



Política de transición de 2026 para la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de CarePlus

CarePlus quiere asegurarse de que los afiliados como usted reciban los medicamentos que necesitan en el próximo año del plan. A partir del 1 de enero de 2026, es posible que no pueda obtener el medicamento que obtiene actualmente si:

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

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

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

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

Suministro de transición por solo una vez en una farmacia de pedido por correo o minorista

A partir del 1 de enero de 2026, en caso de que su tratamiento actual con medicamentos recetados se vea limitado:

- CarePlus cubrirá por solo una vez un suministro de 30 días de un medicamento cubierto de la Parte D, a menos que la receta indique menos de 30 días (en cuyo caso CarePlus permitirá varios surtidos de la receta hasta cubrir un total de 30 días del medicamento) durante los primeros 90 días de su elegibilidad

para el año del plan en curso, o durante los primeros 90 días desde su inscripción, a partir de la fecha de vigencia de la cobertura, cuando su tratamiento actual de medicamentos recetados se surta en una farmacia de pedido por correo/minorista. CarePlus proveerá repeticiones de medicamentos recetados de transición que se despachen por una cantidad menor a la indicada debido a límites de cantidad por seguridad o a modificaciones en la utilización del medicamento basadas en la información aprobada del producto.

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

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

CarePlus colabora con los afiliados que residen en centros de cuidado a largo plazo, que se encuentran en transición entre planes y que tienen los beneficios de Medicare, así como los beneficios completos de Medicaid, o que presentan una solicitud de apelación o excepción. En el caso de residentes en centros de cuidado a largo plazo, CarePlus cubrirá un suministro de 31 días a menos que la receta indique menos de 31 días (en cuyo caso CarePlus permitirá varios surtidos de la receta hasta cubrir un total de 31 días del medicamento) de un medicamento cubierto de la Parte D. Esta cobertura se ofrece en cualquier momento durante los primeros 90 días de elegibilidad para el año del plan en curso o durante los primeros 90 días de su inscripción, que comienza en la fecha de vigencia de su cobertura, cuando surta su tratamiento actual de medicamentos recetados en una farmacia de cuidado a largo plazo.

Si su capacidad para recibir el tratamiento de medicamentos está limitada, pero ya han pasado los primeros 90 días de afiliación a su plan, CarePlus cubrirá un suministro de emergencia de 31 días, a menos que la receta esté hecha para un período menor a 31 días. En ese caso, CarePlus permitirá varios surtidos de la receta para proporcionar un medicamento cubierto de la Parte D hasta cubrir un

total de 31 días, de manera que usted pueda continuar con su tratamiento mientras consigue una excepción o una autorización previa.

Si es admitido o dado de alta de un centro de cuidado a largo plazo, podrá acceder a una repetición de la receta después de la admisión o del alta y no se aplicarán ediciones anticipadas de la repetición de la receta.

Suministro de transición para afiliados actuales Transición entre años de contrato

CarePlus proporciona un proceso de transición para los afiliados actuales compatible con el proceso de transición requerido para los afiliados nuevos. Para los afiliados actuales cuyos medicamentos se verán afectados por cambios negativos en el formulario en el próximo año, CarePlus realizará una transición lógica proporcionando un proceso de transición al comienzo del nuevo año contractual. CarePlus también extiende la Política de transición entre años de contrato en caso de que un afiliado se inscriba en un plan con una fecha de inscripción vigente desde el 1 de noviembre o el 1 de diciembre y necesite acceso a un suministro de transición.

Distinción de recetas totalmente nuevas

CarePlus garantiza que aplicará todos los procesos de transición a una receta totalmente nueva para medicamentos que no estén en la lista de medicamentos (formulario) de CarePlus, o que tengan requisitos de control de la utilización, si no puede hacerse la distinción entre una receta totalmente nueva y una receta en curso en el punto de venta. Para hacer la distinción del tratamiento en curso, los afiliados deben tener un historial de reclamaciones de 108 días como mínimo. CarePlus analizará 180 días desde la fecha de vigencia o del comienzo del año del plan actual del afiliado para verificar la utilización previa del medicamento cuando el historial de reclamaciones esté disponible.

Avisos de transición a los afiliados

La política de CarePlus es garantizar que se envíe un aviso del evento de transición al afiliado para la reclamación de la transición. Los afiliados que completen su suministro de transición en varios surtidos recibirán una notificación solo para el primer surtido de transición. Todas las cartas de notificación de la Política de transición se envían a los afiliados por medio del correo de primera clase de los EE.UU. dentro de los tres (3) días hábiles desde que el sistema de adjudicación en el punto de venta reconozca el evento de surtido de

transición. Estas cartas contienen los siguientes textos:

- El suministro de transición proporcionado es temporal y no se puede repetir la receta fuera del período de transición, a menos que se apruebe una excepción al formulario u otra autorización;
- El afiliado debe trabajar con CarePlus, así como con su profesional que receta el medicamento, para satisfacer los requisitos de control de la utilización o identificar alternativas terapéuticas apropiadas que estén incluidas en el formulario de CarePlus y que probablemente reducirán sus costos;
- El afiliado tiene el derecho de solicitar una excepción al formulario, los plazos para procesar la excepción y el derecho del afiliado a solicitar una apelación si el patrocinador toma una decisión adversa; y
- Los procedimientos de CarePlus para solicitar excepciones.

Para los residentes de cuidado a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) a los que se les proporcionan varios suministros de un medicamento de la Parte D en incrementos de 14 (o menos) días, la carta de notificación de la Política de transición se enviará dentro de los tres (3) días hábiles posteriores al primer surtido temporal.

Notificaciones de transición al profesional que receta

La política de CarePlus es garantizar que se envíe una notificación del evento de transición al profesional que receta el medicamento que figura en los registros para la reclamación de la transición. Los proveedores recibirán una notificación para el primer surtido de transición solo cuando los afiliados completen su suministro de transición en varios surtidos. La carta al profesional que receta proporciona la siguiente información:

- Nombre del afiliado
- Fecha de nacimiento del afiliado
- Nombre del medicamento
- Fecha del surtido
- Modificación del control de la utilización
- Instrucciones sobre cómo usar la herramienta de búsqueda de la lista de medicamentos para proveedores de CarePlus
- Información sobre el proceso de determinación de cobertura de CarePlus

Costos compartidos para medicamentos proporcionados bajo la Política de transición

- Si es elegible para el Subsidio por ingresos limitados (LIS, por sus siglas en inglés) en 2026, su copago o coseguro por un suministro temporal de medicamentos provisto durante el período de transición no excederá su límite de LIS.
- Para los afiliados que no tienen LIS, el copago o coseguro se basará en los niveles de costos compartidos de los medicamentos aprobados para su plan y es consistente con los niveles de costos compartidos que CarePlus cobraría para medicamentos aprobados fuera de formulario bajo una excepción de la cobertura y los mismos costos compartidos para medicamentos del formulario sujetos a modificaciones de control de la utilización provistos durante la transición que aplicarían una vez que se cumplan los criterios de control de la utilización.

Extensión de la transición

CarePlus dispone de medidas para continuar proporcionándole los medicamentos necesarios mediante una extensión del período de transición, caso por caso, siempre que su solicitud de excepción o apelación no haya sido procesada antes del fin del período de transición mínimo y hasta el momento en que se haya completado una transición (ya sea a través de un cambio a un medicamento del formulario apropiado o de una decisión sobre una solicitud de excepción).

Comité de Farmacia y Terapéutica

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

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

- no forma parte de la lista de medicamentos (formulario); o

- tiene requisitos de control de la utilización, como requisitos de autorización previa, límites de cantidad o terapia por fases.

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

Procedimientos para solicitar una excepción o cambiar de medicamento recetado:

¿Cómo solicito una excepción?

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

Una vez presentada la declaración del profesional que receta, debemos notificarle sobre nuestra decisión en un plazo máximo de 24 horas, si la solicitud es acelerada, o bien en un plazo máximo de 72 horas, si se trata de una solicitud estándar. Su solicitud será acelerada si nosotros determinamos, o si su profesional que receta nos informa, que su vida, salud o capacidad para recuperar el máximo de sus funciones podrían correr grave peligro por esperar la decisión de una solicitud estándar.

¿Qué ocurre si deniegan mi solicitud?

Si su medicamento no está cubierto en nuestra lista de medicamentos (formulario) o si está cubierto, pero le hemos aplicado un requisito de control de la utilización, como autorización previa, terapia por fases o límite de cantidad, puede preguntarnos si

cubrimos otros medicamentos utilizados para el tratamiento de su afección médica. Si cubrimos otros medicamentos para su afección, le recomendamos que consulte a su profesional que receta si los medicamentos que cubrimos son una opción para usted.

Si su solicitud es denegada, también tiene derecho a apelar la decisión. En tal caso, debe solicitarnos una revisión de la decisión de denegación. Esta apelación debe presentarse dentro de los 65 días calendario posteriores a la fecha de la decisión de denegación. Si necesita asistencia para solicitar una excepción o apelación, ayuda para cambiar a un medicamento alternativo o más información sobre nuestra Política de transición, llame a nuestro Departamento de Servicios para Afiliados al **1-800-794-5907**. Si usa un TTY, llame al **711**. Puede llamarnos los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. Tenga en cuenta que nuestro sistema telefónico automatizado podría responder su llamada los fines de semana y días festivos. Para el servicio de 24 horas al día, puede visitarnos en **CarePlusHealthPlans.com**.

Los formularios de solicitud de excepción y autorización previa están a disposición suya y del profesional que receta en el sitio web de CarePlus [CarePlusHealthPlans.com/RxDecisions](https://www.CarePlusHealthPlans.com/RxDecisions), o bien puede llamar al Departamento de Servicios para Afiliados para que se los enviemos por correo postal, fax o correo electrónico.

Notificación pública sobre la Política de transición

Esta Política de transición está disponible en el sitio web de CarePlus, [CarePlusHealthPlans.com/prescriptiondrugguides](https://www.CarePlusHealthPlans.com/prescriptiondrugguides), en la misma sección donde se muestran las políticas y formularios de Medicare.

Aviso de no discriminación

CarePlus Health Plans, Inc. cumple con todas las leyes aplicables de Derechos civiles federales y no discrimina ni excluye a las personas por su raza, color, religión, género, identidad de género, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad, origen nacional, condición de militar, condición de veterano, información genética, ascendencia, origen étnico, estado civil, idioma, estado de salud o necesidad de servicios de salud. CarePlus Health Plans Inc.:

- Proporciona a las personas con discapacidades adaptaciones razonables y servicios y ayudas auxiliares gratuitas y adecuadas para comunicarse eficazmente con nosotros, como por ejemplo:
 - Intérpretes acreditados de lenguaje de señas
 - Información escrita en otros formatos (letra de imprenta grande, audio, formatos de acceso electrónico o de otro tipo)
- Proporciona servicios gratuitos de asistencia lingüística a personas cuya lengua materna no es el inglés, los cuales pueden incluir:
 - Intérpretes acreditados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita adaptaciones razonables, ayudas auxiliares adecuadas o servicios de asistencia lingüística, póngase en contacto con **800-794-5907 (TTY: 711)**. Si usted cree que CarePlus Health Plans, Inc. no le ha prestado estos servicios o le ha discriminado por motivos de raza, color, religión, género, identidad de género, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad, origen nacional, condición militar, condición de veterano, información genética, ascendencia, origen étnico, estado civil, idioma, estado de salud o necesidad de servicios de salud, puede presentar una queja en persona o por correo postal o electrónico a la atención del Coordinador de no discriminación de CarePlus Health Plans, Inc. en P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618, **800-794-5907 (TTY: 711)**, o **Accessibility1@CarePlus-HP.com**. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Coordinador de no discriminación de CarePlus Health Plans, Inc. puede ayudarle.

También puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, electrónicamente a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, en **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**, o por correo postal o por teléfono a:

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



Este aviso está disponible en **es-www.CarePlusHealthPlans.com/NDN**.

Notice of Availability - Auxiliary Aids and Services Notice

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

GHHNOA2025CP

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

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

ភាសាខ្មែរ Khmer: សេវាកម្មផ្នែកភាសា ជំនួយ និង សេវាកម្មជំនួយប្រមូលផ្សេងៗសម្រាប់អ្នកមានការពិការភាព។
ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-794-5907 (TTY: 711)។

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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