

Q2 2022 COMUNICACIÓN DE FARMACIA



RECORDATORIOS Y ACTUALIZACIONES IMPORTANTES

Cubierta de Medicamentos de Medicare y sus Derechos (Notificación de Farmacia): Como recordatorio, CMS proveyó una versión actualizada de la Notificación de Farmacia con una fecha de expiración del 28 de febrero de 2025. Por favor, revise y asegúrese que su farmacia está en cumplimiento con los requisitos 42 CFR § 423.562(a)(3) and § 423.128(b)(7)(iii). Esto también está incluido en las páginas 3 a la 4 de este comunicado.

2022 Certificación de Medicare Parte D:

Farmacias independientes: En orden de cumplir con los requisitos de CMS y mantenerse en un buen estado dentro de nuestra red, por favor asegúrese que los empleados de su farmacia completen los adiestramientos de cumplimiento anuales, y a su vez, la farmacia complete la certificación de farmacias participantes de Medicare Parte D para el año calendario en NCPDP en o antes del 31 de diciembre de 2022.

Cadenas y PSAOs: Si usted aún no ha recibido, recibirá pronto la Certificación Anual de Credencialización del 2022 y la Certificación Anual de Medicare Parte D, ambas de las cuales necesitará completar como parte del requisito de su Acuerdo de Participación del Proveedor y el Manual de la farmacia. Por favor, completar ambos documentos en su totalidad y firmar en nombre de todos los códigos de las cadenas afiliadas.

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 mas 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.S

Section	Page Number	Content Updated
Servicios Estandarizados sobre Proveedores y Asegurados	10-12	Se añadió el Comité de la Red Cumplimiento y actualizaciones de información relacionados apelaciones bajo Suspensiones y Terminaciones.
Vacunas	14-16	Vaxneuvance GPI cubierto
Someter Reclamaciones Precisas y Récord de la Receta	19-21	Someter Reclamaciones Precisas – Consideraciones de Medicare Paret D, Consideraciones Clínicas, Procesos de Pre-autorizaciones, y Tarjetas de Identificación Actualizadas
Recomendaciones de Auditoría	23	Sección actualizada con Información de Recoboros
Preguntas de Auditoría mas Frecuentes	26	Información actualizada relacionada a extensiones de auditoría

Recordatorio de Auditorías de Farmacia, Fraude, Despilfarro y Abuso: Todas las comunicaciones de auditoría de las farmacias pueden encontrarse bajo la sección de “Auditorías de Farmacia” en el sitio web de Elixir (“Proveedores” > “Recursos para Farmacias” > “Auditorias de Farmacia”). Las farmacias deben revisar las comunicaciones actuales y previas para estar al tanto de las expectativas de la red. Las farmacias deben familiarizarse con las prácticas que pueden constituir incumplimiento de contrato de los Proveedores Participantes según como aparece en la páginas 10-11 del Manual de Farmacia de Elixir.

Encuesta de Satisfacción de las Farmacias: La [Encuesta de Satisfacción de las Farmacias](#) está disponible ahora y le exhortamos a participar! Debe tardar solamente 5 minutos para completarlo, además le permite llenarla de forma anónima para que nos puedan dar su retroalimentación honesta. Apreciamos su participación para que podamos mejorar los servicios a las farmacias de la red.



RECURSOS PARA PRESCRIPTORES

Portal de Prescriptor: Elixir provee información valiosa incluyendo “direct links” 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. Estos recursos están disponibles para las farmacias en nuestro website bajo: “Providers” > “Prescriber Resources”. Por favor, utilice esta información como una guía útil para llenar recetas, asistir a asegurados y referir prescriptores.



VISITA WWW.ELIXIRSOLUTIONS.COM PARA VER EN LINEA LOS RECURSOS DE PROVEEDORES

Estos recursos se pueden encontrar bajo la “pestaña” de Proveedores.

- ✓ Manual de Proveedores
- ✓ Pagos Electrónicos y Remesas
- ✓ Hojas de Pago
- ✓ Consultas de MAC
- ✓ Comunicaciones y Boletines de Farmacia
- ✓ Información sobre el Proceso de Matrícula de Farmacias Independientes, y Credencialización. Instrucciones para obtener criterios de editos de utilización y cómo utilizar el manejo de nuestros procedimientos farmacéuticos
- ✓ Explicaciones sobre los límites y cuotas
- ✓ Substitución de Genéricos, Intercambio Terapéutico, y Protocolos de Terapia Escalonada
- ✓ Cómo prescriptores pueden proveer información para ayudar con una solicitud de excepción.



CONTACTOS ÚTILES

- Centro de Ayuda para Farmacias de Elixir: 1.800.361.4542 care@elixirsolutions.com
- MAC: MAC@elixirsolutions.com
- Contabilidad Farmacia/Problemas de Pago: pharmacyaccountingissues@elixirsolutions.com
- Consultas de Auditorías para Farmacias: pharmacyaudits@elixirsolutions.com
- Consultas de Contratos para Farmacias: pharmacycontracting@elixirsolutions.com
- Solicitud y Aplicación de Registro para Farmacias/Preguntas: providerenrollment@elixirsolutions.com
- Oficina Central de NCPDP: 480.734.2870 accessonline.ncpdp.org

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 866.534.6333, y elimine todas las copias de esta comunicación, incluidos los archivos adjuntos, sin leerlas ni guardarlas 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.