

<b>POLÍTICA Y PROCEDIMIENTO</b>	
<b>N.º de la política y TÍTULO:</b> Envío de autorizaciones previas y reclamos de beneficios de farmacia	
<b>Responsable primario de la política:</b> Farmacia	<b>N.º DE POLÍTICA:</b> PH23
<b>Responsable afectado o secundario de la política:</b> Marque los departamentos a cargo del cumplimiento total o parcial de la política o del procedimiento descritos, según se indica.	
1) <input type="checkbox"/> Todos los departamentos 2) <input type="checkbox"/> Salud conductual y Servicios sociales 3) <input type="checkbox"/> Administración de Beneficios 4) <input type="checkbox"/> Manejo del Cuidado 5) <input type="checkbox"/> Reclamos 6) <input type="checkbox"/> Mercado de la Comunidad y Participación de los Miembros 7) <input type="checkbox"/> Cumplimiento 8) <input type="checkbox"/> Configuración 9) <input type="checkbox"/> Contratación de Proveedores 10) <input type="checkbox"/> Cultura y Lingüística 11) <input type="checkbox"/> Servicio al Cliente	12) <input type="checkbox"/> Centros 13) <input type="checkbox"/> Finanzas 14) <input type="checkbox"/> Recursos Humanos 15) <input type="checkbox"/> Tecnología de la Información/ Sistemas Principales 16) <input checked="" type="checkbox"/> Farmacia 17) <input type="checkbox"/> Redes de Proveedores 18) <input type="checkbox"/> Mejora de la Calidad y Equidad en Salud 19) <input checked="" type="checkbox"/> Administración de Utilización 20) <input type="checkbox"/> Adquisición 21) <input type="checkbox"/> Administración 22) <input type="checkbox"/> Administración Médica
<b>TIPO DE PRODUCTO:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Medi-Cal	<b>Reemplaza a la política n.º:</b> N/C

## I. PROPÓSITO

Garantizar el envío oportuno, eficaz y completo de reclamos y solicitudes de autorización previa y beneficios de farmacia retroactivos.

## II. POLÍTICA

Health Plan of San Joaquin y Mountain Valley Health Plan (el “Plan de Salud”) revisará las autorizaciones previas para medicamentos administrados por un médico en forma ambulatoria (servicios de farmacia facturados como reclamos médicos o institucionales) conforme a la política del Plan de Salud PH05: Autorizaciones previas.

Las autorizaciones previas se deben enviar siempre antes de que cualquier medicamento que requiere autorización previa se abastezca o sea administrado por el médico en el consultorio. Todos los reclamos y las solicitudes de autorización previa para beneficios de farmacia enviados a partir del 1.º de enero de 2022 se deben dirigir a Medi-Cal Rx. Medi-Cal Rx es responsable de los siguientes beneficios de farmacia cuando una farmacia los factura en un reclamo de farmacia: medicamentos cubiertos para pacientes ambulatorios, incluidos los medicamentos administrados por un médico, suministros médicos y productos de nutrición enteral. Consulte la política del Plan de Salud PH30: Beneficios médicos versus beneficios de farmacia, para obtener más información y ejemplos relacionados con los reclamos de beneficios médicos versus los de farmacia. Todas las solicitudes de autorizaciones de farmacia por motivos de facturación retroactiva de reclamos procesados antes del 1.º de enero de 2022 se deben enviar al Plan de Salud.

## III. PROCEDIMIENTO

### A. Envío del formulario de autorización previa

1. De acuerdo con el proyecto de ley del Senado n.º 282, en vigor desde el 7/1/2017, el Departamento de Cuidado Médico Controlado (DMHC) exige que todos los planes de salud de cuidado controlado (incluido el Plan de Salud) utilicen el formulario universal de autorización de medicamentos (Formulario 61-211) de alcance estatal desarrollado por el DMHC y el Departamento de Seguros. No se aceptarán otros formularios que se envíen al Plan de Salud para solicitudes de autorizaciones retroactivas.

2. Para las solicitudes de autorización previa presentadas a Medi-Cal Rx, se aceptan cinco métodos de envío. Para obtener más detalles sobre los cinco métodos y obtener ayuda, visite <https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home>.
    - a. Autorizaciones previas a través de CoverMyMeds® (CMM)
    - b. Portal seguro para proveedores de Medi-Cal Rx
    - c. Envío por fax
    - d. Transacción del Consejo Nacional para Programas de Medicamentos Recetados (NCPDP) mediante el sistema de punto de venta de farmacia
    - e. Correo electrónico
  3. Todas las solicitudes de autorización se deben completar en su totalidad.
    - a. Adjunte notas clínicas, informes de consultas y resultados de laboratorio relevantes.
    - b. Envíe toda la información recopilada a la organización a la que envía la solicitud de autorización (p. ej., antes del 1/1/2022 va dirigida al Plan de Salud, a partir del 1/1/2022, a Medi-Cal Rx).
- B. Plazos para enviar solicitudes de autorización previa
1. Las autorizaciones previas se deben enviar siempre antes de abastecer los medicamentos cuando se conoce la información de elegibilidad.
  2. La farmacia es responsable de obtener la información de elegibilidad y enviar la autorización previa lo antes posible, si corresponde, para obtener cobertura. Para verificar la elegibilidad, se recomienda a los proveedores y farmacias utilizar el Sistema Automatizado de Verificación de Elegibilidad (AEVS) del estado. Mientras se investiga la elegibilidad del miembro, las farmacias deben aplicar el juicio clínico adecuado para determinar si es preciso abastecer los medicamentos en casos de emergencia mientras está pendiente la verificación de elegibilidad.

3. Las solicitudes de autorización para medicamentos ya abastecidos antes del 1/1/2022 y antes de recibir la autorización previa se consideran solicitudes de autorización retroactivas.
  - a. Las autorizaciones retroactivas recibidas después de los 14 días de la fecha de servicio solicitada se revisarán considerando cada caso en particular por los siguientes motivos:
    - i. La otra cobertura de salud del miembro (el seguro principal) denegó el pago de un reclamo por servicios. La autorización previa se debe enviar dentro de los 90 días calendario desde la fecha de servicio solicitada y debe incluir: (1) una carta de denegación del seguro principal o la *Explicación de beneficios (EOB)* que demuestre que el seguro principal no cubre el servicio y (2) documentación del monto pagado por la otra compañía de seguros y el monto que se le factura al Plan de Salud.
    - ii. El miembro obtuvo elegibilidad retroactiva. El Plan de Salud debe recibir la autorización previa dentro de los 90 días calendario desde la fecha en que se estableció la elegibilidad retroactiva.
    - iii. Si se detecta un patrón de uso indebido o abuso de autorizaciones retroactivas que exceden los 14 días, el director de farmacia o la persona designada supervisará la actividad de la farmacia. Si una farmacia es supervisada tres veces por autorizaciones previas retroactivas inapropiadas, según se definen en la sección correspondiente de la política, todas las solicitudes de autorización retroactiva siguientes de dicha farmacia serán denegadas.
4. Por contrato, los proveedores no pueden hacer responsables económicamente a los miembros de cualquier servicio que el Plan de Salud haya denegado administrativamente, pero que se haya abastecido o administrado porque el proveedor no obtuvo la autorización para los medicamentos de manera oportuna.

C. Envío de reclamos de beneficios de farmacia a partir del 1/1/2022

1. Los medicamentos que se facturen en el sistema de reclamos de farmacia (p. ej., a través de un sistema de adjudicación de farmacia) se deben facturar a Medi-Cal Rx mediante el sistema de beneficios de farmacia de Magellan.
2. El DHCS, en asociación con Magellan, cuenta con un portal seguro de farmacia para planes de cuidado controlado (MCP) que les permite a los usuarios designados (UD) del Plan de Salud ver los reclamos de farmacia de Medi-Cal Rx procesados recientemente así como las autorizaciones previas de Medi-Cal Rx y sus estados.
3. El Plan de Salud es responsable de actualizar la lista de usuarios designados para agregar o quitar a las personas sobre la base de su empleo o terminación en el Plan de Salud de quienes tienen acceso al portal seguro de farmacia para MCP.

D. Envío de reclamos retroactivos

1. Todos los reclamos para una fecha de servicio anterior al 1/1/2022 se deben realizar a través de los beneficios de farmacia del Plan de Salud y se deben facturar al administrador de beneficios de farmacia contratado.
2. El Plan de Salud es el pagador de última instancia para los reclamos de coordinación de beneficios. El Plan de Salud es responsable de los coseguros, copagos y deducibles solo después de que se han agotado todos los procesos de autorización previa a través del pagador principal.
3. Las farmacias tienen hasta 365 días calendario desde la fecha de servicio para enviar los reclamos al administrador de beneficios de farmacia. Este plazo para reclamos se establece de acuerdo con la sección 1300.71(13)(b) del título 28 del Código de Regulaciones de California y la sección 10133.66(a) del Código de Seguros. Los reclamos que se reciban después de los 365 días de abastecido el medicamento se revisarán en los siguientes casos:

- a. Si un miembro no era elegible según el Plan de Salud en el momento en que se prestó el servicio y luego obtuvo elegibilidad retroactiva. En este caso, la farmacia tiene hasta 90 días calendario desde la fecha en que se establece la elegibilidad retroactiva.
- b. Si un miembro tiene otro seguro principal y los reclamos son procesados por dicha compañía de seguros principal. En esta caso, la farmacia tiene hasta 90 días calendario desde la fecha de pago o la fecha de disputa, denegación o aviso del pagador principal.
- c. Cuando se revierta una decisión de denegación en una apelación, una revisión médica independiente o una audiencia estatal.

#### IV. DOCUMENTOS ADJUNTOS

- A. Definiciones de los Planes de Cuidado Controlado de Medi-Cal del Departamento de Servicios de Cuidado Médico (anexo A, documento adjunto I, 1.0 Definiciones)
- B. [Enlace al glosario](#)
- C. Lista de acrónimos usados en los contratos de Cuidado Controlado de Medi-Cal (Anexo A, documento adjunto I, 2.0 Acrónimos)

#### V. REFERENCIAS

- A. Carta Integral del Plan 22-012, Departamento de Servicios de Atención Médica. Orden Ejecutiva N-01-19 del Gobernador sobre la transición de los beneficios de farmacia de Medi-Cal de cuidado médico controlado a Medi-Cal Rx.
- B. Secciones §1379 y §1385 del Código de Salud y Seguridad
- C. Sección 10133.66 del Código de Seguros (enmendado)
- D. Sección §1300.67.8 del título 28 del Código de Regulaciones de California (CCR)
- E. Sección §1300.71 del título 28 del CCR

## VI. HISTORIAL DE REVISIÓN

\* Versión 001 a partir del 01/01/2023

Versión*	Resumen de la revisión	Fecha
000	09/17, 12/18, 05/19, 05/20, 12/21, 09/22	N/C
001	Se cambió la política PH23 a otra plantilla. Fue revisado y no se realizaron cambios.	09/08/2023
002	Se hizo referencia a la política PH30 y se actualizó a "Plan de Salud" toda referencia a la organización por motivos de doble marca.	09/03/2024
<b>Fecha de vigencia inicial:</b> 09/12/2017		

## VII. Revisión y aprobación del Comité

Nombre del Comité	Versión	Fecha
Comité de Cumplimiento	002	02/20/2025
<ul style="list-style-type: none"> <li>Comité de Supervisión de Privacidad y Seguridad</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Comité de Integridad del Programa</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Comité de Auditorías y Supervisión</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Comité de Revisión de Políticas</li> </ul>	002	11/27/2024
Comité de Mejora de la Calidad y la Equidad en la Salud	002	09/18/2024
<ul style="list-style-type: none"> <li>Comité de Calidad en Operaciones</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Comité de Quejas Formales</li> </ul>		

**VIII. APROBACIONES DE AGENCIAS DE REGULACIÓN**

<b>Departamento</b>	<b>Revisor</b>	<b>Versión</b>	<b>Fecha</b>
Departamento de Servicios de Cuidado Médico	Preparación Operativa, División de Operaciones de Cuidado Controlado	001	8/15/2023
Departamento de Cuidado Médico Controlado			

**IX. Firma de aprobación\***

<b>Firma</b>	<b>Nombre y cargo</b>	<b>Fecha</b>
	Presidente del Comité de Revisión de Políticas	
	Responsable de la política	
	Ejecutivo del departamento	
	Director ejecutivo	

\* Las firmas se archivan; no estarán en la copia publicada.