afiliados tengan cambios en el ámbito de su tratamiento debido al nivel de cuidado que requieren. Estas transiciones incluyen a:

- 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 finalizan su estadía en un centro de enfermería especializada de la Parte A de Medicare (donde los pagos incluyen todos los cargos de farmacia) y que ahora necesitan usar beneficios de la Parte D de su plan
- Afiliados que cambian de estado de hospicio y vuelven a la cobertura estándar de la Parte A y la Parte B de Medicare
- Afiliados que reciben el alta de hospitales para pacientes psiquiátricos crónicos con regímenes altamente individualizados de medicamentos

Para estas modificaciones en el ámbito del tratamiento, Humana y CarePlus cubrirán un suministro temporal de hasta 31 días de un medicamento cubierto de la Parte D cuando la receta se surta en una farmacia de la red. Si los afiliados cambian el ámbito de tratamiento en varias ocasiones dentro de un mismo mes, es posible que deban solicitar una excepción o una autorización previa y obtener la aprobación para la continuidad de la cobertura de su medicamento. Humana y CarePlus revisarán estas solicitudes de continuación del tratamiento considerando cada caso individualmente cuando los afiliados tengan regímenes de medicamento estabilizados para los que se sabe que, en caso de alterarse, tendrán riesgos.

La política de transición se aplica únicamente a medicamentos que no están en las Listas de medicamentos, la terapia por fases, las limitaciones de cantidad y los requisitos clínicos de autorización previa de Humana y CarePlus. La política de transición no se aplica a modificaciones de seguridad, medicamentos recetados que requieren un diagnóstico para determinar el uso aceptado por la Parte D

de Medicare, medicamentos de la Parte B, medicamentos excluidos por los CMS o determinaciones de la Parte B versus la Parte D de Medicare.

Cuando se procese una reclamación conforme al beneficio de transición, se enviará un mensaje en formato libre, que indicará que la reclamación se pagó conforme al beneficio de transición del afiliado.

Este mensaje debe enviarse al afiliado para informarle que recibió un suministro temporal de su medicamento y que debe tomar medidas antes de la próxima repetición de la receta.

Cuidado a largo plazo

Información de farmacias de cuidado a largo plazo

Humana y CarePlus reconocen el modelo operativo único y los servicios que proporcionan las farmacias en sus redes de LTC. Independientemente de que el alcance de los servicios de farmacia con respecto a los centros de LTC sea predominantemente institucional o forme parte de la combinación de servicios ofrecidos por una farmacia minorista, los siguientes recursos proporcionan políticas e instrucciones para los servicios a los afiliados de Humana y CarePlus en entornos institucionales. Aunque la mayoría de las necesidades que tienen las farmacias de LTC están cubiertas por los materiales de la parte principal de este manual, lo siguiente aborda algunas de las características únicas de la red de farmacias de LTC.

Pautas para el procesamiento de reclamaciones de cuidado a largo plazo

Los CMS exigen que todas las farmacias envíen el código de residencia del paciente (campo 384-4X del NCPDP) y el tipo de servicio de farmacia (campo 147-U7 del NCPDP) en todas las reclamaciones de la Parte D de Medicare. Las reclamaciones enviadas con un código faltante o no válido se rechazarán en el punto de venta. Las tablas a continuación enumeran códigos de residencia de pacientes y tipos de servicio de farmacia válidos.

Códigos de residencia del paciente	Descripción
0	No especificado; otra residencia del paciente no identificada a continuación
1	Hogar
3	Centro de enfermería
4	Centro de residencia asistida
6	Hogar grupal
8	Centro psiquiátrico
9	Cuidado intermedio/retraso mental*
11	Hospicio
15	Institución correccional

* Solo código de farmacia. Este idioma no está aprobado por Humana ni por CarePlus.

Si la farmacia envía una reclamación en el que falta un código de residencia del paciente, la reclamación se rechazará con el código de rechazo 4X del NCPDP y enviará el siguiente mensaje: **Código de residencia del paciente faltante/no válido**.

Si la farmacia envía una reclamación con un código de residencia del paciente no válido, la reclamación se rechazará con el código de rechazo 4Y del NCPDP y enviará el siguiente mensaje: **No se admite la residencia del paciente**.

Tipos de servicio de la farmacia	Descripción
1	Servicios de farmacia comunitaria/minorista
2	Servicios de farmacia de medicamentos compuestos

3	Servicios de proveedores de terapia de infusión en el hogar
4	Servicios de farmacia institucionales
5	Servicios de farmacia de cuidado a largo plazo
6	Servicio de farmacia de pedido por correo
7	Servicios de farmacia de una organización de cuidado médico administrado
8	Servicios de farmacia de cuidado de especialidad
99	Otra

Si la farmacia envía una reclamación de la Parte D de Medicare con un tipo de servicio de farmacia faltante o no válido, la reclamación se rechazará con el código de error U7 del NCPDP y se enviará el siguiente mensaje: **Tipo de servicio de farmacia faltante/no válido**.

Soluciones nebulizadoras cubiertas por la Parte D de Medicare para residentes en centros de cuidados a largo plazo

Para que el sistema de procesamiento de reclamaciones de Humana y CarePlus reconozca que una reclamación de soluciones para inhalación, como el albuterol (que se utiliza en nebulizadores, no en inhaladores con dosificador), es para un residente de un centro de LTC, la reclamación debe enviarse con un código de residencia del paciente de 03 o 09. Si no se presenta este código de residencia del paciente con la reclamación, esta será rechazada.

Despacho en ciclos cortos para cuidado de larga duración

Humana y CarePlus han implementado la lógica de procesamiento de reclamaciones en POS para cumplir con los requisitos de la Parte D de los CMS relacionados con el despacho apropiado de medicamentos sólidos orales de marca en el ámbito de la farmacia de LTC.

Requisitos de envío

Las farmacias de LTC que envíen reclamaciones por medicamentos sólidos orales de marca y que estén sujetos a los requisitos de despacho apropiados deben enviar los siguientes campos para la adjudicación adecuada de la reclamación:

- **Residencia del paciente (campo NCPDP 384-4X):** Este campo comunica dónde reside el paciente. En este campo se utilizan varios valores para comunicar el LTC, pero Humana y CarePlus aplican los requisitos de despacho apropiados solo a las reclamaciones enviadas con un código de residencia del paciente de 03 (centro de enfermería).
- **Tipo de servicio de la farmacia (campo NCPDP 147-U7):** Este campo comunica el tipo de servicio que realiza una farmacia cuando existen diferentes condiciones contractuales entre un pagador y la farmacia o cuando los beneficios se basan en el tipo de servicio realizado.
- **Código de aclaración de envío (campo NCPDP 420-DK):** Este campo se utiliza para identificar la frecuencia de despacho utilizada por la farmacia (por ejemplo, cada 14 días, cada siete días, etc.).
- **Indicador de envase especial (campo NCPDP 429-DT):** Este campo se utiliza en el despacho adecuado para identificar el tipo de envase utilizado en el despacho del medicamento.

Las reclamaciones enviadas por farmacias de LTC para medicamentos genéricos sólidos no orales (por ejemplo, cremas tópicas, lociones, etc.) y envases irrompibles (físicamente irrompibles o con etiqueta de la FDA para ser despachados en el envase del fabricante) están excluidas de los requisitos de despacho adecuados de Humana y CarePlus y no se someten a esta modificación. De acuerdo con la guía de los CMS, Humana y CarePlus consideran un producto como “de marca” o “genérico” según la aprobación de la FDA. Los medicamentos de marca son aquellos que reciben la aprobación de solicitud

de nuevo medicamento; los genéricos reciben aprobación abreviada de solicitud de nuevo medicamento.

Rechazos

Si una farmacia de LTC envía una reclamación por un medicamento sólido oral de marca que está sujeto al requisito de despacho apropiado, esta debe contener información válida en todos los campos correspondientes (según se indicó anteriormente para el despacho apropiado y en el Formulario de pagadores de Humana y CarePlus para todas las reclamaciones) para poder procesarla. Si una farmacia de LTC no envía los campos obligatorios, se devolverá uno de los siguientes mensajes a la farmacia con el rechazo de la reclamación:

- **Código de rechazo 613 del NCPDP:** "Falta la metodología de envase o la frecuencia de despacho o es inapropiada para el ciclo corto de LTC". Este rechazo se devuelve si la farmacia envía una reclamación de LTC, pero no incluye un SCC apropiado ni un indicador de paquete especial.
- **Código de rechazo 597 del NCPDP:** "El tipo de despacho de LTC no admite el tipo de envase".
- **Código de rechazo 612 del NCPDP:** "Combinación de código de aclaración de envío (SCC, por sus siglas en inglés) no válido para despacho adecuado de LTC".

Farmacias combinadas

Algunas farmacias participan en la red de farmacias de Humana bajo múltiples tipos de servicios. Por ejemplo, una farmacia puede mantener una farmacia comunitaria tradicional (ambulatoria) con un escaparate que atiende a clientes que llegan sin cita previa, pero que también atiende a afiliados que residen en un entorno institucional. Al enviar reclamaciones, estas farmacias deben incluir los campos de despacho adecuados para LTC que son obligatorios en las reclamaciones de LTC. De lo contrario, la reclamación se procesará como una reclamación "minorista" y omitirá las modificaciones de despacho apropiadas.

Copagos

Cuando una reclamación de despacho adecuada para LTC cumple satisfactoriamente con los elementos requeridos (es decir, los campos adicionales que se deben enviar están presentes y son válidos) y, por lo demás, es pagadera adecuadamente (es decir, no se aplican otras modificaciones), el sistema de POS de Humana calculará y prorrateará cualquier copago del afiliado que se aplique a la reclamación de acuerdo con el beneficio de la Parte D de Medicare del afiliado. A continuación, se muestra un ejemplo del procedimiento de prorrateo de Humana:

Copago aplicable al afiliado (31 días)	$31
Días de suministro enviados en la reclamación	14
Copago prorrateado	$14
Copago diario calculado	$1

Declaración de cuidado a largo plazo

Humana reembolsa a las farmacias de LTC contratadas las cantidades de costos compartidos relacionadas con cambios retroactivos en el nivel de subsidio para beneficiarios elegibles con LIS de la Parte D de Medicare que cumplan con la definición de los CMS de personas institucionalizadas ("afiliado") según la guía de la Parte D de Medicare. Humana entiende que la práctica general de las farmacias de LTC es no cobrar cantidades de costos compartidos a los afiliados con LIS o presuntos

afiliados con LIS o a la persona responsable, sino aplazar el cobro hasta que el plan de salud del afiliado remita directamente el pago del costo compartido. La ley aplicable prohíbe eximir o reducir cargos de costos compartidos para beneficiarios de Medicare, excepto si (i) la exención o reducción no se ofrece como parte de un anuncio publicitario o una oferta; (ii) la farmacia no exime ni reduce habitualmente las cantidades de costos compartidos; y (iii) la farmacia exime o reduce las cantidades de costos compartidos solo después de determinar (y documentar) de buena fe que una persona tiene necesidades financieras o después de no poder cobrar las cantidades de costos compartidos luego de hacer esfuerzos razonables de cobro. Una farmacia solo debe cumplir con el primer requisito para reducir o eximir el costo compartido para los afiliados con LIS. Las prácticas de cobro de costos compartidos de la farmacia deben guiarse por los siguientes principios:

1. **Práctica de farmacia:** Humana solicita que la farmacia certifique que su práctica general consiste en (i) no cobrar el costo compartido del afiliado con LIS o presunto afiliado con LIS; (ii) aplazar el cobro; y (iii) aceptar el pago del plan de salud que cumpla con los términos del plan de beneficios del afiliado como pago total.
2. **Notificación:** Como farmacia de LTC contratada, la farmacia acepta notificar a Humana en un plazo de 30 días calendario sobre los cambios en esta declaración de prácticas de cobro de costos compartidos de LIS para beneficiarios elegibles para LIS.

Llame a Humana al **888-204-8349** si no se han enviado las prácticas de cobro de costos compartidos de la farmacia. Esta declaración se recopila de acuerdo con los requisitos de las reglamentaciones e instrucciones aplicables de los CMS.

Procedimientos de facturación para servicios de infusión en el hogar

Para planes Medicare:

- **Planes MAPD:** Todos los medicamentos cubiertos de la Parte D de Medicare deben facturarse a través del beneficio de farmacia de Humana o de CarePlus del afiliado utilizando el BIN/PCN correspondiente. Todos los medicamentos, suministros y servicios de enfermería cubiertos de la Parte B deben facturarse a través del beneficio médico de Humana o de CarePlus del afiliado.
- **Planes PDP únicamente:** Todos los medicamentos cubiertos de la Parte D de Medicare deben facturarse a través del beneficio de farmacia de Humana del afiliado utilizando el BIN/PCN correspondiente.
- **Planes MA únicamente:** Todos los medicamentos, suministros y servicios de enfermería cubiertos de la Parte B de Medicare deben facturarse a través del beneficio médico de Humana o de CarePlus del afiliado. Todos los medicamentos de la Parte D deben facturarse a través del plan de medicamentos de la Parte D del afiliado.

Reclamaciones de medicamentos compuestos

Envío de reclamaciones de medicamentos compuestos

La farmacia debe enviar el monto correcto con las cantidades precisas correspondientes y los cálculos de suministros por día basados en una receta válida para el afiliado. La farmacia debe enviar en la misma reclamación todos los ingredientes que conforman un medicamento compuesto. El ingrediente más costoso se mostrará en el nivel de la reclamación. Se devuelven modificaciones para cada ingrediente según los beneficios del afiliado. Un SCC de 08 puede enviarse en la reclamación cuando una farmacia acepta el reembolso solo para ingredientes aprobados.

- Se enviará a la farmacia un mensaje en formato libre cuando se pueda enviar un SCC de 08.

- Según la guía de los CMS, las farmacias tienen prohibido facturar el saldo al beneficiario por el costo de cualquier ingrediente que no pertenezca a la Parte D contenido en el medicamento compuesto de la Parte D de Medicare.

La farmacia no debe intentar eludir el diseño de beneficios de un plan ni participar en prácticas de facturación inapropiadas de medicamentos compuestos. Dichas prácticas incluyen, entre otras:

- Enviar reclamaciones de prueba para un medicamento compuesto
- Enviar una reclamación múltiples veces con variaciones en los ingredientes, costos de los ingredientes, tarifas de despacho, montos de la cantidad o días de suministro para obtener el reembolso más alto posible
- Volver a enviar ingredientes rechazados del medicamento recetado compuesto como ingredientes individuales no compuestos
- Enviar surtidos parciales o reclamaciones múltiples por surtidos que sean inferiores a un suministro de 30 días para evitar limitaciones en la cobertura u obtener cantidades adicionales de reembolso o copago

Compuesto no incluido en el formulario (solo Medicare)

Los medicamentos recetados compuestos de varios ingredientes de la Parte D de Medicare (a excepción de la nutrición parenteral IV y los productos de infusión en el hogar IV) se considerarán no incluidos en el formulario y requerirán una excepción antes de que los afiliados de Medicare puedan surtir sus recetas conforme a los beneficios de la Parte D. En estos casos, Humana puede rechazar la reclamación de la Parte D para medicamentos recetados compuestos de varios ingredientes de la siguiente manera:

- Código de rechazo: MR
- Mensajes de rechazo:
    - Producto no incluido en el formulario
    - Medicamento compuesto no incluido en el formulario

El SCC 08 del NCPDP no puede utilizarse para anular el rechazo de medicamentos compuestos no incluidos en el formulario.

Cuando se devuelva este mensaje de error, al igual que con cualquier medicamento no cubierto, explique al afiliado que su profesional que receta puede enviar una solicitud de excepción llamando a HCPR al **800-555-CLIN (2546)**. En Puerto Rico, el profesional que receta puede llamar al **866-488-5991**. Para los afiliados de CarePlus, llame a la Unidad de administración de la utilización de CarePlus Pharmacy al **1-866-315-7587**.

Recordatorio importante sobre medicamentos compuestos para afiliados de Medicare
Debido a los reglamentos de Medicare, las farmacias tienen prohibido facturar el saldo y deben liberar de responsabilidad al afiliado por el costo de cualquier ingrediente que no pertenezca a la Parte D contenido en el medicamento compuesto de la Parte D.

Programa de Manejo del Tratamiento Médico

El manejo de terapias con medicamentos (MTM) es un programa que busca mejorar el tratamiento con medicamentos de un afiliado y minimizar las reacciones adversas al medicamento. El programa MTM de Humana y CarePlus utiliza servicios de consulta telefónica para los beneficiarios ambulatorios e institucionales.

Humana y CarePlus trabajan con farmacéuticos internos y externos para proporcionar servicios MTM telefónicos.

Auditoría y cumplimiento de normas de farmacia

Programa de auditoría de farmacias

Humana mantiene un programa de auditoría de farmacias para:

- Ayudar a garantizar la validez y exactitud de las reclamaciones de farmacia para sus clientes (incluidos los CMS y las agencias estatales que supervisan un programa para beneficiarios elegibles para Medicaid)
- Ayudar a garantizar el cumplimiento del acuerdo de proveedor entre Humana, sus farmacias de la red y este manual
- Ayudar a garantizar el cumplimiento de las leyes/reglamentos federales y estatales y los requisitos específicos de medicamentos
- Informar a las farmacias de la red con respecto al envío y la documentación adecuados de las reclamaciones de farmacia

Según el Acuerdo del proveedor de farmacia entre Humana y sus farmacias de la red, Humana, cualquier auditor externo designado por Humana o cualquier agencia gubernamental permitida por ley está autorizado a realizar auditorías de todos y cada uno de los libros, registros y archivos de medicamentos recetados de la farmacia relacionados con los servicios brindados a los afiliados, así como el programa de cumplimiento de farmacias.

Los objetivos de auditoría específicos de reclamaciones incluyen, entre otros, la corrección de los siguientes errores:

- Despacho de repeticiones de recetas no autorizadas, anticipadas o excesivas
- Despacho de un medicamento incorrecto
- Facturación al afiliado equivocado
- Facturación a un médico incorrecto
- Uso inadecuado de un número NCPDP/NPI
- Se envió un tipo de servicio de farmacia no válido
- Se envió un código de residencia del paciente no válido
- Cálculo incorrecto del suministro por día
- Uso incorrecto de un código DAW
- Sobrefacturación de cantidades
- No conservar/proporcionar la copia impresa de las recetas o un registro de firmas/manifiesto de entrega
- Reclamaciones pagadas al beneficio incorrecto

Humana notifica a las farmacias sobre su intención de realizar una auditoría y proporciona instrucciones específicas con respecto al proceso. Las auditorías in situ de Humana se llevan a cabo de forma profesional y de conformidad con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés) de 1996, con respecto a los pacientes y al personal de farmacia. Para acceder a la Guía de auditorías y revisión de reclamaciones de Humana Pharmacy Solutions, visite **Provider.Humana.com/pharmacy-resources/manuals-forms** y seleccione la pestaña “Audit guide, claim form and other materials “ (Guía de auditorías, formulario de reclamaciones y otros materiales).

Auditorías de farmacias de cuidado a largo plazo

Humana tiene derecho a auditar los libros, registros, archivos de medicamentos recetados y registros de firmas de una farmacia de LTC con el fin de verificar la información de las reclamaciones. Las farmacias de LTC deben tener órdenes firmadas de los profesionales que recetan disponibles para su revisión para una auditoría. Estas órdenes pueden ser en forma de recetas firmadas tradicionales, copias de las órdenes firmadas del profesional que receta de la historia

clínica del afiliado u otra documentación que contenga todos los elementos requeridos de una receta.

El tiempo para recuperar estos documentos se considerará parte de los requisitos de auditoría de Humana. Las farmacias de LTC deben tener un registro de firma o recibo del paciente, un manifiesto de entrega, una copia de un Registro de administración de medicamentos que muestre que se administró la receta y el nombre y la firma de la persona que administró el medicamento, junto con la fecha y la hora en que se dio el medicamento. Para acceder a las pautas de documentación de farmacia de LTC, visite **Provider.Humana.com/Pharmacy-Resources/Manuals-Forms** y seleccione la pestaña "Audit guide, claim form and other materials" (Guía de auditorías, formulario de reclamaciones y otros materiales).

Auditorías del programa de cumplimiento

Humana mantiene una auditoría del programa de cumplimiento farmacéutico para garantizar el cumplimiento de este manual, de los requisitos gubernamentales y del correspondiente material de cumplimiento y normas de conducta. Las entidades contratadas por Humana o una entidad relacionada con Humana ("Humana") que respaldan los productos de Medicare de Humana están sujetas a auditorías del programa de cumplimiento que puedan realizarse según sea necesario. Humana notifica a una farmacia sobre su intención de realizar una auditoría y proporciona instrucciones específicas con respecto al proceso. Si una auditoría identifica deficiencias, se emite un plan de acción correctiva. Luego, Humana trabaja con la farmacia para garantizar que las deficiencias se subsanen de manera oportuna y para garantizar que exista un proceso y una política suficientes para evitar la recurrencia.

Requisitos del programa de cumplimiento y de fraude, malgasto y abuso

Declaración de la política

Humana y CarePlus no toleran actividades fraudulentas ni acciones que infrinjan sus normas de conducta o su Política de cumplimiento (ambas están disponibles en **Provider.Humana.com/pharmacy-resources/manuals-forms**). Esto incluye actividades fraudulentas que cometan empleados de Humana y CarePlus, proveedores de farmacia contratados o aquellos que apoyan las obligaciones contractuales de los proveedores para Humana y CarePlus, afiliados, clientes, vendedores, contratistas y/u otras entidades comerciales. Todas las organizaciones que respalden cualquiera de estos productos que administra Humana y CarePlus deben tener un plan integral para detectar, corregir y prevenir el fraude, malgasto y abuso (FWA, por sus siglas en inglés). Humana y CarePlus se comprometen a:

1. Investigar cualquier sospecha de incumplimiento o actividad fraudulenta identificada o denunciada;
2. Tomar medidas adicionales, según sea necesario
3. Denunciar el asunto (cuando corresponda) ante las agencias reguladoras, federales o estatales afectadas para que emprendan acciones e investiguen.

Humana es una organización de MA con productos que tienen un beneficio de farmacia y un patrocinador de Medicare Parte D PDP. Todas las organizaciones que respaldan cualquiera de estos productos que administra Humana deben tener un plan integral para abordar el FWA. Humana tiene un plan de este tipo.

Capacitación para combatir el fraude, el malgasto y el abuso

Cada entidad contratada por Humana que respalde los productos Medicare de Humana es responsable de:

- Brindar capacitación sobre la prevención, la detección y la corrección de fraude, malgasto y abuso a sus empleados que administren, brinden o respalden beneficios o servicios del programa federal de cuidado de la salud
- Proporcionar capacitación en prevención, detección y corrección de fraude, malgasto y abuso a sus contratistas que administren, brinden o respalden la administración del plan de Humana, o notificarles que deben realizar dicha capacitación
- Hacer un seguimiento del cumplimiento de la obligación de capacitación y comprender los requisitos descritos en los materiales de capacitación sobre FWA y cumplirlos

Material que se utilizará
Una farmacia puede utilizar su propio material para cumplir con el requisito de capacitación sobre FWA o adoptar la capacitación de otra organización sobre el tema. Humana también ofrece contenido sobre este tema en los siguientes documentos:

- Política de cumplimiento de Humana para proveedores de cuidado de la salud y terceros contratados **https://assets.humana.com/is/content/humana/Compliance Policypdf**
- Ética todos los días de Humana para proveedores de cuidado de la salud y terceros contratados **https://assets.humana.com/is/content/humana/Ethics Every Daypdf**

Tenga en cuenta: Los materiales de Humana por sí solos no se pueden utilizar para cumplir con el requisito de capacitación en fraude, malgasto y abuso. Sin embargo, una farmacia puede utilizar estos documentos para complementar o integrar su capacitación en fraude, malgasto y abuso.

Registros de capacitación
Las entidades contratadas por Humana deben mantener durante 11 años (o más, si así lo exigen las leyes estatales) registros de capacitación sobre fraude, malgasto y abuso, que incluyan la fecha de finalización, la asistencia, el tema, el certificado de finalización (si corresponde) y los resultados de todos los exámenes que se hayan tomado.

Garantía adicional
Humana y los CMS se reservan el derecho de llevar a cabo la supervisión de las farmacias contratadas para evaluar su compromiso con los requisitos de capacitación sobre fraude, malgasto y abuso, incluidas las solicitudes que los CMS hagan a Humana y que requieran que estas farmacias proporcionen la documentación correspondiente.

Obligación de denunciar las sospechas o detecciones de fraude, malgasto y abuso y/o incumplimiento.

Todos los empleados de farmacia y subcontratistas que apoyen el contrato de la farmacia con Humana deben denunciar las actividades fraudulentas o de incumplimiento presuntas o detectadas mediante uno de los métodos de denuncia que proporciona la farmacia. Cuando el objeto de las actividades denunciadas afecte a un plan que administra Humana, la farmacia debe informar sobre el asunto a Humana, incluidas las medidas que tome la farmacia para abordar la o las infracciones.

Humana espera que todas las organizaciones que apoyan a Humana ofrezcan al menos su propio método de denuncia a aquellas que designen para apoyar los productos MAPD y/o PDP. ¿Por qué? Las farmacias son las que están mejor equipadas para manejar una revisión inicial que involucre a un empleador o subcontratista designado para apoyar los negocios de Humana, de modo que se puedan tomar las medidas correspondientes de la manera más oportuna.

Nota: Humana no tiene ninguna obligación de revisar ninguna infracción presunta o detectada que no pertenezca al negocio de Humana.

Además de los métodos de denuncia que ofrecen las farmacias para reportar inquietudes, Humana cuenta con múltiples opciones que pueden ofrecerse a las personas designadas para respaldar los negocios de Humana. La manera más conveniente es llamar a la Unidad de investigaciones especiales (SIU, por sus siglas en inglés) de Humana. Se incluye con las siguientes opciones para denunciar:

Teléfono:

- Unidad de investigaciones especiales de Humana (sistema de mensajería de voz): **800-614-4126**
- Línea de ayuda en asuntos éticos de Humana: **877-5-THE-KEY (584-3539)**

Ambos métodos telefónicos descritos están disponibles las 24 horas del día y permiten que las personas que llaman mantengan el anonimato. Humana solicita que, si un denunciante desea mantenerse anónimo, suministre suficiente información para permitir que Humana investigue el asunto.
Fax: 920-339-3613

Correo electrónico: siureferrals@humana.com o **ethics@humana.com**

Por correo postal:
Unidad Especial de Investigaciones de Humana
1100 Employers Blvd.
Green Bay WI 54344

El sitio web para denuncias de la Línea de ayuda en asuntos éticos: ethicshelpline.com

Quienes denuncien presuntas actividades están protegidos contra represalias según la disposición sobre denunciantes en la Sección 3730(h) del Título 31 del Código de los Estados Unidos de la Ley sobre Reclamaciones Falsas.

Una vez que la SIU lleve a cabo su investigación inicial, remitirá el caso a las agencias encargadas del cumplimiento de las leyes o a las agencias reguladoras (según corresponda). Puede encontrar información adicional sobre la SIU y los esfuerzos de Humana para abordar el fraude, el malgasto y el abuso en **es-www.humana.com/Fraud**.

Nota: En caso de sospechas de infracciones que no impliquen un posible fraude, Humana puede dirigirlas a su Oficina de Ética para su revisión.

Cuando se utiliza una opción de Humana para denunciar una inquietud, se dispone de un seguimiento confidencial para verificar el estado de una investigación.

Si una farmacia contratada opta por ofrecer cualquier opción de denuncia en lugar de, o además de, las que Humana pone a disposición, la farmacia aún debe hacer lo siguiente de manera oportuna: Transmitir a Humana informes que podrían afectar a Humana o a sus afiliados y describir la o las medidas adoptadas.

Prohibición de intimidaciones o represalias

Humana tiene una política de tolerancia cero con respecto a intimidación, represalias o venganza contra cualquier persona que tenga conocimiento de una presunta conducta indebida y, de buena fe, la denuncie o participe en una investigación sobre ella.

Normas disciplinarias

Humana puede tomar alguna o todas las siguientes medidas relacionadas con fraude, malgasto y abuso o infracciones a las normas de conducta de Humana:

- Advertencias o reprimendas verbales o escritas
- Despido o rescisión del contrato
- Otras medidas que pueden estar estipuladas en el contrato
- Repetición obligatoria de la capacitación
- Plan(es) de medidas correctivas formal(es) y por escrito con seguimiento hasta el cierre
- Denunciar la conducta ante cualquier entidad externa apropiada, como los CMS, una persona designada por los CMS, una agencia estatal donde Humana administra un producto de Medicaid o agencias encargadas del cumplimiento de las leyes

Tenga en cuenta: Todos los empleados, gerentes, miembros de organismos gubernamentales y cualquier parte con quien una farmacia tenga un contrato para respaldar un contrato con Humana deben denunciar presunto FWA o infracciones a las normas de conducta o la Política de cumplimiento de Humana (disponibles en **Provider.Humana.com/pharmacy-resources/manuals-forms**). Se confirmará que quienes no informen un asunto correspondiente que se determine que ha afectado adversamente a Humana están infringiendo los requisitos de Humana y estarán sujetos a alguna o todas las medidas disciplinarias anteriores.

Todas las entidades contratadas por Humana deben tener normas disciplinarias y tomar las medidas apropiadas ante el descubrimiento de FWA e infracciones a las normas de conducta o la Política de cumplimiento de Humana, o acciones que aumenten el riesgo de FWA o las infracciones antes mencionadas.

Además, dependiendo de las características específicas de un caso, los CMS pueden optar por excluir a cualquier persona involucrada en una infracción de FWA para que no pueda participar en oportunidades de adquisiciones federales, incluido el trabajo de apoyo para cualquier contrato que Humana tenga con los CMS.

Expectativas correspondientes

También se espera que las farmacias:

- Promuevan ampliamente los métodos para denunciar cuestiones relacionadas con cumplimiento y FWA, así como la política de no represalias. Algunos ejemplos de cómo lograr esto incluyen pósteres, almohadillas para mouse, tarjetas de acceso y otros exhibidores destacados dentro de una instalación de farmacia, como en un sitio de intranet o por correo electrónico enviado a quienes desempeñan una función de respaldo a Humana.
    - No es suficiente publicar información solo dentro de un establecimiento y no compartirla por correo electrónico o en un sitio de intranet de la farmacia cuando alguna persona que necesite la información trabaje fuera del establecimiento (por ejemplo, a distancia o dentro de una residencia).
- Refuercen la política de Humana contra la intimidación y las represalias.

Normas de conducta/ética

Cada entidad contratada por Humana debe realizar de manera rutinaria las siguientes acciones y, a solicitud de Humana, proporcionar una certificación de estas acciones:

- Su organización debe exigir a los empleados, la gerencia, los órganos de gobierno y aquellos con quienes la farmacia tenga un contrato que respalde las obligaciones contractuales de la farmacia con los productos Medicare de Humana que revisen y certifiquen el cumplimiento del

documento de normas de conducta de la farmacia al momento de la contratación o el contrato, y anualmente de allí en adelante. Si la farmacia contratada no adopta ni tiene sus propias normas de conducta escritas que sean sustancialmente similares a las normas de conducta escritas de Humana, entonces se podrá utilizar el documento de las normas de conducta de Humana. Para acceder a una copia, imprimirla y descargarla, visite **https://assets.humana.com/is/content/humana/Ethics Every Daypdf**.

- Su organización debe realizar lo siguiente para todos los nuevos empleados, miembros de la gerencia, órganos de gobierno y personas contratadas antes de la contratación/contrato y posteriormente una vez al mes, cuando se los designe para ayudar en la administración o entrega de beneficios del programa de cuidado de la salud federal en apoyo de un contrato con Humana: Revisar las listas de exclusión separadas de la Oficina del Inspector General y del Sistema para la Gestión de Adjudicaciones de la Administración de Servicios Generales.
- Su organización debe conservar evidencia de la prueba de exclusión durante 11 años (o más, según lo exija la ley estatal). **Tenga en cuenta:** Si se termina un contrato con Humana, la evidencia de evaluación debe conservarse durante un mínimo de 10 años después de la fecha de finalización.
- Su organización debe tomar las medidas correctivas apropiadas para las infracciones a las normas de conducta y, cuando se trate de FWA, denunciar los hallazgos y las medidas tomadas a la Unidad de investigaciones especiales de Humana llamando al **800-614-4126**.

Los contratos con los CMS de Humana exigen que todas las farmacias que tengan contrato con Humana o subsidiarias de Humana cumplan los requisitos del programa de cumplimiento. Esto incluye las farmacias empleadas o contratadas por estas organizaciones ajenas a Humana para proporcionar o respaldar servicios de cuidado de la salud para afiliados de Medicare de Humana.

Requisitos del programa de cumplimiento

La información a continuación se proporciona para ayudar a la farmacia y a las personas que la farmacia contrata o emplea para respaldar las actividades comerciales de Humana a confirmar que sus programas de cumplimiento tengan los elementos necesarios para ser eficaces.

Humana exige a las farmacias contratadas que cuenten con programas de cumplimiento que incluyan, entre otras cosas:

- **Supervisión:** su organización debe supervisar y auditar el cumplimiento de empleados y subcontratistas que proporcionan servicios o realizan funciones de apoyo relacionadas con servicios administrativos o de cuidado de la salud proporcionados a un afiliado de un plan MA de Humana o un plan PDP de Medicare administrado por Humana. Esto se realiza tanto desde el punto de vista operativo como de cumplimiento e incluye comprobaciones de exclusión de todas las personas y entidades contratadas que respaldan los productos Medicare de Humana.
- **Notificación inmediata a Humana de las intenciones de la organización de utilizar recursos en el extranjero para cumplir con cualquier obligación con Humana:** esto incluye nuevos acuerdos o cambios en las relaciones existentes o en ubicaciones en el extranjero y dónde o cómo se procesan, transfieren o almacenan los datos, o bien dónde se accede a estos.
- **Aprobación previa de Humana antes de avanzar con un acuerdo en el extranjero para trabajar en respaldo a un contrato con Humana:** existen varias razones para ello:
    - Algunos contratos gubernamentales prohíben o limitan la prestación de servicios contratados en el extranjero o la transmisión, el procesamiento, el acceso o el almacenamiento de información relacionada en determinadas ubicaciones o países.

    - Es posible que Humana deba notificar a los CMS sobre cualquier entidad con ubicación fuera de los Estados Unidos o un territorio de los EE. UU. que reciba, procese, transfiera, almacene o acceda, de forma oral, escrita o electrónica, a información de salud protegida de un afiliado de Medicare o sobre una persona que sea elegible para Medicaid.
- **Establecimiento, documentación y comunicación de políticas de cumplimiento eficaces:** su organización debe contar con políticas y procedimientos por escrito para prevenir y detectar presunto FWA y, luego, corregir y denunciar las instancias identificadas, así como otros aspectos del incumplimiento, lo que incluye, entre otras cosas:
    - Exigir a empleados, miembros de la junta directiva y subcontratistas que denuncien casos presuntos o detectados de FWA y presuntas infracciones a la Política de cumplimiento o de las normas de conducta de Humana (estos documentos están disponibles en **Provider.Humana.com/pharmacy-resources/manuals-forms**). Toda instancia presunta y confirmada de infracciones éticas, de cumplimiento o de FWA que se relacionen con Humana debe denunciarse a Humana.
    - Resguardar la información confidencial y de propiedad exclusiva de Humana, así como la información personal y de salud protegida de los afiliados del plan.
    - Suministrar información/datos precisos y oportunos durante el transcurso regular de las operaciones comerciales.
    - Supervisar y auditar actividades.
    - Mantener normas disciplinarias.
- **Capacitación:** su organización debe garantizar que toda la capacitación requerida para el programa de cumplimiento la complete no solo el contacto de cumplimiento en la farmacia, sino también aquellos que apoyan las obligaciones contractuales que tiene la farmacia con Humana. Cuando corresponda, deberá impartirse capacitación operativa. Este requisito incluye contar con un método de seguimiento implementado para proporcionar evidencia de estos esfuerzos a pedido (por ejemplo, quién recibió capacitación, cuándo, cómo y con qué material o materiales).
- **Cooperación:** su organización debe cooperar plenamente con Humana por cualquier solicitud relacionada con el cumplimiento y cualquier auditoría o investigación de una entidad gubernamental sobre una infracción supuesta, presunta o detectada de este manual, de las políticas y procedimientos de Humana, de las leyes o reglamentaciones estatales o federales aplicables o de las medidas correctivas.
- **Comunicación:** su organización debe promover métodos para denunciar presuntas infracciones a las políticas de Humana y reglamentaciones gubernamentales, y también las correspondientes normas disciplinarias para empleados, voluntarios, miembros de la junta y subcontratistas.
- **Normas disciplinarias:** su obligaciones debe tener establecidas normas disciplinarias que se ejecuten cuando haya infracciones por parte del proveedor de farmacia, sus empleados o aquellos con quienes el proveedor tenga un contrato para apoyar sus obligaciones con Humana.
- **Garantía:** su organización debe cumplir con las solicitudes de Humana de proporcionar garantía relacionada con el programa de cumplimiento de la farmacia.

Los ejemplos anteriores son formas de implementar un programa de cumplimiento eficaz. Para obtener una visión general de los siete elementos de un programa de cumplimiento eficaz, consulte la Política de cumplimiento de Humana en **https://assets.humana.com/is/content/humana/Compliance Policypdf**.

Preguntas frecuentes
Humana pone a disposición del público un documento de orientación en línea que incluye preguntas frecuentes e información adicional sobre los requisitos de cumplimiento en:
https://assets.humana.com/is/content/humana/GCHJ9HTEN_FAQpdf.

Puede encontrar información adicional sobre los requisitos del programa de cumplimiento para las farmacias que respaldan los productos
Medicare de Humana en la Política de cumplimiento de Humana en
https://assets.humana.com/is/content/humana/Compliance Policypdf.

Si una farmacia también apoya actividades comerciales de Humana Medicaid, se aplicarán requisitos de cumplimiento adicionales. Se describen en los documentos anteriores, junto con los manuales de proveedores de farmacia específicos de cada estado, en
Provider.Humana.com/pharmacy-resources/manuals-forms.

Educación obligatoria sobre el programa de cumplimiento
Se debe proporcionar lo siguiente a aquellas personas contratadas o empleadas que apoyan un contrato de Humana para un producto Medicare o Medicaid del cual Humana es responsable en última instancia:

- Política(s) de cumplimiento que describa(n) los requisitos del programa de cumplimiento
- Normas de conducta

Pueden utilizarse documentos de Humana, o documentos que sean sustancialmente similares, para cumplir con los requisitos de la política de cumplimiento y de las normas de conducta. Estos materiales están disponibles en
Provider.Humana.com/pharmacy-resources/manuals-forms e incluyen información sobre:

- Capacitación sobre cumplimiento general
- Capacitación para comprender y abordar casos de FWA

Su organización puede desarrollar o adoptar otros materiales para cumplir con estos dos últimos requisitos.

Los plazos de los individuos para cumplir con los requisitos anteriores son a partir de la contratación/contrato y anualmente a partir de entonces.

Garantía de cumplimiento
Humana se reserva el derecho de solicitar documentación como garantía de que se han implementado la capacitación y ciertos requisitos del programa de cumplimiento para cumplir con las obligaciones de los contratos gubernamentales.

Si se requiere una certificación:
- Se basará en múltiples factores, como las expectativas de contratos gubernamentales y las correspondientes actividades de supervisión del programa de cumplimiento de Humana.
- Será para una certificación a nivel de la organización de una farmacia de la red que respalde cualquier plan administrado por Humana para beneficiarios elegibles para Medicare.

Humana le notificará a la farmacia si debe enviarse una certificación.

El material educativo sobre cumplimiento de Humana se actualiza al menos cada año calendario para ayudar a las farmacias a cumplir con estos requisitos y con otros relacionados. Las instrucciones

correspondientes figuran en las preguntas frecuentes sobre requisitos de cumplimiento para farmacias en **https://assets.humana.com/is/content/humana/GCHJ9HTEN_FAQpdf**.

Tenga en cuenta: Dado que los requisitos de Humana cambian, Humana se reserva el derecho de exigir capacitación o componentes adicionales o diferentes del programa de cumplimiento, aunque se esfuerza por no hacer cambios a mitad de año.

Acreditación de farmacias de Humana

Humana exige que todas las farmacias de la red estén acreditadas durante el proceso de contratación inicial y que se les realice una nueva acreditación, como mínimo, cada tres años. La solicitud de reacreditación se envía a la farmacia por fax y esta debe devolver dicha solicitud de reacreditación, que incluya:

- Información sobre licencias de farmacia estatales
- Información de farmacia sobre licencias de la DEA y/o información sobre sustancias peligrosas controladas de la DEA
- Declaración firmada y fechada que indique que la farmacia está libre de sanciones impuestas por autoridades federales, estatales y locales
- Copia de la cobertura del seguro de responsabilidad profesional vigente que cumpla con el requisito mínimo de $1 millón en total, o que supere dicho monto
- Número NCPDP de la farmacia.

Las farmacias que no cumplan con los estándares que exija Humana se eliminarán de la red de farmacias de Humana.

Conflictos de intereses

Todas las entidades y personas que apoyan a Humana deben evitar los conflictos de intereses. Las farmacias nunca deben ofrecer ni proporcionar, de forma directa o indirecta, nada de valor, como dinero en efectivo, comisiones ilegales o sobornos, a ningún empleado, contratista, representante, agente, cliente de Humana ni a ningún funcionario gubernamental en relación con ninguna adquisición, transacción o trato comercial de Humana. Esta prohibición incluye, entre otras cosas, un proveedor de farmacia que ofrezca o proporcione servicios de consultoría, empleo o puestos similares a cualquier empleado de Humana involucrado en las labores de adquisiciones de Humana o a los familiares o parejas de ese empleado.

Las farmacias deben obtener una declaración firmada de conflicto de intereses de todos los empleados y subcontratistas dentro de los 90 días posteriores a la contratación o al contrato y anualmente a partir de entonces. Esta declaración certifica que el empleado o la entidad subordinada está libre de cualquier conflicto de intereses para administrar o brindar beneficios o servicios del programa federal de cuidado de la salud.

Todas las farmacias deben revisar si hay posibles conflictos de intereses y eliminar el conflicto o, si corresponde, solicitar la aprobación de Humana para continuar con el trabajo a pesar del conflicto.

Humana se reserva el derecho de:

- Obtener certificaciones de conflictos de intereses o de la posible ausencia de conflictos de intereses de todos los proveedores y de aquellos que empleen o contraten para apoyar los negocios de Humana
- Exigir que se eliminen determinados conflictos o que el o los empleados o entidades subordinadas correspondientes dejen de respaldar Humana

Las farmacias y las personas que ellas emplean o contratan para respaldar las actividades comerciales de Humana tienen prohibido tener relaciones financieras conectadas con la entrega o

la facturación de artículos o servicios cubiertos conforme a un programa federal de cuidado de la salud que:

- Violen la Ley Stark federal, Título 42 del Código de los Estados Unidos, Sección 1395nn, si los artículos o servicios entregados en conexión con la relación se facturaron a un programa federal de cuidado de la salud, o que violen leyes estatales comparables
- Violen el Estatuto Antisoborno federal, Título 42 del Código de los Estados Unidos, Sección 1320a-7b, si los artículos o servicios entregados en conexión con la relación se facturaron a un programa federal de cuidado de la salud, o violen leyes estatales comparables
- A juicio de Humana, se podría prever razonablemente que influyan en un proveedor para que utilice o facture artículos o servicios cubiertos conforme a un programa federal de cuidado de la salud de una manera que no concuerde con las normas o estándares profesionales de la comunidad local

Una violación de esta prohibición podría dar lugar a que Humana rescinda un contrato con un proveedor de farmacia o le exija al proveedor que destituya a cualquier parte empleada o contratada para respaldar las actividades comerciales de Humana que corresponda. Humana se reserva el derecho de solicitar información y datos para verificar el cumplimiento continuo de estas disposiciones.

Sistema de quejas

Proceso de disputa de precios de farmacia para Medicare, Medicaid y hospicio

Las farmacias de la red tienen derecho a enviar a Humana una solicitud para apelar, investigar o impugnar MAC dentro de los 60 días calendario posteriores a la reclamación inicial. La farmacia puede enviar su solicitud para apelar, investigar o impugnar por escrito a Humana el precio del MAC por fax al **855-381-1332** o por correo electrónico al **PharmacyPricingReview@humana.com**. Envíe la solicitud utilizando uno de los archivos de Solicitud de revisión de precios de Humana a continuación, que también están disponibles en el **portal de farmacéuticos** de es-www.humana.com.

- Archivo para solicitudes múltiples (descargue este archivo Excel): https://aempublish.humana.com/content/dam/business-units/humana/pharmacy/hum-pharmacy-contracting-assets/portal-documents/Pharmacy%20Pricing%20Review%20Request%20Excel%20File_Portal.xlsx
- Solicitud de revisión de precios de farmacia: **https://assets.humana.com/is/content/humana/Pharmacy Pricing Review Request Formpdf**

Envíe un correo electrónico a PharmacyPricingReview@humana.com **para solicitar el archivo si no se puede descargar.**

La farmacia puede llamar a Humana y hablar con un representante en relación con su solicitud al **888-204-8349** para reclamaciones minoristas o al **866-597-3589** para reclamaciones de hospicio. En la solicitud se debe incluir todo lo siguiente:

- Nombre de la farmacia
- Dirección de la farmacia
- NCPDP de la farmacia
- PCN
- Número de receta
- Nombre del medicamento
- Concentración del medicamento
- NDC del medicamento

- Fecha de surtido inicial
- Cantidad de surtido
- La documentación relevante que respalde que el MAC está por debajo del costo disponible para la farmacia
- Cualquier otra documentación de respaldo, según sea necesario

Humana responderá a la solicitud de la farmacia de la red en un plazo de cinco días hábiles posteriores a la recepción por parte de Humana. En caso de que se deniegue la apelación de MAC, Humana proporcionará el motivo de la denegación e identificará un NDC para el medicamento al precio actual de MAC o por debajo de este. Si se aprueba la solicitud de MAC, Humana ajustará el precio de MAC a la fecha de la o las reclamaciones en disputa. La farmacia es responsable de volver a enviar la reclamación y de cobrar o reembolsar cualquier cantidad de copago. **Tenga en cuenta:** Los plazos pueden variar de un estado a otro y están sujetos a cambios.

Proceso de la farmacia para presentar una queja

Reclamaciones y disputas de farmacia

Problemas con el sistema SS&C Health
Se recomienda a todas las farmacias que tengan contrato con Humana que llamen al servicio de asistencia de SS&C Health al **866-211-9459** (o **1-800-865-4034** para CarePlus) en caso de cualquier pregunta o queja relacionada con un problema del sistema o una transacción de reclamaciones. SS&C Health tiene una unidad de apoyo telefónico dedicada que proporciona orientación para llamadas relacionadas con reclamaciones de farmacia. Todos los problemas que SS&C Health no puede abordar o resolver se derivarán al Departamento de Redes de Farmacia para su investigación y resolución, cuyo teléfono es el **888-204-8349**.

Consultas sobre iniciativas de farmacia
Humana cuenta con una unidad de apoyo telefónico de HCPR exclusivo que brinda asistencia para consultas y quejas de farmacia relacionadas con iniciativas corporativas específicas de administración de farmacia. Cualquier pregunta de iniciativa específica que la unidad de apoyo telefónico de HCPR no pueda responder se derivará al Departamento de Redes de Farmacia para su investigación y resolución, cuyo teléfono es el **888-204-8349**.

Sistema de quejas de afiliados

La sección a continuación es parte del procedimiento de quejas formales y apelaciones de los afiliados de Humana, según se establece en el Manual para los afiliados. Esta información se proporciona para que el farmacéutico pueda ayudar a los afiliados de Humana en este proceso si solicitan asistencia. Si la farmacia tiene preguntas sobre este proceso, comuníquese con el representante de contratación de la red de farmacias.

Humana tiene representantes que manejan las quejas, lo que incluye todas las quejas formales y apelaciones de los afiliados. Se mantiene un conjunto especial de registros con el motivo, la fecha y los resultados. Estos registros se conservan en la oficina central.

Quejas formales de los afiliados
Las quejas formales de Medicare deben presentarse en un plazo de 65 días a partir del suceso. Dirija las quejas formales por escrito a:

Humana Grievances and Appeals
P.O. Box 14165
Lexington, KY 40512-4165
Número de fax: **800-949-2961**

Cuando envíe una queja formal verbal, indique al afiliado que llame a Servicio al cliente al **800-457-4708**. Los afiliados con discapacidad del habla o un trastornos auditivos que utilizan un TTY deben llamar al **711**. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este.

El afiliado debe incluir su nombre, dirección, número de teléfono, número de identificación de Humana, el motivo de la queja formal y cualquier documento de respaldo. Humana investigará la queja formal e informará al afiliado sobre la resolución.

Apelaciones de los afiliados
El afiliado, el profesional que receta o el representante del afiliado pueden enviar una apelación por escrito en un plazo de 65 días calendario a partir de la fecha en que se recibe el aviso de denegación por parte de Humana. A continuación, aparecen las opciones para el envío de la apelación (solicitud de redeterminación):

- Descargue una copia del formulario de apelación que se encuentra en **es-www.humana.com** y envíelo a Humana por fax o por correo postal. Incluya el nombre del afiliado, dirección, número de identificación de Humana, el motivo de la apelación y cualquier documento de respaldo. Humana investigará la apelación e informará al afiliado sobre la resolución. Si el afiliado no puede presentar una apelación por escrito, se aceptarán apelaciones orales.
- Para apelaciones por escrito, los afiliados de Medicare deben utilizar lo siguiente:

  Humana Grievances and Appeals
  P.O. Box 14165
  Lexington, KY 40512-4165
  Número de fax: **855-251-7594**

Mediante el inicio de sesión en MyHumana, los afiliados de la Parte D de Medicare pueden presentar solicitudes en línea a través de este enlace: **Resolutions.Humana.com/grievances-appeals-forms/member-info**

Respecto a todos los afiliados, el médico, el profesional que receta u otra persona pueden presentar la apelación en nombre del afiliado. Se debe completar el formulario de Designación de representante o una notificación por escrito equivalente que incluya la misma información requerida en el formulario de Designación de un representante. Este formulario proporciona permiso para que otra persona actúe en nombre del afiliado.

Para obtener un formulario de Designación de un representante, el afiliado puede llamar a Atención al cliente y solicitar uno, o visitar el sitio web de Humana en **es-www.Humana.com/member/documents-and-forms**. Los afiliados de Medicare también pueden acceder al formulario a través de el sitio web de Medicare en https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf**.**

- Si la apelación proviene de otra persona que no sea el afiliado, Humana debe recibir el formulario de designación de representante completado antes de que Humana pueda revisar la apelación.
- Tenga en cuenta que, según el programa Medicare, el médico u otro proveedor pueden presentar una apelación sin el formulario de Designación de representante.

Resolución de quejas formales y apelaciones
Si el afiliado tiene preguntas sobre su queja formal o apelación, indíquele que revise el Manual para los afiliados o que se comunique con Humana llamando al número que aparece al reverso de su tarjeta de identificación.

Apelaciones de afiliados de CarePlus
El primer nivel de apelación es una redeterminación. Las redeterminaciones estándar se deben presentar por escrito, y las redeterminaciones aceleradas se pueden solicitar verbalmente o por escrito. Ambos tipos de redeterminaciones deben presentarse en un plazo de 65 días calendario a partir de la fecha de la notificación de la decisión inicial de CarePlus.

Envíe las solicitudes a:
CarePlus Health Plans Inc.
Attn: Grievance and Appeals
P.O. Box 14165
Lexington, KY 40512-4165
o
Número de fax: **1-877-556-7005**

CarePlus puede prorrogar el plazo de 65 días para presentar la solicitud de redeterminación si el afiliado tiene una causa que justifique haber dejado pasar la fecha límite. Para una redeterminación estándar, CarePlus revisará la apelación y emitirá una notificación por escrito de su decisión al afiliado dentro de los siete días calendario posteriores a la recepción de la solicitud. El afiliado, su médico o profesional que receta, o el representante designado del afiliado pueden solicitar una redeterminación acelerada si consideran que la espera de una decisión estándar (siete días) podría comprometer gravemente la vida, la salud o la capacidad del afiliado para recuperar el máximo de sus funciones. CarePlus acelerará automáticamente una redeterminación si la solicitud la presenta el médico o el profesional que receta del afiliado, o si el afiliado tiene una declaración de respaldo de su médico o profesional que receta que indique por qué la redeterminación debe procesarse de forma acelerada.

Si el afiliado solicita una redeterminación acelerada por su cuenta sin el respaldo del profesional que receta, CarePlus decidirá si su salud requiere una redeterminación acelerada. Para presentar una redeterminación acelerada, el afiliado, el representante designado por el afiliado o el médico pueden llamar a Quejas formales y apelaciones de CarePlus al **1-800-451-4651 (TTY: 711)**. La solicitud también puede enviarse por fax al
1-877-556-7005. Una redeterminación acelerada se decidirá con la rapidez que requiera la afección médica del afiliado, pero a más tardar 72 horas después de recibir la solicitud si CarePlus determina que la redeterminación debe manejarse como una solicitud acelerada.

Información sobre la fuente de precios y el costo máximo permitido

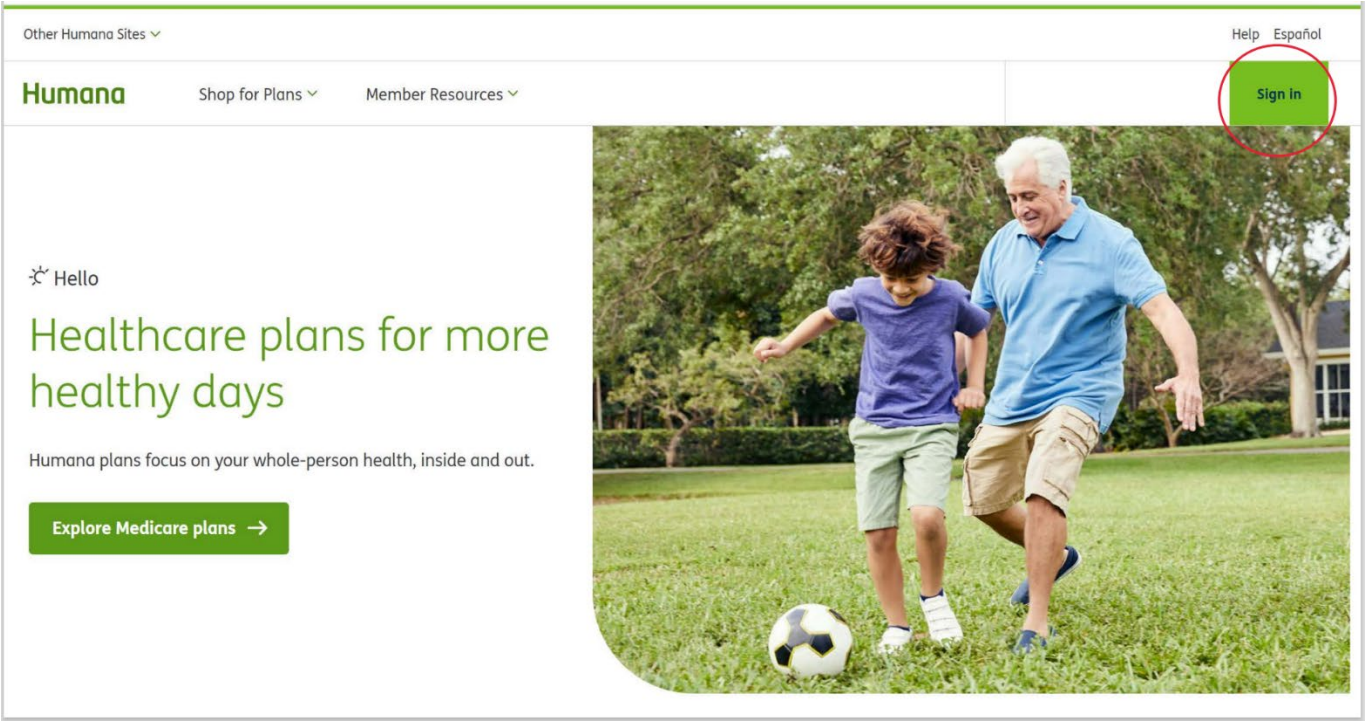
Fuente de precios

La fuente nacional de precios de medicamentos que se utiliza para determinar el precio promedio al por mayor de un medicamento recetado que no está incluido en la lista de MAC es Medi-Span.

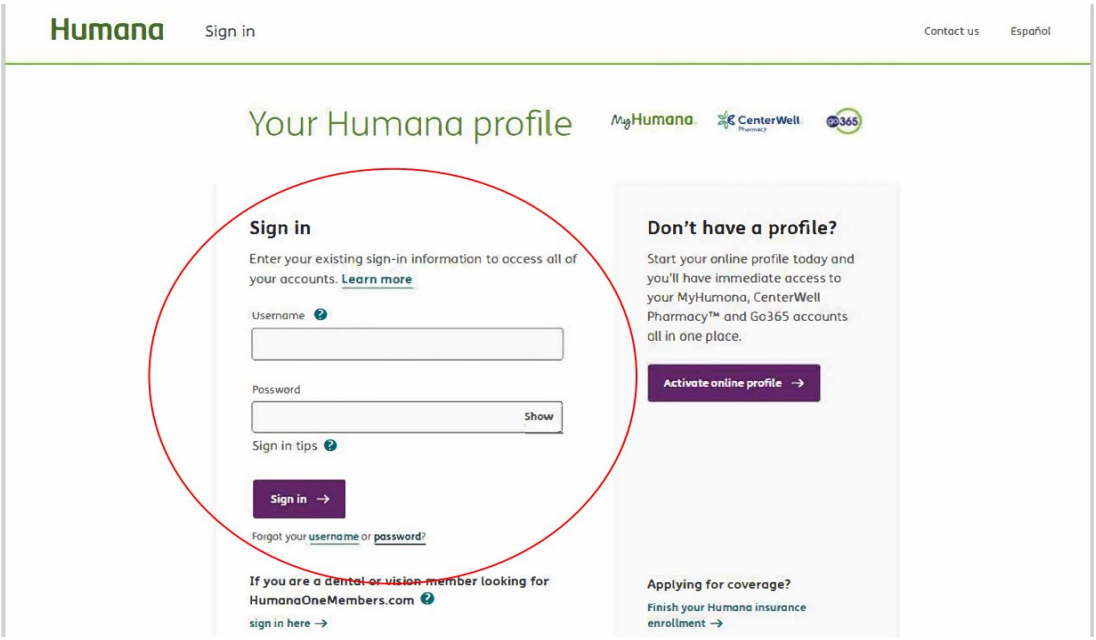
La fuente nacional de precios de medicamentos que se utiliza para determinar el costo de adquisición al por mayor de un medicamento recetado que no está incluido en la lista de MAC es First Databank.

Ubicación de la lista de costos máximos permitidos de farmacia

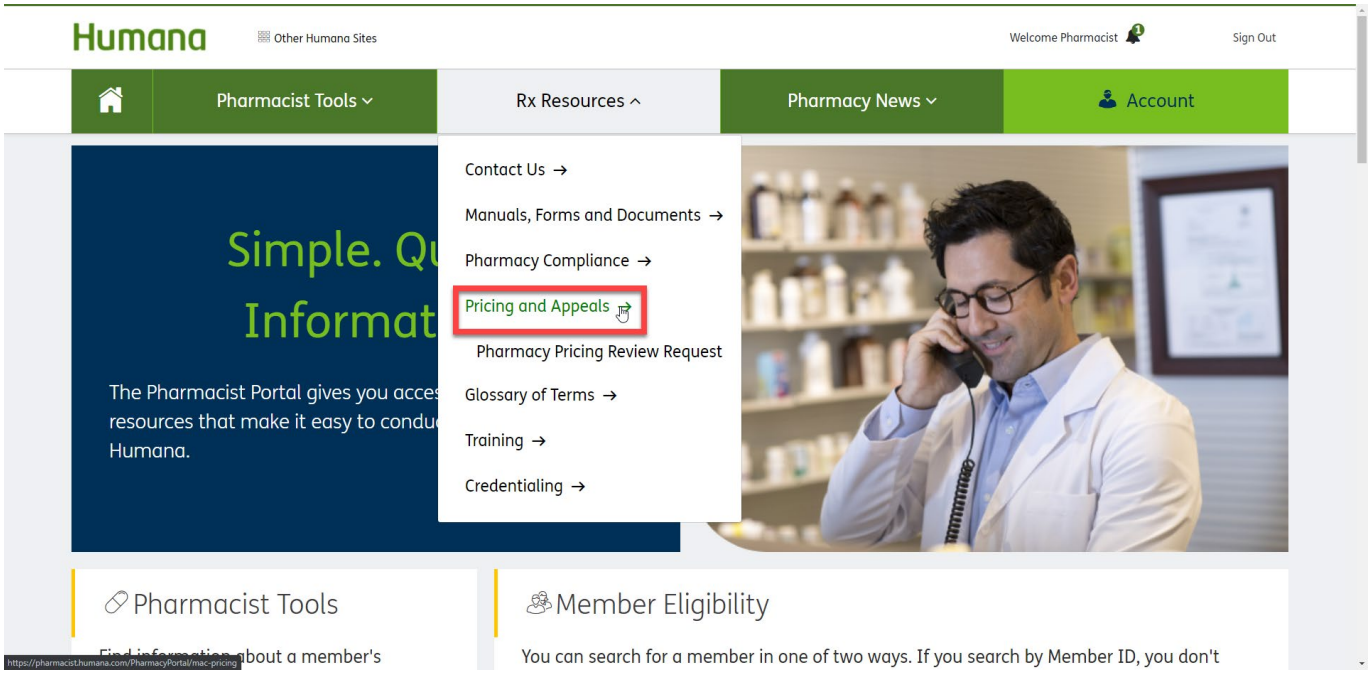
Cuando las farmacias de la red necesiten localizar la lista actual de MAC, pueden seguir los pasos a continuación en **es-www.humana.com**. Verán la pantalla a continuación. Seleccione el botón “Iniciar sesión” ubicado en la esquina superior derecha de la pantalla.



Luego, la farmacia debe ingresar el nombre de usuario y la contraseña que configuró al momento de suscribir el contrato con Humana. Si la farmacia no está segura de su nombre de usuario y contraseña, debe enviar un correo electrónico al equipo de contratación de farmacias a **PharmacyContracting@humana.com** y solicitar que se restablezca la cuenta del portal en línea de la farmacia.

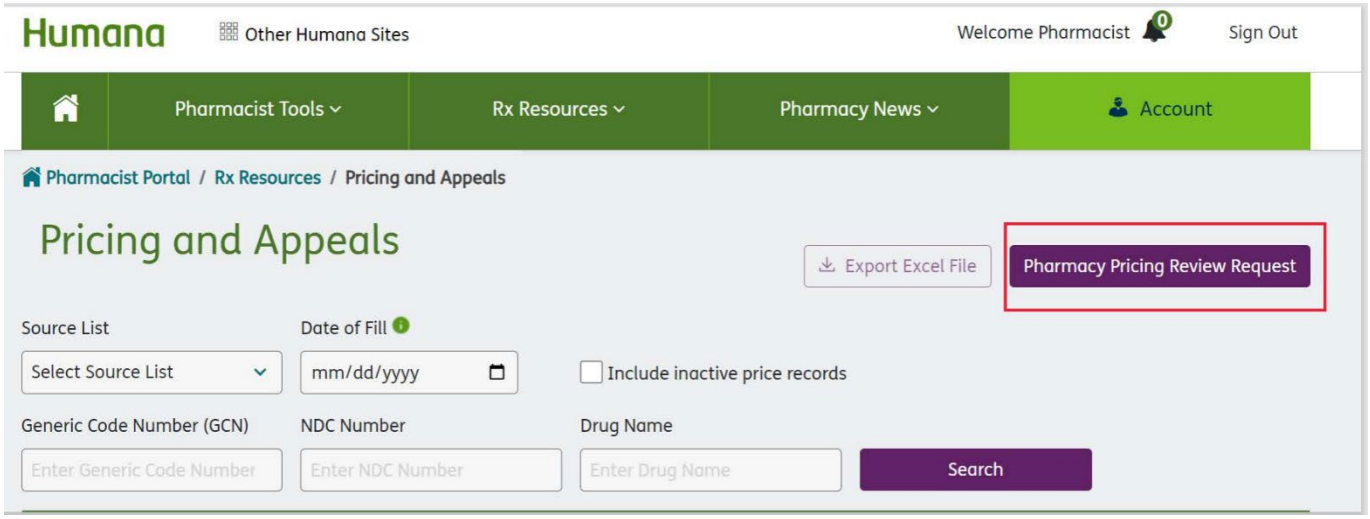


Para la lista actual de MAC aplicable al NPI que la farmacia utilizó para registrar su cuenta, la cual incluye actualizaciones recientes, seleccione el enlace de "Precios y apelaciones":



Una vez que la farmacia seleccione ese enlace, aparecerá un cuadro de búsqueda de MAC. Cierre la casilla y seleccione la lista adecuada en el menú desplegable. La lista elegida aparecerá únicamente como descarga o se cargará en la página.

Una farmacia de la red con una disputa sobre precios debe seguir los pasos a continuación para enviar un formulario de revisión de precios a Humana. Seleccione "Pharmacy Pricing Review Request" (Solicitud de revisión de precios de farmacia) en la esquina superior derecha.



Para iniciar el proceso de disputa, la farmacia debe completar todos los campos del formulario y devolverlo a Humana; para ello, debe seleccionar el botón "**Submit**" (Enviar) ubicado en la esquina inferior derecha del formulario.

Cuando se reciba el formulario, Humana comenzará el proceso de investigación e informará a la farmacia por fax o correo electrónico de los resultados de la disputa en un plazo de cinco días hábiles a partir de la fecha en que se recibió el formulario.

Programa del Plan de pagos de medicamentos recetados de Medicare

El Plan de pagos de medicamentos recetados de Medicare (MPPP, por sus siglas en inglés) es una nueva opción de pago para pacientes creada por la Ley de Reducción de la Inflación de 2022. El MPPP permite a los pacientes distribuir sus gastos de desembolso personal para los medicamentos de la Parte D de Medicare a lo largo del año calendario. **Esta opción de pago puede ayudar a los pacientes a administrar los gastos, pero no les ahorra dinero ni reduce el costo de sus medicamentos.** La participación del paciente es voluntaria.

A partir del 1 de enero de 2025, cualquier paciente con un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos recetados (es decir, un plan MA con cobertura de medicamentos recetados) puede optar por el MPPP para los medicamentos recetados elegibles.

Información sobre el programa de reclamaciones

Nuevos códigos de mensaje aprobados por el NCPDP de la Parte D de Medicare

- El código 056 de mensaje aprobado por el NCPDP(Beneficiario que probablemente se beneficie del Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare) se devolverá en el POS a través del campo de código de mensaje aprobado por el NCPDP (548-6F) en el la respuesta a reclamación de la Parte D de Medicare para reclamaciones de medicamentos recetados elegibles en las que el gasto de desembolso personal del paciente es igual o superior al umbral que definen los CMS ($600 para 2025).
    - Las farmacias están **obligadas** a proporcionar la versión en inglés de la “Aviso del Plan de pago de medicamento recetados con probabilidad de beneficio” al afiliado de la Parte D o a su representante al recibir esta notificación. La versión en español del aviso debe ponerse a disposición del paciente que lo solicite.
- El código de mensaje 057 aprobado por NCPDP (Beneficiario que participa en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare) se devolverá cuando la fecha de la reclamación de la Parte D de Medicare sea igual o superior a la fecha en que el afiliado optó por el programa.
    - El BIN MPPP (34Ø-7C), el PCN (991-MH), el ID de grupo (992-MJ) y el ID del titular de tarjeta (356-NU) se incluirán en el segmento de Respuesta otros pagadores como último pagador.
- El código 058 de mensaje aprobado por el NCPDP(El beneficiario ya no está afiliado/eligió no afiliarse en un Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare) se devolverá cuando el paciente participó en el MPPP durante el año del plan, pero ya no participa en él.

Envío de transacciones de reclamaciones

Una vez que el paciente participe en el programa MPPP, éste será el último pagador al que se facture.

- La farmacia debe presentar la reclamación según el orden estándar del pagador.
    - Una vez que el último pagador haya procesado la reclamación, deberá enviarse al MPPP los costos compartidos finales del paciente.
- La farmacia deberá presentar Ø8 (La reclamación se factura únicamente por la responsabilidad financiera del paciente) en 3Ø8-C8 Otro código de cobertura.
- La transacción de MPPP debe presentarse como una reclamación de Coordinación de beneficio (COB, por sus siglas en inglés).
- Los costos compartidos finales del paciente deben enviarse en Otro pagador - Monto de responsabilidad del paciente (OPPRA) (352-NQ).
    - No es necesario enviar una transacción cuando los costos compartidos del paciente es cero.

        - Las reclamaciones MPPP COB enviadas con un OPPRA de cero se denegarán con el código de error NCPDP 609: RECLAMACIÓN DE COB NO REQ RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE MONTO ERA 0.
    - Consulte a continuación la información sobre BIN/PCN.
- Humana reembolsará a la farmacia las reclamaciones elegibles enviadas.
- Humana facturará mensualmente al paciente los gastos OOP facturados al MPPP.

Información sobre el Programa de Plan de pago de medicamentos recetados después de procesar la reclamación de la Parte D de Medicare

Si el paciente optó por el MPPP tras recibir el aviso de probable beneficio y el producto recetado **no** ha salido de la farmacia, esta tendrá que:

- Anular las transacciones de pagadores de la Parte D de Medicare y posteriores
- Volver a enviar las transacciones de pagadores de la Parte D y posteriores
- Enviar la transacción al programa MPPP.
    - El DOS (401-D1) tiene que ser igual o posterior a la fecha en que el afiliado opte por el programa.

BIN y PCN

Plan	BIN	PCN
MPPP	**610649**	**MPPP7777**
CarePlus MPPP	**610649**	**MPPP8888**

Formulario de pagadores

Enlace directo al Formulario de pagadores:
https://assets.humana.com/is/content/humana/D.0 Pharmacy Medicare Prescription Payment Plan payer sheetpdf

Preguntas

Si las farmacias necesitan más información sobre el MPPP u otras opciones de programas de asistencia financiera para afiliados, el personal de la farmacia o los afiliados pueden visitar **Humana.com/RxCostHelp**.

Para más información sobre el MPPP, visite https://www.medicare.gov/prescription-payment-plan.

Programa NET para personas con Ingresos Limitados (LINET, por sus siglas en inglés)

LI NET es un programa de Medicare que proporciona cobertura inmediata para medicamentos recetados a beneficiarios de Medicare que son elegibles para Medicaid o Ayuda adicional y no tienen cobertura para medicamentos recetados.

Tenga en cuenta estos detalles sobre LI NET:

- Los pacientes que cumplen con los requisitos deben ser elegibles para la Parte D de Medicare y Medicaid, para recibir Ayuda Adicional o para recibir Ingreso suplementario de seguridad.

- El programa proporciona cobertura inmediata para medicamentos recetados en la farmacia; la afiliación se procesa al presentar la reclamación.
- Existen restricciones limitadas en la red de farmacias.
- No hay primas.
- La cobertura suele durar unos dos meses.
- Puede haber un reembolso retroactivo disponible para gastos de desembolso personal.

Los beneficiarios se pueden afiliar en el programa LI NET de cuatro maneras:

- Afiliación automática: inscripciones periódicas por parte de los CMS
- Punto de venta: inscripción por presentación de reclamación
- Retroactivo: solicitud de reembolso
- Formulario de afiliación de LI NET: **https://assets.humana.com/is/content/humana/LI%20NET_Enrollment_Form_ENG%20(003)pdf**

Confirmación de la elegibilidad

Para confirmar la elegibilidad para LI NET, envíe una consulta E1 (transacción de elegibilidad).

Resultados de E1	Categoría	Acción
ID del contrato = X0001	Paciente actualmente inscrito en LI NET	Enviar reclamación a LI NET utilizando datos de 4 medicamentos recetados
LICS/Ayuda adicional sin información del plan = SÍ	El paciente puede ser elegible para LI NET—aún no afiliado	Enviar reclamación a LI NET utilizando datos de 4 medicamentos recetados
LICS/Ayuda Adicional sin información del plan = NO	Paciente no elegible para LI NET	Referir paciente a **1-800-MEDICARE (633-4227)**
N.º de BIN/PCN del plan	El paciente está inscrito en un plan de la Parte D de Medicare	Presentar la reclamación al plan mediante Datos de 4 medicamentos recetados
Número de teléfono del plan	El paciente está inscrito en un plan de la Parte D de Medicare/problemas	Llamar al número de teléfono proporcionado

Información sobre la presentación de reclamaciones

Envíe las reclamaciones de farmacia electrónicas con la siguiente información:

BIN	PCN	ID de grupo	ID del titular de la tarjeta	Campo opcional: ID del paciente
015599	05440000	Se puede dejar en blanco	Número de Medicare	ID de Medicaid o número del Seguro Social

Cómo puede un beneficiario solicitar un reembolso retroactivo:

- Debe rellenar el formulario de Reembolso directo al afiliado en **es-www.Humana.com/member/medicare-linet-beneficiary-resources**.
- Debe adjuntar una copia del recibo o una copia impresa de la farmacia y un comprobante de pago.
- Envíe el formulario completo y con acuse de recibo por correo postal o fax a
  LI NET
  P.O. Box 14310
  Lexington, KY 40512-4310
  Número de fax: **877-210-5592**

Preguntas

Si necesita ayuda o información, llame al servicio de asistencia de LI NET al **800-783-1307**.

Anexo: Cobertura para medicamentos recetados de Medicare y sus derechos

Los CMS exigen que las farmacias de la red distribuyan a los beneficiarios el aviso “Cobertura para medicamentos recetados de Medicare y sus derechos”. Este aviso informa a los beneficiarios de Medicare sobre sus derechos de comunicarse con sus planes para obtener una determinación de cobertura o solicitar una excepción si no están de acuerdo con la información proporcionada por el farmacéutico. La información está disponible en: **https://www.cms.gov/Medicare/Appeals-and-Grievances/MedPrescriptDrugApplGriev/PlanNoticesAndDocuments.**

Se permite imprimir el aviso de farmacia en el material para etiquetas de medicamentos recetados o en un recibo de medicamentos recetados integrado, siempre y cuando el aviso se proporcione en una fuente de al menos 12 puntos. Se permite la distribución electrónica del aviso si el afiliado o el representante designado del afiliado han proporcionado una dirección de correo electrónico y han indicado su preferencia por ese método de comunicación.

Las farmacias con servicios de infusiones en el hogar deben distribuir al afiliado el aviso “Cobertura para medicamentos recetados de Medicare y sus derechos” en forma electrónica, por fax, en persona o por correo de primera clase con la rapidez que exija la afección de salud del afiliado, pero a más tardar 72 horas después de que la farmacia reciba la respuesta de la transacción original que indica que la reclamación no está cobertura por la Parte D.

Los CMS exigen que, para resolver el asunto, las farmacias de LTC se comuniquen con el profesional que receta o un miembro adecuado del personal del centro de LTC. Si el asunto no puede resolverse, la farmacia debe proporcionar a un miembro adecuado del personal del centro de LTC, al representante del afiliado, al profesional que receta o al afiliado el aviso “Cobertura para medicamentos recetados de Medicare y sus derechos” con la rapidez que exija la afección de salud del afiliado, pero a más tardar 72 horas después de que la farmacia reciba la respuesta de la transacción original que indique que la reclamación no está cobertura por la Parte D.

Tenga en cuenta: Si el afiliado es un residente que paga con desembolso personal y la farmacia no puede surtir el medicamento recetado conforme al beneficio de la Parte D, la farmacia debe, al momento de recibir la respuesta a la transacción, enviar el aviso por fax o bien entregarlo al afiliado, al representante del afiliado, al profesional que receta o al miembro correspondiente del personal en el centro de LTC. Después de la distribución del aviso, la farmacia de LTC debe continuar trabajando con el profesional que receta o el centro para resolver el asunto y garantizar que el residente reciba el medicamento necesario o un sustituto adecuado.

Nombre del afiliado:_____(opcional)

Medicamento y número de receta:_____(opcional)

Cobertura de medicamentos de Medicare y sus derechos

Tiene derecho a solicitar una determinación de cobertura a su plan de medicamentos de Medicare para que le proporcionen o paguen un medicamento que usted cree que debe cubrirse, proporcionarse o continuarse. También tiene derecho a solicitar un tipo especial de determinación de cobertura llamada **"excepción"** si usted:

- Necesita un medicamento que no figura en la lista de medicamentos cubiertos de su plan.
- Considera que una norma de cobertura (como una autorización previa o un límite de cantidad) no debería aplicarse en su caso por razones médicas.
- Necesita tomar un medicamento no preferido y desea que el plan cubra el medicamento al precio de uno preferido.

Cómo solicitar una determinación de cobertura

Para solicitar una determinación de cobertura, usted o su médico pueden llamar al número de teléfono gratuito de su plan de medicamentos de Medicare que se indica en el reverso de su tarjeta de miembro del plan, o ir a la página web de su plan. Puede solicitar una decisión acelerada (en 24 horas) si su salud puede verse gravemente perjudicada por la espera de hasta 72 horas.

Esté preparado para informar a su plan de medicamentos de Medicare:

- El nombre del medicamento recetado, incluida la dosis y la potencia (si se conocen)
- El nombre de la farmacia en la que intentó surtir la receta
- La fecha en que intentó surtir la receta
- Si solicita una excepción, el médico deberá explicar por qué necesita un medicamento fuera del formulario o no preferido, o por qué no se le debe aplicar una norma de cobertura.

Su plan de medicamentos de Medicare le enviará una decisión por escrito. Si no se aprueba la cobertura y usted no está de acuerdo con esta decisión, tiene derecho a apelar. El aviso del plan le explicará por qué le denegaron la cobertura y cómo solicitar una apelación.

Obtenga ayuda y más información

Consulte los materiales de su plan o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener más información sobre cómo solicitar una determinación de cobertura. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda para comunicarse con su plan, llame al 1-800-MEDICARE.

Para obtener este formulario en un formato accesible (como letra grande, Braille o audio) comuníquese con su plan de medicamentos de Medicare. También tiene derecho a presentar una queja si considera que se le ha discriminado. Visite Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar más información. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Declaración sobre la Ley para la Reducción de Trámites De acuerdo con la Ley para la Reducción de Trámites (PRA) de 1995, ninguna persona está obligada a responder una recopilación de información a menos que esta muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). Se trata de una encuesta nacional que se realizará entre consumidores que actualmente tienen seguro médico a través del Mercado de Seguros Médicos o que no tienen seguro, y entre personas que actualmente tienen Medicare. La encuesta está diseñada para examinar la confianza en la toma de decisiones de atención médica, la confianza en la capacidad de comprender conceptos clave de los seguros médicos, el conocimiento de los seguros médicos y la toma de decisiones sobre los seguros médicos específicamente en relación con el Mercado de Seguros Médicos y Medicare. Las respuestas de las secciones de confianza y conocimiento de los seguros médicos se utilizarán para darnos una idea de cómo la educación sobre los seguros médicos afecta las decisiones sobre estos. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-0975. El tiempo necesario para completar esta recopilación de información voluntaria y no confidencial es de aproximadamente 1 minuto en promedio por encuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, reunir los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene preguntas sobre la precisión de los tiempos estimados o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.