

COMUNICACION DEL SEGUNDO TRIMESTRE PARA FARMACIAS



RECORDATORIOS Y ACTUALIZACIONES IMPORTANTES

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare y sus derechos (Aviso a la Farmacia): El formulario de aviso a las farmacias y sus instrucciones se incluyen en las páginas 2 y 3 de este comunicado. Revise y asegúrese de que su farmacia cumpla con los requisitos de 42 CFR § 423.562(a)(3) y § 423.128(b)(7)(iii).

Credencialización y certificaciones de la Parte D de Medicare para el 2023:

Farmacias independientes: para cumplir con los requisitos de CMS y permanecer en nuestra red, asegúrese de que los empleados de su farmacia completen las capacitaciones anuales de cumplimiento y, a su vez, la farmacia complete la Certificación de Farmacia Participante de Medicare Parte D para el Año 2023 en NCPDP antes del 31 de diciembre de 2023.

Cadenas y PSAO: a principios de junio, se envió a su organización la Declaración Anual de Acreditación del 2023 y la Declaración Anual de la Parte D de Medicare, las cuales deben completarse como requisito de su Acuerdo de Proveedor Participante y el Manual de Farmacia. Complete ambos documentos en su totalidad y firme en nombre de todos sus códigos de cadena afiliados.

Actualizaciones del Manual de Farmacia: Ha habido actualizaciones recientes en el Manual de Farmacia de Elixir. Como recordatorio, a las farmacias se les requiere que regularmente verifiquen el Manual de Farmacia para las actualizaciones (localizadas en nuestro sitio web bajo: "Providers" > "Pharmacy Resources" > "Processing Information"). Para garantizar que usted verificará la versión del manual más reciente, recuerde almacenar su caché en su navegador. Para lograr esto, presione "control" y "refresh" al mismo tiempo y la última versión del manual se verá reflejada.

Sección	Página	Contenido Actualizado
Pruebas de COVID-19	Página 13	Actualizaciones realizadas para alinearse con el final de la emergencia de salud pública
Vacunas de COVID-19	Páginas 17-18	Actualizaciones realizadas para alinearse con el final de la emergencia de salud pública
Presentación precisa de reclamos y registro de recetas	Páginas 23-24	Información agregada sobre el proceso de biosimilares

Encuesta de satisfacción de farmacias: La Encuesta de satisfacción de farmacias de 2023 ya está abierta y disponible para que las farmacias participen. Agradecemos el tiempo y los comentarios de las farmacias de nuestra red para mejorar nuestros servicios.

Actualización de NCPDP: Elixir usa NCPDP como fuente principal para toda la información de farmacia. Asegúrese de que el perfil de su farmacia esté actualizado con la información actual de su farmacia. Esto incluye, pero no se limita a, información como la dirección de su farmacia, información de contacto, afiliación a PSAO, centros de pago, cambio de propietario y licencias. Todas las actualizaciones de farmacias realizadas en NCPDP antes del final del día de miércoles serán recibidas por Elixir el jueves por la mañana a través del archivo semanal dataQ de NCPDP. **Para evitar la interrupción de los servicios a los miembros, asegúrese de haber tomado todas las medidas necesarias para la contratación si su farmacia cambia o deja su PSAO.**

Verificación del segundo factor de ACH: como un paso adicional para garantizar la seguridad en torno a los cambios bancarios, Elixir ha implementado el proceso de verificación del segundo factor. En el plazo de una semana desde el envío de una solicitud de cambio bancario, un representante del equipo de cuentas a pagar de Elixir se comunicará directamente con usted a través de la dirección de correo electrónico facilitada en su perfil NCPDP. Esto puede causar un retraso en el procesamiento, pero se hace para validar la información y evitar fraudes. Es importante que las farmacias mantengan esta información actualizada.



RECURSOS PARA PRESCRIPTORES

Portal de Prescriptor: Elixir provee información valiosa incluyendo enlaces directo al sitio web de nuestros clientes para asistir con Pre-Autorizaciones, Solicitudes de Determinaciones de Cubierta, Listas de Medicamentos Cubiertos, y Recursos de Salud e Información. También hay instrucciones para obtener los criterios de UM y cómo usar nuestros procedimientos de manejo farmacéutico, explicaciones de límites y cuotas, cómo los prescriptores pueden ofrecer información para respaldar una solicitud de excepción y protocolos de sustitución genérica, intercambio terapéutico y terapia escalonada. Estos recursos están disponibles para las farmacias en nuestro sitio web bajo: "Providers" > "Prescriber Resources". Por favor, utilice esta información como una guía útil para llenar recetas, asistir a asegurados y referir prescriptores.

Aviso de Privacidad y Confidencialidad de la Información: Esta comunicación puede contener información no pública, confidencial o legalmente privilegiada destinada al uso exclusivo de los destinatarios designados. Si usted no es el destinatario previsto, o ha recibido esta comunicación por error, notifíquelo inmediatamente al remitente por correo electrónico de respuesta o por teléfono al 800.361.4542, y elimine todas las copias de esta comunicación, incluidos los archivos adjuntos, sin leerlos ni guardarlos en el disco. Si usted es el destinatario previsto, debe proteger el contenido de acuerdo con todos los requisitos estatales o federales aplicables relacionados con la privacidad y confidencialidad de la información, incluidas las directrices de privacidad de HIPAA.

SI NO DESEA RECIBIR EMAILS de Elixir, puede enviarnos una solicitud por fax al 866.250.5178 (llamada gratuita) o por correo electrónico a customerservice@elixirsolutions.com (debe indicar "Email Opt Out" en el asunto) o llamar al 1.800.361.4542 (llamada gratuita) indicándonos que no le enviemos más correos electrónicos. Su solicitud se considerará válida sólo si: (1) contiene la(s) dirección(es) del correo electrónico que no deseen recibir un correo electrónico de nosotros; y (2) no nos da permiso para enviar correos electrónicos a la dirección de correo electrónico proporcionada anteriormente. Debe solicitar que reanudem los correos electrónicos poniéndose en contacto con nosotros en el número de teléfono, número de fax o dirección de correo electrónico mencionado anteriormente. La ley federal nos obliga a cumplir con su solicitud en un plazo de 30 días.

Form Instructions

Medicare Prescription Drug Coverage and Your Rights Standardized Pharmacy Notice (CMS-10147)

Each Medicare Part D plan sponsor must arrange with its network pharmacies, including mail order and specialty pharmacies, for the distribution of this notice to Part D enrollees when a prescription cannot be covered (“filled”) under the Medicare Part D benefit at the point of sale (POS). The notice must be provided to the enrollee if the pharmacy receives a transaction response (rejected or paid) indicating the claim is not covered by Part D. See Chapter 18, *Notification by Network Pharmacists*, of the Prescription Drug Benefit Manual for the complete list of rejected claim scenarios where delivery of this notice is not required. The notice instructs enrollees about their right to contact their Part D plan to request a coverage determination, including an exception. This notice fulfills the requirements at 42 CFR § 423.562(a)(3) and § 423.128(b)(7)(iii).

This is a standardized notice, the content of which may not be altered. The notice must be provided in 12 point font. The OMB control number must be displayed in the lower right corner of the notice. The fields for the enrollee’s name and the drug and prescription number are optional and may be populated by the pharmacy.

Heading

Logo not required. Pharmacies may place their logo in the space above the optional fields for the enrollee’s name and the drug and prescription number.

PRA Disclosure Statement According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this information collection is 0938-0975. The time required to complete this information collection is estimated to average one (1) minute per response, including the time to review instructions, search existing data resources, gather the data needed, and complete and review the information collection. If you have comments concerning the accuracy of the time estimate(s) or suggestions for improving this form, please write to: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Nombre del beneficiario: _____ (opcional)

Número de receta y de medicamento: _____ (opcional)

La cobertura de Medicare de las recetas médicas y sus derechos

Sus derechos si tiene Medicare

Usted **tiene el derecho de solicitar una determinación de cobertura** de su plan Medicare de recetas médicas si está en desacuerdo con la información proporcionada por la farmacia. También tiene **el derecho de solicitar una determinación de cobertura especial conocida como “excepción”** si piensa que:

- Necesita un medicamento que no está en la lista de su plan. A la lista de medicamentos cubiertos se le conoce como “formulario”.
- Una regla de cobertura (como la autorización previa o un límite de cantidad) no debe aplicarse debido a su problema médico; o
- Necesita tomar un medicamento no preferido y usted quiere que su plan lo cubra al precio de un medicamento preferido.

Lo que necesita hacer

Usted o la persona que le ha recetado el medicamento pueden pedirle al plan una determinación de cobertura, llamando al número gratis que aparece en la parte de atrás de la tarjeta del plan, o visitando el sitio web del plan. Usted o su médico puede pedir una determinación acelerada (24 horas) si su salud pudiera estar en peligro si tiene que esperar 72 horas para obtener la respuesta. Usted tendrá que informarle al plan:

1. El nombre del medicamento que no pudo obtener, la dosis y concentración si lo sabe.
2. El nombre de la farmacia donde intentó obtener el medicamento.
3. La fecha en que intentó obtenerlo.
4. Si solicita una excepción, el médico que lo recetó tiene que enviarle a su plan una declaración explicándole el motivo por el cual usted necesita el medicamento que no está en el formulario, el medicamento no preferido o no se debe aplicar una regla de cobertura a usted.

Su plan Medicare de medicamentos recetados le comunicará su decisión por escrito. Si no aprueban la cobertura, la carta del plan le explicará el motivo y cómo apelar la decisión si no está de acuerdo.

Si desea más información, consulte los materiales del plan o llame al 1-800-MEDICARE.

Declaración sobre la Ley para la Reducción de Trámites De acuerdo con la Ley para la Reducción de Trámites de 1995 (PRA en inglés), las personas no están obligadas a responder una recopilación de información a menos que se exhiba un número de control de la oficina de Gerencia y Presupuesto (OMB en inglés) válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-0829. El tiempo necesario para responder esta recopilación de información es de aproximadamente 10 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar 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.

CMS no discrimina en sus programas y actividades. Para solicitar esta publicación en un formato alternativo, llame al 1-800-MEDICARE o envíe un correo electrónico a: AltFormat@cms.hhs.gov.