

DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES  
Centers for Medicare & Medicaid Services  
Room 303-D  
200 Independence Avenue, SW  
Washington, DC 20201



**Office of External Affairs**

---

# HOJA DE INFORMACIÓN DE MEDICARE

PARA PUBLICACIÓN INMEDIATA  
5 de abril de 2006

CONTACTO: CMS Media Affairs  
(202) 690-6145

## **Hoja de Información sobre la Transición**

La prioridad más grande de Medicare es asegurar que los beneficiarios de la Parte D tengan acceso a las medicinas recetadas que necesitan. Todos los días millones de recetas médicas son surtidas y los planes de medicinas de Medicare, por lo general, cubren una mayor variedad de medicinas que muchos de los planes de seguro de salud públicos y privados.

Al igual que otros planes de seguro, los planes de medicinas de Medicare ofrecen medicinas preferidas y establecen requisitos de autorización previa para promover el uso seguro y efectivo de las medicinas para evitar costos innecesarios. Con el fin de ayudar a asegurar transiciones sin problemas a las medicinas que están cubiertas y también para darle tiempo a los beneficiarios de que obtengan excepciones a estos requisitos cuando sea clínicamente adecuado, Medicare hizo un llamado a los planes para implementar un período de transición inicial de tres meses para la cobertura de Medicare para recetas médicas.

Puesto que el período de transición está terminando, el requisito de Medicare de que los planes de recetas médicas cuenten con un proceso de transición eficaz es permanente. Este requisito continúa aplicando para los beneficiarios que no completaron el proceso de transición durante el período de transición de 90 días.

Ante todo, y en todo tiempo, los planes para la Parte D juegan un papel importante de comunicarse con las personas que tienen inscritas e informarles sobre lo que necesitan hacer para lograr una transición exitosa. También, los planes necesitan tomar decisiones oportunas respecto a las peticiones de excepción o apelación presentadas por las personas inscritas.

Las personas inscritas en la Parte D de Medicare no deben enterarse en la farmacia que necesitan obtener autorización previa para una medicina o de la transición a una medicina distinta. Tampoco deberán enfrentar demoras en la farmacia debido a que las peticiones de excepción no han sido resueltas.

- Más -

Durante el período de transición, CMS repetidamente ha sostenido correspondencia con los planes para exponerles que su función es asistir a los beneficiarios en esta transición. Estos comunicados incluyeron lo siguiente:

- **Recordatorio sobre la Política de Transición** (6 de enero). CMS informa a los planes para recetas médicas que si la farmacia demora o niega las medicinas recetadas iniciales a personas recién inscritas con autorización previa o requisitos en el paso de edición esto no es compatible con la política de transición de CMS.
- **Otro Recordatorio sobre la Política de Transición** (13 de enero). CMS explica a los planes nuestra guía y les indica que deben contar con un proceso que asegure que las recetas médicas presentadas por primera vez sean surtidas rápidamente.
- **Medidas Cooperativas Sigüientes** (18 de enero). CMS pide a los planes que ofrezcan a los beneficiarios un suministro temporal de medicamentos no incluidos en el formulario en casos necesarios por razones médicas a fin de que el proceso de transición pase sin problemas. También les indica que usen el criterio correcto para extender la cobertura en situaciones especiales en las que una transición más larga por razones médicas pudiera necesitarse.
- **Extensión de la Transición** (2 de febrero). CMS pide una extensión general de este suministro temporal hasta el 31 de marzo para las personas inscritas durante los primeros tres meses del programa.
- **Medidas de Transición Sigüientes** (17 de marzo). CMS recuerda a los planes que el propósito del proceso de transición exigido no es el de proporcionar simplemente un suministro temporal de medicinas no incluidas en el formulario, sino que hay que ofrecer a las personas inscritas suficiente tiempo y guía para trabajar con sus proveedores de servicios de salud para cambiar a una medicina alternativa del formulario terapéuticamente adecuada o solicitar una excepción del formulario si fuera necesario por razones médicas.
- **Pasos Críticos Sigüientes Conforme Termina el Período de Transición** (29 de marzo). CMS le reitera a los planes que deben brindar a las personas inscritas que han usado un beneficio de transición asistencia adecuada que les ayude a lograr una transición exitosa a las medicinas del formulario o a que tomen medidas necesarias para conservar su medicamento actual.

CMS dejó claro que los planes son responsables de cumplir con sus requisitos contractuales para resolver excepciones y apelaciones. CMS está supervisando el desempeño de los planes y espera que éstos proporcionen un suministro temporal de medicinas recetadas cuando no puedan cumplir con los límites de tiempo establecidos.

Además, CMS impondrá medidas correctivas, y cuando sea necesario, aplicará sanciones más fuertes—incluyendo penalidades civiles en dinero—cuando las personas inscritas no puedan obtener en forma oportuna las medicinas que necesitan.

Los enfoques que los planes pueden utilizar para ayudar a que las personas inscritas entiendan lo qué necesitan hacer para lograr una transición exitosa a la cobertura de la Parte D incluyen los siguientes:

- Analizando los datos de reclamaciones para decidir qué personas inscritas necesitaron más información;
- Comunicándose con las personas inscritas para asegurar que tienen la información que necesitan para poder cambiar a una medicina del formulario, o por si requieren obtener autorización previa de su doctor o si deben presentar una petición de excepción del formulario;
- Aumentando el personal, el centro de llamadas y la capacidad de la línea de la farmacia para responder a un aumento anticipado en el volumen de peticiones de excepciones; y,
- Extendiendo el período de transición, a base de caso por caso, cuando la petición de excepción o apelación de la persona inscrita no haya sido tramitada al final del período de transición.

Para asegurar una transición sin problemas, CMS también ha tomado medidas adicionales para asistir a doctores, farmacéuticos y a otros profesionales de servicios de salud.

**Para médicos y otros proveedores de servicios de salud:**

- CMS cuenta con un programa de alcance amplio para los proveedores de servicios de salud para informarles de los recursos que tienen a su disposición para ayudar a sus pacientes durante este período de transición.
- CMS proporcionó un buscador de formulario en su sitio web el cual posibilita que los proveedores encuentren planes en sus estados que igualen la lista de medicinas requeridas por el paciente. Además, trabajamos con Epocrates, la compañía del programa médico, para tener a disposición de los proveedores el formulario y otra información de cobertura.
- CMS distribuyó y colocó en su sitio web un recurso titulado “Transitional Drug Coverage Toolkit for Health Care Professionals,” incluyendo información sobre excepciones y apelaciones y otros elementos a fin de lograr una transición sin problemas para los proveedores.

- CMS ha proporcionado enlaces al formulario de los planes e información sobre la cobertura.
- CMS ha apoyado el trabajo de los planes de salud, de los grupos de médicos y de otras personas interesadas en desarrollar una manera uniforme para el procesamiento directo de las peticiones de excepción del formulario, así como también para las peticiones comunes de autorización previa.

**Para farmacéuticos:**

- CMS se comunicó extensamente con las cadenas de farmacias, farmacias independientes y de cuidado a largo plazo para asegurar que fueran informadas sobre los asuntos de la transición y pudieran, cuando se les pidiera, asistir a sus clientes con la cobertura de medicinas de la Parte D.

Desde diciembre, los farmacéuticos han recibido ocho veces ejemplares de “Medicare Rx Update” que contienen información específica sobre el proceso de transición. Además, hemos llevado a cabo sesiones especiales de “Foro de Puertas Abiertas” durante el período de transición para brindar información específica a farmacias acerca de la transición y para permitir que los farmacéuticos llamen y hablen directamente con personal de CMS.

- CMS ha apoyado el trabajo de los planes de salud y a los grupos de farmacias para desarrollar códigos y respuestas uniformes para los sistemas de facturación de farmacias a fin de reducir considerablemente el tiempo y los costos administrativos normales que los farmacéuticos enfrentan al tratar con una variedad de planes de salud. Especialmente, los códigos ofrecerán mensajes consistentes a los farmacéuticos en asuntos tales como medicinas que no están en el formulario, autorización previa, límites de cantidades y medicinas no cubiertas por la Parte D.
- CMS les exige a los farmacéuticos que anuncien el Aviso de Farmacia Modelo, el cual describe los derechos del beneficiario a las excepciones y apelaciones.

###