



A B ▲ R C A

MANUAL DE PROVEEDORES

2023

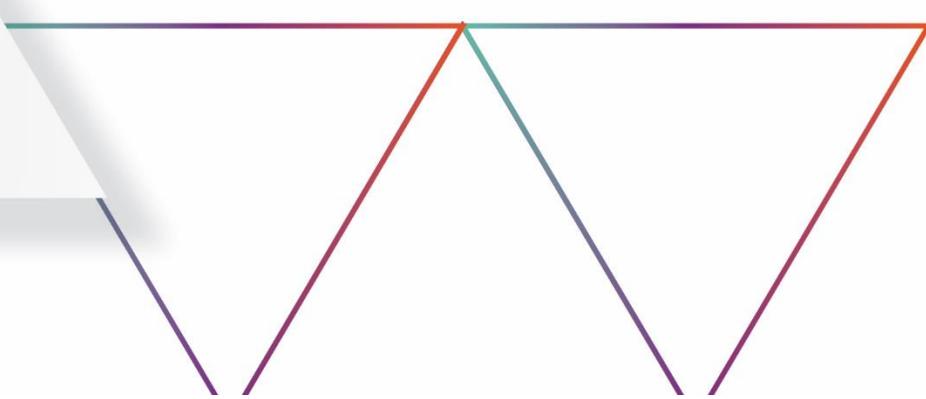




Tabla de Contenido

Introducción	5
Información de Contacto	6
Definiciones	7
Procesamiento de Reclamaciones	9
a. Proceso para Someter Reclamaciones Electrónicas	9
b. Sometimiento Manual de Reclamaciones	10
Política de Sustitución de Genéricos	11
Restricciones de Administración de Utilización	11
a. Límites de Cantidad	11
b. Suministro de Días	11
c. Terapia Escalonada	11
d. Límite de Edad	11
e. Limitación de Especialidad o Condición de Salud	12
f. Autorización Previa (Pre-Auto)	12
g. Editos de Seguridad	12
Información Clínica Requerida en una Solicitud de Determinación de Cubierta	12
a. ¿Qué información clínica debe enviar la farmacia con una solicitud de determinación de cobertura?	12
b. Tiempos de Evaluación	13
c. Exclusiones de la Parte D de Medicare	14
Insulinas: Estabilidad, Dispensación y Empaque	14
Facturación correcta para las presentaciones de plumas de insulina	17
Manejo de los agonistas del receptor GLP-1 para beneficiarios con Diabetes Mellitus Tipo 2 para Medicare – Triple S Advantage	17
Requisitos Operacionales	18
a. Mensaje de Alerta	18
b. Medicamentos cubiertos y no cubiertos	19
c. Información de copago	19
d. Requisitos de entrega automática para los planes de Medicare	19
e. Otros requisitos para los programas de entrega automática incluyen:	19
Coordinación of Beneficios (COB)	20
a. General	20
b. Medicaid (ASES):	20



Programa de Precios de Medicamentos 340B	20
Resumen del Programa.....	20
Identificación y Procesamiento de Reclamaciones 340B.....	21
Integridad del Programa 340B.....	21
Como crear una cuenta 340B OPAIS	21
Proceso de Transición para Medicare.....	24
Proceso de Dispensación de Medicamentos para Procedimiento bajo la Parte B – Triple S Advantage.....	25
Red de Farmacias: Derechos y Responsabilidades	26
a. Contrato	26
b. Quejas y Apelaciones (todo Cliente, excepto ASES).....	39
c. Quejas y Apelaciones (ASES – PR Medicaid)	40
d. Nivel de Esfuerzo para la Compuestos.....	43
e. Acreditación del Proveedor.....	43
f. Divulgación de Transacciones Comerciales Significativas (ASES – PR Medicaid)	44
g. Actualización de la Información de Farmacia.....	44
h. Pagos a Proveedores	44
i. Retención de Documentos	44
j. Confidencialidad y Discriminación	45
Seguridad en los Medicamentos	45
▲ Comunicado de seguridad del consumidor.....	45
▲ Errores en Medicamentos	45
Fraude, Desperdicio y Abuso	48
a. Programa Anti-Fraude	49
Auditorías de Farmacia	51
a. Tipos de Auditorías	51
b. Activadores de Auditorías.....	52
c. Registro de Mantenimiento y Acceso	53
d. Plazo de Auditoría	54
e. Documentos Requeridos	54
f. Documentación Insuficiente.....	54
g. Requisitos del Registro de Firmas	55
h. Requisitos de las Recetas/Prescripciones	55
i. Requisitos de Recetas Electrónicas	57
j. Consideraciones Especiales para Farmacias LTC y Farmacias Especializadas.....	57



- k. Despachos Parciales.....58
- l. Guías de Facturación59
- m. Procesos de Auditorías.....62
- n. Lista de Discrepancia63
- o. Resolución y Resultados de Auditoría64
- Programas de Evaluación y Estrategia de Mitigación de Riesgos (REMS).....64
- Éditos Clínicos65
- “E-Prescribing” y Pre-Autorizaciones Electrónicas (ePA)65
- Política de Emergencias66
 - a. Procesamiento de reclamaciones durante una emergencia.....67
 - b. Fax Numbers.....68
 - c. Rechazos en el Punto de Venta68
- Referencias Adicionales.....68
- Anejos.....70
 - Anejo I: NCPDP Universal Claims Form70
 - Anejo II: Pharmacy Provider Complaint Form75
 - Anejo III: Signatures LOG.....76
 - Anejo IV: ASES Dispute Resolution Process for Denied Claims and Other Disputes.....77



Introducción

Abarca Health es un proveedor de tecnología de la información para el cuidado de la salud y soluciones clínicas para las partes interesadas en la industria del cuidado de la salud; líder en servicios de administración de beneficios farmacéuticos (PBM, por sus siglas en inglés) y se enfoca en usar las herramientas de inteligencia comercial para capacitar a nuestros clientes para que tomen decisiones que mejoren su negocio.

Abarca Health, fundada en 2005 como la división PBM de *Pharmacy Insurance Corporation of America* (PICA), el principal plan de medicamentos recetados (PDP) de la Parte D de Medicare en Puerto Rico, se convirtió en una empresa independiente a principios de 2010. **Abarca Health** aprovecha sus capacidades tecnológicas para impulsar soluciones de PBM flexibles y rentables que agilicen las operaciones, mejoren los programas de beneficios y eleven la calidad de la atención para nuestros socios.

El personal de **Abarca Health** está formado por profesionales de la salud, los seguros de salud y la tecnología de la información, incluidos médicos, farmacéuticos, enfermeras, educadores de la salud, ingenieros, desarrolladores de software, actuarios y economistas. Nuestro equipo de liderazgo ofrece información obtenida a partir de décadas de experiencia al servicio de las necesidades de diversas industrias, desde la gestión de la cadena de suministro farmacéutica hasta la externalización de tecnología y desde la atención gestionada hasta la consultoría del sector público. Nuestra experiencia nos ayuda a crear soluciones a la medida que generan valor medible para nuestros clientes.

Este manual provee guías operativas para el procesamiento de reclamaciones del proveedor, utilizando el estándar de la industria del Consejo Nacional para Programas de Medicamentos Recetados (NCPDP, por sus siglas en inglés). Nuestro sistema de adjudicación y procesamiento de reclamos, RxPlatform®, proporcionará a las farmacias toda la elegibilidad, la cobertura de medicamentos, el copago y la información necesaria que necesitarán para procesar una reclamación.

Para **Abarca Health**, su farmacia es muy importante y agradecemos su participación dentro de nuestra Red de Farmacias. Esperamos brindar servicios de excelencia a todos nuestros clientes.



Información de Contacto

Dirección Física y Postal de Abarca Health

650 Ave. Muñoz Rivera, Suite 701
San Juan, PR 00918-4115

Los representantes de servicios están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, hora estándar del Atlántico, para responder llamadas urgentes y emergentes de miembros, prescriptores, médicos y farmacias. Las preguntas comunes incluyen, pero no se limitan a:

- ▲ Preguntas clínicas
- ▲ Procesamiento y envío de reclamaciones
- ▲ Cobertura de beneficios, incluidos copagos y deducibles
- ▲ Estatus de reclamaciones y pagos
- ▲ Quejas

Servicio de Asistencia de Farmacia General:

Proveedores@abarcahealth.com

1-866-993-7422

Servicio de Asistencia (por cliente)	Números telefónicos
ACAA	1-866-224-0176
Care First	1-866-287-6156
Evertec	1-888-816-6844
First Medical	1-855-831-3591
Lilly	1-787-625-4346
Plan de Salud Menonita	1-855-831-3594
PROSSAM	1-855-831-3593
Triple S Advantage	1-855-922-2722
Triple S Salud	1-844-804-7415

Servicio de Asistencia de ASES (por MCO)	Números telefónicos
ASES	1-800-981-2737
ASES First Medical (GFIRST)	1-844-347-7806
ASES MMM (GMMM)	1-844-880-8820
ASES Plan de Salud Menonita (GSMEN)	1-844-832-0420
ASES Triple S Salud (GTSSS)	1-855-774-6087



Compliance & FWA	Número telefónico
Hotline	1-866-991-7422

Departamento de Network Strategy:

PharmacyContracting@abarcahealth.com

787-523-1295

Portal de Proveedores de Abarca Health

<https://providers.abarcahealth.com/>

Definiciones

- ▲ **Abuso** – Prácticas que no se consideran fraudulentas y no constituyen una representación falsa de los hechos. Estas prácticas de abuso son inconsistentes con las buenas prácticas y los estándares aceptados por la industria y la profesión farmacéutica y pueden resultar directa o indirectamente en costos innecesarios para el plan de salud o en pagos incorrectos por servicios que no son médicamente necesarios o que no cumplen con los estándares profesionales del Plan de Salud.
- ▲ **Fraude** – Falsa representación voluntaria e intencionada de un hecho real. Es un acto intencional de engaño por parte de una o más personas para obtener ilegalmente un beneficio o privilegio estadounidense al que no tienen derecho. El fraude puede resultar en la suspensión de servicios, multas y/o encarcelamiento impuestas por agencias estatales y/o federales.
- ▲ **Data de ASES** – Todos los datos creados de Información, documentos, mensajes (verbales o electrónicos), informes o reuniones que involucren o surjan de otra manera en relación con el Contrato de ASES con ABARCA.
- ▲ **Auditoría** – Revisión formal del cumplimiento de las normas internas (políticas y procedimientos), acuerdos contractuales y normas externas (leyes y reglamentos). Las auditorías de reclamos de farmacia incluyen de escritorio, presencial, revisión de prepago e investigación.
- ▲ **Reclamación Limpia** – Una reclamación limpia bajo 42 CFR 447.46 (b), como se define en 48 CFR 447.45 (b), es una reclamación recibida por ABARCA para adjudicación la cual puede ser procesada sin obtener información adicional de la farmacia o de un tercero. Incluye un reclamo con errores originados en el Sistema de Tramitación de Reclamaciones de ABARCA. No incluye un Reclamo de una Farmacia que esté bajo investigación por Fraude, Despilfarro o Abuso o un Reclamo bajo revisión por Necesidad Médica.
- ▲ **Reducción de Costos** – Un método de pago de reclamaciones en el que no se reembolsa a la farmacia hasta que se haya demostrado que se han agotado todos los seguros de salud disponibles y otras fuentes de Responsabilidad de Terceros.
- ▲ **Servicio de Farmacia Cubierto** – La parte de beneficios de medicamentos recetados de los Servicios cubiertos a los que tienen derecho los Afiliados dentro del GHP, cuyo pago de



indemnización está cubierto bajo este Contrato, y todos los demás Servicios de PBM requeridos según acuerdo en el Contrato de ASES, incluidos los servicios contratados dentro del Art. 2.

- ▲ **Servicios Cubiertos** – Aquellos servicios de Cuidado de Salud médicamente necesarios proporcionados a los afiliados por los proveedores, cuyo pago de indemnización está cubierto por una organización de atención administrada del GHP.
- ▲ **CMS** – Centros de Servicios de Medicare y Medicaid.
- ▲ **Análisis de Datos** – Es una herramienta para identificar errores de cobertura de pago y otros indicadores de potencialmente de Fraude y abuso o incumplimiento.
- ▲ **Dispensar Según Escrito o Código DAW** – Significa el código promulgado por NCPDP para indicar el motivo por el que se dispensa un medicamento de marca de múltiples fuentes.
- ▲ **Discrepancias** – También conocido como "hallazgos". Los casos de reclamos facturados inapropiadamente se identifican por incumplimiento y pueden resultar en recuperaciones de auditoría. Véase la sección: “**Guías sobre hallazgos y discrepancias de auditoría**”.
- ▲ **Beneficiario Doblemente Eligible (Dual)** – Un afiliado o posible afiliado elegible tanto para Medicaid como para Medicare.
- ▲ **E-prescribing** – El proceso de creación y transmisión de una receta a través de medios electrónicos desde el punto de atención hasta la farmacia.
- ▲ **Recetas Electrónicas** – Es una receta generada electrónicamente y una receta transmitida emitida por un profesional prescriptor a una farmacia libremente seleccionada por el paciente, a través de un dispositivo que autentica la firma electrónica del profesional prescriptor y garantiza la seguridad de la transmisión de acuerdo con las normas, leyes y reglamentos aplicables. Para propósitos de la Ley de Farmacia de Puerto Rico, la receta generada y transmitida electrónicamente se conocerá también como receta electrónica y constituirá una orden original, por lo que no se requerirá una orden con firma manuscrita.
- ▲ **Firma Electrónica** – Un grupo de datos en formato electrónico contenido en un mensaje, documento o transacción adjunto o lógicamente asociado con dicho mensaje, documento o transacción que puede usarse para identificar al suscriptor e indicar que el suscriptor aprueba y reconoce la información contenida en el mensaje, documento o transacción.
- ▲ **GSA** – Abreviatura para la Administración de Servicios Generales del gobierno federal de los Estados Unidos. Para los propósitos presentes, nos referiremos a esta agencia en el contexto del Sistema de Lista de Partes Excluidas (EPLS, por sus siglas en inglés), una lista de entidades excluidas publicada por la GSA.
- ▲ **Managed Care Organization (MCO)** – Organización de Cuidado Administrada. Una compañía de seguros, organización de atención médica o cualquier otra organización de salud aprobada en Puerto Rico que cumpla con la definición de MCO de CMS.
- ▲ **MED (Medicare Exclusion Data)** – Sistema en línea basado en la web disponible para buscar y consultar sobre sanciones de proveedores y restablecimientos de datos actuales y acumulativos (históricos). También permitirá a los usuarios descargar archivos mensuales, que consisten en datos actuales y acumulados de sanciones y reincorporaciones de proveedores.
- ▲ **NBI MEDIC** – Una organización contratada por CMS para administrar el Programa de Integridad de Medicamentos Recetados de CMS. Para los fines de la Parte D, MEDIC está a



cargo de administrar las auditorías y todos los esfuerzos contra el fraude, el desperdicio y el abuso del beneficio de la Parte D.

- ▲ **Medicare** – Programa de seguro médico para individuos que califiquen bajo el Título XVIII de la Ley del Seguro Social.
- ▲ **OIG** – Abreviatura para Oficina del Inspector General. Para los fines presentes, nos referiremos a esta agencia en el contexto de la Lista de Individuos/Entidades Excluidas (LEIE), una lista de entidades excluidas publicada por la OIG. Además, el Inspector General es responsable de las auditorías, evaluaciones, investigaciones y esfuerzos de aplicación de la ley relacionados con los programas y operaciones del Departamento de Salud y Servicios Humanos, incluido el programa Medicare.
- ▲ **Orange Book** – Registro de Medicamentos genéricos de uso humano *Orange Book*. La publicación de la FDA de productos farmacéuticos aprobados con evaluación de equivalencia terapéutica que identifica los productos farmacéuticos aprobados por la FDA en función de la seguridad y la eficacia.
- ▲ **Reclamación Paga** – Es una transacción que ha sido enviada y adjudicada para pago por el sistema de procesamiento electrónico de reclamaciones.
- ▲ **Prescripción o Receta** – Se refiere a una instrucción escrita (ya sea en copia impresa o en formato electrónico "receta electrónica") dada por un Prescriptor bajo ciertas indicaciones para ser preparada y enviada en una farmacia por un farmacéutico con licencia. Debe incluir el nombre y la dirección de la persona para quien se escribió la receta, la fecha, los números de licencia de la persona que receta (incluida la licencia federal y estatal para recetar sustancias controladas cuando sea necesario), la firma, la dirección y el número de teléfono de la persona que receta. y cualquier otra información requerida por las leyes federales o estatales aplicables.
- ▲ **Medicamentos Recetados** – Para los presentes efectos, los medicamentos que requieren una orden de prescripción escrita por una persona con autoridad prescriptora para ser dispensados.
- ▲ **Refills o Repeticiones** – Cuando un médico autorice que se repita una receta prescrita de acuerdo con el número de veces indicado en la orden de prescripción y permitido por la ley.
- ▲ **Desperdicio** – Es el despilfarro extravagante, descuidado y/o innecesario de fondos, bienes o beneficios gubernamentales que puedan resultar de prácticas, sistemas, controles y/o decisiones deficientes. El término también se refiere a prácticas inapropiadas que pueden no implicar fraude o actividades que pueden ser objeto de acción legal.

Procesamiento de Reclamaciones

Para someter las reclamaciones por parte de farmacia se debe utilizar la Hoja de Pagador de **Abarca Health**. Las Hojas de Pagador se encuentran disponibles en el Portal de Proveedores.

a. Proceso para Someter Reclamaciones Electrónicas

Al momento de someter una reclamación, la farmacia deberá solicitarle al beneficiario la tarjeta de plan médico actualizada y su fecha de nacimiento. Esta información es importante ya que será validada por el sistema de procesamiento y adjudicación de la farmacia y también con el sistema de procesamiento de reclamaciones de **Abarca Health**, RxPlatform®. Si



ocurre un rechazo debido a la elegibilidad del paciente, la farmacia deberá contactar al equipo de RxCustomer Service de **Abarca Health** al 1.866.993.7422. Si el rechazo es debido a contratación de farmacia, las farmacias se pueden comunicar con el equipo de Contrataciones a PharmacyContracting@abarcahealth.com.

Los siguientes campos son requeridos al momento de procesar reclamaciones electrónicas:

BIN	610674
PCN	Process Control Number. Esta información es independiente para cliente de Abarca Health .y es provista en las Hojas de Pagador.
RxGroup	Esta información es independiente para cliente de Abarca Health .y es provista en el Manual de Proveedores.

La data Rx para **Medicare, Medicaid** y planes **Comerciales** a través de **Abarca Health** incluye:

Cliente	RxBIN	RxPCN	RxGroup
ACAA	610674	007	ACAA
Plan de Salud Menonita	610674	010	PSM
Lilly SA	610674	ABARCA	LILLYSA
Triple S Salud (Commercial)	610674	ABARCA	TSSC
Triple S Advantage	610674	ABARCAD	TSSD
PROSSAM	610674	ABARCA	PROSSAM
Lilly	610674	ABARCA	LILLY
First Medical	610674	ABARCA	FM
Evertec	610674	ABARCA	EVERTEC
ASES – First Medical	610674	ABARCA	GFIRST
ASES – MMM Holdings	610674	ABARCA	GMMM
ASES – Plan de Salud Menonita	610674	ABARCA	GSMEN
ASES – Triple S	610674	ABARCA	GTSSS
Medtronic PR	610674	ABARCA	MEDTRONIC

Para campos adicionales, consulte las Hojas de Pagador disponibles en el Portal de Proveedores:

- ▲ Payer Sheet – Medicaid
- ▲ Payer Sheet – Medicare Part B
- ▲ Payer Sheet – Medicare Part D
- ▲ Payer Sheet – Commercial

b. Sometimiento Manual de Reclamaciones

La mayoría de las farmacias presentan sus reclamaciones electrónicamente cuando se despachan los medicamentos. Si, por algún motivo, una farmacia no puede procesar un reclamo electrónicamente, tiene 30 días a partir de la fecha de servicio para presentar un reclamo



manualmente utilizando el Formulario Universal de Reclamos de NCPDP (consulte el Anexo I), a menos que la ley aplicable requiera un período más prolongado. Para obtener información adicional, una farmacia debe comunicarse con el Equipo de *Network Strategy*.

Política de Sustitución de Genéricos

El sistema de adjudicación y procesamiento de reclamaciones de **Abarca Health**, RxPlatform®, maneja diferentes tipos de reglas de negocio para la sustitución genérica de medicamentos de marca que tienen una versión genérica bio-equivalente en el mercado. Algunos planes tienen como política Sustitución Genérica Mandataria. Otros planes permiten que los pacientes tengan la opción de elegir el medicamento de marca cuando lo indiquen sus médicos, o cuando lo elijan los propios pacientes. Si bien algunos medicamentos de marca tienen una versión genérica en el mercado, no están clasificados como “AB” por el “Orange Book”, por lo que no se permite la sustitución.

Restricciones de Administración de Utilización

Las restricciones de administración de la utilización se utilizan para promover el uso apropiado y económico de medicamentos en la provisión de beneficios de medicamentos recetados rentables y de calidad.

- a. **Límites de Cantidad** – Cantidad máxima permitida para el despacho de una dosis efectiva de un medicamento específico. Esta cantidad está aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés). Esta iniciativa Clínica puede variar o puede utilizarse dependiendo de la configuración de beneficios establecida por nuestros clientes. Sirve como guía para promover el uso adecuado de ciertos medicamentos.
- b. **Suministro de Días** – El suministro habitual para medicamentos de mantenimiento es de 30 días con 5 repeticiones. Para medicamentos agudos, el suministro habitual de medicamentos es de 15 días. El suministro de días puede variar dependiendo de la configuración de beneficios establecida por cada cliente.
- c. **Terapia Escalonada** – Una herramienta de utilización que requiere que el paciente primero pruebe otro medicamento (medicamento de paso 1) para tratar su condición médica antes de cubrir el medicamento que el médico le recetó inicialmente (medicamento de paso 2). El sistema adjudicará automáticamente el medicamento que el médico prescribió inicialmente cuando el paciente haya cumplido con los requisitos de las restricciones de Administración de Utilización de Medicamentos de Terapia Escalonada.
- d. **Límite de Edad** – Se utiliza para garantizar el uso adecuado de medicamentos que han sido aprobados por la FDA para pacientes de un grupo de edad específico.



- e. **Limitación de Especialidad o Condición de Salud** – Limita la prescripción y adjudicación de medicamentos específicos a la especialidad del prescriptor y/o la condición del paciente.
- f. **Autorización Previa (Pre-Auto)** – Para ciertos medicamentos, el paciente deberá obtener la aprobación del plan antes de que el medicamento esté cubierto. Esto se llama “autorización previa”. Esto ayuda a guiar el uso apropiado de ciertos medicamentos.
- g. **Editos de Seguridad** – Para el uso concurrente de medicamentos y/o su combinación, cualquiera de los siguientes podría ocurrir según la gravedad de la seguridad: 1) el paciente deberá obtener la aprobación del plan antes de que el medicamento esté cubierto, o 2) el farmacéutico es responsable de tomar la decisión de procesar y dispensar el medicamento evaluando el caso y enviando los códigos de servicio de farmacia si la edición se resuelve en el lugar de despacho o 3) la reclamación pagará pero aparecerá un mensaje de seguridad como una recomendación leve.

Información Clínica Requerida en una Solicitud de Determinación de Cubierta

Una determinación de cubierta es necesaria para todo aquel medicamento que rechaza en el punto de servicio y la misma requiere una evaluación por parte del plan médico o PBM. Es importante conocer esta información para poder sustentar la necesidad médica y el poder cumplir con los requisitos de evaluación del medicamento solicitado.

A continuación, encontrará un listado de los rechazos más comunes y la información mínima necesaria que se debe someter como parte de la documentación al plan médico o PBM. Además, se incluye información de los tiempos o *timeframes* para evaluar una determinación de cubierta. Al final encontrarán información acerca de los medicamentos que son considerados exclusiones por regulaciones de Medicare.

- a. **¿Qué información clínica debe enviar la farmacia con una solicitud de determinación de cobertura?**
 - ▲ Siempre incluya el diagnóstico o el código ICD-10.
 - ▲ Información adicional sobre lo siguiente:
 - Fallos terapéuticos o efectos adversos a otras alternativas
 - Justificación médica que sustente la necesidad médica del medicamento solicitado.
 - Cualquier resultado de pruebas de laboratorio disponible (ejemplo: prueba de tuberculina para productos biológicos, etc.)

Código de Rechazo	Edito de Rechazo	¿Qué información se debe someter con la solicitud de determinación de cubierta?
75	Pre-Autorización	Se recomienda verificar el criterio de pre- autorización de antemano (se puede acceder a través de la página del plan médico) y enviar la solicitud con la información



		requerida. Los criterios más comunes de pre-autorización incluyen: diagnóstico, laboratorios y uso previo de alternativas terapéuticas.
70	No Formulario	Incluya cualquier fallo terapéutico, efecto adverso o contraindicación a las alternativas del formulario. Incluya los nombres de las alternativas de medicamentos utilizados.
9G	Límite en Cantidad	Incluya justificación médica para la cantidad prescrita.
76	Terapia Escalonada	Uso previo de alternativas del formulario de primera línea. Incluya los nombres de los medicamentos.
88	DUR - Dosis Alta	Incluir justificación médica de la dosis prescrita.
88	DUR - Terapia Duplicada	Incluya la razón clínica por la que se usa la terapia duplicada en ese paciente. Indicar si se cambió un medicamento por el otro.
88	DUR - No disponibilidad de genérico	Enviar evidencia de escasez o no disponibilidad en farmacias.
88	DUR - Suplido temprano	Proveer la razón por la cual necesita el suplido temprano: cambio en dosis o frecuencia, viaje, robo o pérdida.
88	Suplido de más de siete días de opioides	Proporcionar un diagnóstico de cáncer o dolor crónico o una certificación por parte del médico de que está consciente de los riesgos potenciales de usar un opioide durante más de 7 días en un paciente sin tratamiento previo con opioides por dolor agudo.
88	200 miligramos Equivalentes de Morfina (MME)	Incluya el diagnóstico y la justificación médica de la dosis prescrita

b. Tiempos de Evaluación

Las determinaciones de cubierta tienen un *timeframe* o tiempo para ser evaluadas.

- ▲ Los casos **expeditos** son aquellos que son considerados urgentes o en circunstancias donde la salud del paciente está a riesgo.
- ▲ Los casos **estándar** son todos aquellos que no son expeditos.

Tipo de Caso	Tiempo Máximo para Evaluación
Expedito (casos urgentes)	24 horas*
Estándar (casos no urgentes)	72 horas*

*Los tiempos de evaluación pueden variar de acuerdo con la línea de negocio Medicare o Comercial. También puede depender el tipo de evaluación que se esté llevando a cabo y de la información con la cual se recibió la solicitud.



c. Exclusiones de la Parte D de Medicare

Medicare establece una lista de drogas que no están cubiertas por la Parte D al ser una exclusión de dicho beneficio. Medicamentos en la lista de exclusión no serán aprobados, aunque se someta una determinación de cubierta.

Exclusiones de la Parte D de Medicare

- ▲ Medicamentos cuando se usan para la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso (incluso si se usan con propósitos no cosméticos).
- ▲ Agentes cuando se usan para promover la fertilidad.
- ▲ Agentes cuando se utilizan con fines cosméticos o para el crecimiento del cabello.
- ▲ Agentes utilizados para el alivio sintomático de la tos y los resfriados.
- ▲ Vitaminas y productos minerales recetados, excepto vitaminas prenatales y preparaciones de fluoruro.
- ▲ Medicamentos de venta libre u OTC.
- ▲ Agentes cuando se usan para el tratamiento de la disfunción sexual o disfunción eréctil (DE).
- ▲ Los medicamentos bajo la Implementación del Estudio de Eficacia de los Medicamentos (DESI) de la FDA, estos se consideran menos efectivos y no cumplen con la definición de un medicamento de la Parte D (por ejemplo: Analpram HC).

Insulinas: Estabilidad, Dispensación y Empaque

La estabilidad de las insulinas es importante tenerla a la mano ya que debe ser compartida con el paciente como parte de la orientación brindada al dispensar dichos medicamentos. En adición, es vital tomar esta información en cuenta al momento de dispensar y facturar las insulinas para asegurarnos que el paciente tenga la cantidad adecuada según la dosis prescrita. A continuación, encontrará un listado de las insulinas disponibles en el mercado con sus respectivos nombres de marca, formas de dosificación y fechas de expiración luego de utilizar por primera vez cada producto. Al finalizar la tabla encontrará unos ejemplos de cómo calcular la cantidad de vials que es necesario despachar según la dosis de insulina que utilizará el paciente y la forma correcta de dispensar y facturar los empaques de pens o plumas de insulina.

Nombre Genérico	Nombre(s) de Marca	Presentación (Vial/Pen)	Estabilidad luego de primera punción (días)
Insulin Aspart	Fiasp®	Vial	28
	Fiasp PenFill®	Pen	
	NovoLOG®	Vial	
	NovoLOG FlexPen®	Pen	
	NovoLOG FlexPen ReliOn®	Pen	
	NovoLOG PenFill®	Pen	
Insulin	Apidra®	Vial	28



Glulisine	Apidra SoloStar®	Pen	
Insulin Lispro	Admelog®	Vial	28
	Admelog SoloStar®	Pen	
	HumaLOG®	Vial	
	HumaLOG Junior KwikPen®	Pen	
	HumaLOG KwikPen®	Pen	
	Lyumjev®	Vial	
	Lyumjev kwikPen®	Pen	
Insulin Regular	HumuLIN R U-500®	Vial	40
	HumuLIN R U-500 KwikPen®	Pen	28
	HumuLIN R®	Vial	31
	NovoLIN R FlexPen ReliOn®	Pen	28
	NovoLIN R FlexPen®	Pen	
	NovoLIN R ReliOn®	Vial	42
	NovoLIN R®	Vial	
Insulin NPH Isophane	HumuLIN N KwikPen®	Pen	14
	HumuLIN N®	Vial	31
	NovoLIN N FlexPen ReliOn®	Pen	28
	NovoLIN N FlexPen®	Pen	
	NovoLIN N®	Vial	42
Insulin Degludec	Tresiba® U-100	Vial	56
	TRESIBA® U-100 FlexTouch®	Pen	
	TRESIBA® U-200 FlexTouch®	Pen	
Insulin Detemir	LEVEMIR® FlexTouch®	Pen	42
	LEVEMIR®	Vial	
Insulin Glargine	Basaglar KwikPen®	Pen	28
	Basaglar Tempo®	Pen	
	Lantus®	Vial	28
	Lantus SoloStar®	Pen	28
Insulin Glargine	Toujeo SoloStar®	Pen	56
	Toujeo Max®	Pen	
	Semglee®	Vial	28
	Semglee®	Pen	
Insulin Aspart Protamine and Insulin Aspart	NovoLOG Mix® 70/30	Vial	28
	NovoLOG Mix 70/30 FlexPen®	Pen	14
Insulin Lispro Protamine and Insulin Lispro	HumaLOG Mix® 75/25	Vial	28
	HumaLOG Mix® 75/25 KwikPen®	Pen	10
	HumaLOG Mix® 50/50	Vial	28
	HumaLOG Mix® 50/50 KwikPen®	Pen	10
Insulin NPH and Insulin Regular	HumuLIN® 70/30	Vial	31
	HumuLIN® 70/30 KwikPen®	Pen	10



	NovoLIN® 70/30	Vial	42
	NovoLIN® 70/30 FlexPen®	Pen	28

Referencia: Lexicomp Online: UpToDate, Inc. 2021. <https://online.lexi.com>. Accedido en septiembre 2021.

Ejemplos:

1. Paciente utiliza insulina Humalog® 20 unidades con cada comida (tres veces al día). ¿Cuántos vials de insulina se deben despachar al mes para cubrir las necesidades de este paciente?
 - ▲ De acuerdo con la dosis prescrita paciente utiliza 60 unidades de insulina Humalog® al día.
 - ▲ Cada vial de 10 mL de Humalog® contiene 1,000 unidades.
 - ▲ 1,000 unidades (1 vial) / 60 unidades por día = 16 días
 - ▲ Para cubrir un mes de tratamiento es necesario despachar 2 vials:
 - ▲ 2,000 unidades (2 vials) / 60 unidades por día = 33 días
 - ▲ En este caso no afecta la fecha de expiración luego de la primera punción ya que cada vial el paciente lo debe utilizar en 16 días por lo que habrá terminado el producto antes que expire.

2. Paciente utiliza insulina Lantus® 8 unidades al acostarse en la noche. ¿Cuántos vials de insulina se deben despachar al mes para cubrir las necesidades de este paciente?
 - ▲ De acuerdo con la dosis prescrita paciente utiliza 8 unidades de insulina Lantus® al día.
 - ▲ Cada vial de 10 mL de Lantus® contiene 1,000 unidades.
 - ▲ 1,000 unidades (1 vial) / 8 unidades por día = 125 días
 - ▲ Sin embargo, el vial de Lantus® expira 28 días luego de la primera punción
 - ▲ Por lo tanto, se debe despachar un vial (1,000 unidades) para 28 días ya que paciente necesitará un vial nuevo luego de esto.

3. Paciente utiliza insulina Lantus Solostar® 10 unidades al acostarse en la noche. ¿Cuántos pens de insulina se deben despachar al mes para cubrir las necesidades de este paciente?
 - ▲ Cada pen de Lantus Solostar® contiene 300 unidades de insulina
 - ▲ Para cubrir 30 días de tratamiento este paciente necesitaría 1 pen (300 unidades) al mes
 - ▲ 300 unidades/30 días= 10 unidades por día
 - ▲ Sin embargo, el producto expira 28 días luego de abrirlo por lo que un pen debe ser utilizado dentro de 28 días y el producto sobrante debe ser descartado.
 - ▲ El empaque de Lantus Solostar® contiene 5 pens (1,500 unidades) y se considera un empaque **unbreakable** (empaque no se puede abrir y detallar individualmente). Por lo tanto, farmacia debe facturar por los días totales que dure el producto según la dosis del paciente.



- ▲ En este caso, deben facturar los 5 pens para 140 días (28 días x 5 pens) que son los días totales que durará el producto según la dosis prescrita a este paciente.
- ▲ *Nota aclaratoria:* si el paciente utiliza menos cantidad de insulina al día y los días de suplido sobrepasan los días de estabilidad del pen; entonces, se debe facturar de acuerdo con la estabilidad que establece el fabricante.

Facturación correcta para las presentaciones de plumas de insulina

La Agencia Federal de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) solicitó a las compañías farmacéuticas que manufacturan plumas de insulina que actualizaran la información contenida en el empaque (*package insert*) indicando que estos empaques deberán despacharse con sus instrucciones de uso en su empaque original sellado.

“Dispense in the original sealed carton with the enclosed Instructions for Use.”

Esta instrucción emitida por la FDA cambia la manera cómo se procesaban estos empaques. Por esta razón, **Abarca Health** clarifica lo siguiente:

- ▲ Las farmacias podrán procesar la presentación más pequeña disponible en el mercado (15 ml; 5 plumas de 3mL) para los días de suplidos correctos basado en las instrucciones provistas por el médico en la receta.
- ▲ La indicación “según indicado” o cualquier indicación similar a esta, no será aceptada para facturar estos medicamentos.
- ▲ La farmacia es responsable de facturar correctamente la cantidad de medicamento y días de suplidos basado en las indicaciones en la receta por el médico.
- ▲ Si usted recibe un rechazo por una de las siguientes razones:
 - Alto Costo
 - Días de suplido mayor a noventa (90)

Por favor comuníquese con nuestro Centro de Llamadas para comenzar con el proceso correspondiente de evaluación.

- ▲ Importante: al procesar una reclamación debe seleccionar el NDC que representa la cantidad total de medicamento contenido en el empaque que va a entregar al beneficiario.

Manejo de los agonistas del receptor GLP-1 para beneficiarios con Diabetes Mellitus Tipo 2 para Medicare – Triple S Advantage

Deseamos recordarles el siguiente cambio, efectivo a partir del 1 de enero de 2023:

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) establecen la cobertura por Medicare Parte D de los agonistas del receptor GLP-1 para el manejo de Diabetes Mellitus Tipo. Estos agentes no están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) para el manejo de pérdida de peso. A partir del 1 de enero de 2023, si usted procesa un agonista del receptor GLP-1 cubierto en formulario a



beneficiarios de un plan Triple-S Advantage que no cuenten con uso previo de medicamentos antidiabéticos en su perfil, recibirá el siguiente mensaje de rechazo:

“88 – DURRejectError, 569 - Provide Beneficiary with CMS Notice of Appeal Rights, along with the pharmacy additional message: Limited to FDA-approved indications not otherwise excluded from Part D. Please confirm Type 2 Diabetes diagnosis.”

Si recibe este mensaje y confirma que el uso del medicamento es apropiado por estar asociado al manejo de Diabetes Mellitus Tipo 2, deberá someter una copia de la receta a nuestro número de Fax: 1-855-710-6727.

Si necesita mayor asistencia o tiene alguna pregunta con este particular, se puede comunicar con nuestro número de Servicio al Cliente: 1-866-993-7422. Usted puede acceder a ésta y otras comunicaciones a través de nuestro Portal de Proveedores utilizando el siguiente enlace: <https://abarca.darwinrx.com/operational>.

Requisitos Operacionales

- a. **Mensaje de Alerta** – cuando es necesario, **Abarca Health** envía Mensajes de Alerta a las farmacias según el estándar NCPDP. El detalle del estándar NCPDP se puede encontrar en el siguiente enlace: <http://www.ncdp.org/standards.aspx>. Los mensajes de alerta más comunes son:

Reject Code	Alert Message
40	“Pharmacy Not Contracted with Plan on Date of Service”
70	“Product/Service Not Covered”
75	“Prior Authorization Required”
88	“DUR Reject Error”
E7	“Missing/Invalid Quantity Dispensed”
7X	“Days Supply Exceeds Plan Limitation”
76	“PlanLimitationsExceeded”
73	“RefillsAre Not Covered”
79	“Refill Too Soon”
9G	“Quantity Dispensed Exceeds Maximum Allowed”
19	“Missing/Invalid Days Supply”



25	"Missing/Invalid Prescriber ID"
29	"Missing/Invalid Number Of Refills Authorized"
65	"Patient Is Not Covered"

- b. Medicamentos cubiertos y no cubiertos** – Los Medicamentos estarán Cubiertos o No Cubiertos dependiendo del beneficio de farmacia que brinden nuestros clientes en cada uno de sus planes.
- c. Información de copago** – El copago es una cantidad fija que el beneficiario pagará por sus medicamentos en una farmacia. El monto del copago dependerá de cada cliente y de cada plan individual. **Abarca Health** proporcionará electrónicamente esta información a la farmacia.
- d. Requisitos de entrega automática para los planes de Medicare** – Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) anunciaron que, a partir del 1 de enero de 2014, las farmacias que ofrecen envíos automáticos o entrega a domicilio de recetas que no fueron iniciadas por el beneficiario o representante autorizado deben obtener el consentimiento del beneficiario o representante autorizado antes de entregar la receta. Este requisito se aplica a recetas nuevas y surtido. Un ejemplo de un surtido automático sin consentimiento sería una recarga solicitada por un sistema de surtido automático contra el beneficiario o el representante autorizado que solicita el surtido. Es importante que las farmacias conserven los registros de consentimiento del beneficiario o del representante autorizado para fines de auditoría.
- e. Otros requisitos para los programas de entrega automática incluyen:**
- ▲ Los programas de entrega automática deben ser voluntarios y opcionales únicamente.
 - ▲ Los materiales impresos y/o en línea para los beneficiarios deben tener información fácil de localizar y fácil de entender sobre cómo darse de baja de los programas de entrega automática.
 - ▲ Si un beneficiario cancela su inscripción, la farmacia debe procesar esa solicitud y eliminar al beneficiario del programa dentro de los 30 días.
 - ▲ Si el beneficiario niega el medicamento en el momento de la entrega, la farmacia debe revertir la transacción del reclamo y reembolsar al beneficiario cualquier copago o deducible pagado.
 - ▲ Los materiales de los beneficiarios relacionados con los reembolsos deben ser fáciles de localizar y comprender.
 - ▲ La farmacia debe confirmar con el beneficiario al menos anualmente que desea continuar en el programa de entrega automática.
 - ▲ La farmacia debe interrumpir de inmediato la entrega automática después de la notificación de que un beneficiario ingresó a un centro de enfermería especializada o eligió cobertura de hospicio.



Coordinación of Beneficios (COB)

a. General

La Coordinación de Beneficios (COB, por sus siglas en inglés) se refiere a un conjunto específico de reglas establecidas por Medicare y Medicaid para garantizar que el beneficiario utilice toda su cobertura en combinación cuando obtenga sus medicamentos recetados. Además, COB permite que los planes que brindan cobertura para un mismo beneficiario determinen cada una de sus responsabilidades de pago, estableciendo qué plan es el pagador primario y cuál el secundario. La farmacia debe entregar el monto pagado por el pagador primario al pagador secundario, y el monto no pagado debe ser entregado por el pagador secundario, cumpliendo con su responsabilidad de pago.

b. Medicaid (ASES):

Abarca Health adjudicará las reclamaciones presentadas por las farmacias de la Red en base a los Contratos de Farmacia, incluidas las ediciones en línea para la regulación de Autorización Previa y otras ediciones que puedan ser necesarias para el pago exacto de la reclamación y de acuerdo con los Servicios de Farmacia Cubiertos según lo determine ASES. El Sistema de Procesamiento de Reclamación de **Abarca Health** tendrá la capacidad de manejar la Coordinación de Beneficios (“COB”) con otra parte que es o puede ser responsable del pago y que proporciona a **Abarca Health** la información de COB necesaria diariamente. **Abarca Health** deberá presentar a ASES el último laboral de los meses de marzo, junio, septiembre y diciembre de cada año durante la Vigencia de este Contrato, un informe en el formato a ser acordado entre ASES y el Contratista que contenga la Información correspondiente a todos los COB esfuerzos y resultados.

Programa de Precios de Medicamentos 340B

Resumen del Programa

El Programa 340B permite a las entidades cubiertas aprovechar los escasos recursos federales tanto como sea posible, llegando a más pacientes elegibles y brindando servicios más completos. Los fabricantes que participan en Medicaid aceptan proporcionar medicamentos ambulatorios a entidades cubiertas a precios significativamente reducidos. Las organizaciones de atención de la salud/entidades cubiertas elegibles se definen en el estatuto e incluyen centros de salud y similares respaldados por la HRSA, clínicas Ryan White y programas estatales de asistencia para medicamentos contra el SIDA, hospitales de participación desproporcionada de Medicare/Medicaid, hospitales infantiles y otros proveedores de la red de seguridad. Puede encontrar una lista completa de organizaciones/entidades cubiertas elegibles en <https://www.hrsa.gov/opa/eligibility-and-registration>. Para participar en el Programa 340B, las organizaciones elegibles/entidades cubiertas deben registrarse e inscribirse en el programa 340B y cumplir con todos los requisitos del Programa 340B. Una vez inscritas, a las entidades cubiertas se les asigna un número de identificación 340B que los proveedores verifican antes de permitir que una organización compre medicamentos con descuento 340B.



Identificación y Procesamiento de Reclamaciones 340B

La identificación precisa de los reclamos 340B es necesaria para garantizar que todos los reclamos elegibles se facturen para reembolsos MDRP (Programa de reembolso de medicamentos de Medicaid). Los estados requieren que las farmacias identifiquen las reclamaciones 340B a nivel de reclamación.

Para procesar las reclamaciones 340B, los proveedores de farmacia deben registrarse como **Carve In** para OPAIS. La Guía del Usuario de 340B de OPAIS con información sobre cómo registrarse & otra información importante se puede encontrar accediendo a: <https://www.hrsa.gov/sites/default/files/hrsa/opa/public-user-guide.pdf>. **Además, los proveedores de farmacia deben enviar el Submissions Clarification Code (SCC) = 20 en las reclamaciones 340B.** Las farmacias pueden estar familiarizadas con este enfoque, que se usa comúnmente para identificar reclamos de 340B. Un SCC requiere que una farmacia identifique un reclamo en el momento de la adjudicación o lo reverse y luego vuelva a presentar un reclamo retrospectivamente una vez que se determine que la dispensación es elegible para 340B.

Integridad del Programa 340B

Las farmacias deben asegurarse de identificar las reclamaciones 340B para su adjudicación. Estas reclamaciones están sujetas a auditoría y el incumplimiento puede hacer responsable a la farmacia.

Como crear una cuenta 340B OPAIS

- ▲ Fuente: **340B OPAIS User Guide, páginas 10 – 12.**

<https://www.hrsa.gov/sites/default/files/hrsa/opa/public-user-guide.pdf>

Debe tener una cuenta de usuario 340B OPAIS para iniciar registros o solicitudes de cambio o para responder a solicitudes de recertificación anual. Si usted es el Oficial Autorizador (AO) o el Contacto Principal (PC) de una entidad participante o necesita registrar una entidad no participante en el Programa 340B, puede crear una cuenta de la siguiente manera.

1. Desde la página de inicio de 340B OPAIS, haga clic en el ícono *I am a Participant* o haga clic en el enlace Iniciar Sesión en el menú superior. Se muestra la pantalla de inicio de sesión de 340B.



Log into 340B OPAIS

You are accessing a U.S. Government information system. This information system is provided for U.S. Government-authorized use only. Unauthorized or improper user of this system may result in disciplinary action, as well as civil and criminal penalties.

By using this information system, you understand and consent to the following:

- You have no reasonable expectation of privacy regarding any communications or data transiting or stored on this information system. At any time, and for any lawful Government purpose, the government may monitor, intercept, and search and seize any communication or data transiting or stored on this information system.
- Any communication or data transiting or stored on this information system may be disclosed or used for any lawful Government purpose.

Having trouble logging in?

[Recover your account](#)

[Create new account](#)

Disclaimer: This application is only supported by Chrome or Internet Explorer version 9, and 11 or later. Please change or update your browser as needed.

- Haga clic en el enlace *Create new Account*. Se muestra la búsqueda de correo electrónico para crear un nuevo usuario.

Welcome to 340B OPAIS
Create a New User

- Escriba su dirección de correo electrónico en el espacio proporcionado y haga clic en el botón *Search*.

Important: Your email address will be used as your user ID for accessing the 340B OPAIS and as the “to” address for all system-generated emails, including two-step authentication codes needed to log in, password reset messages, pending task notifications, and confirmation of your actions when using the system. It cannot be changed without creating a new user account.

Tip: To ensure that you receive 340B OPAIS email notifications, update your email program’s spam filter to allow “no-reply@hrsa.gov.”

- Se muestra la página de registro para crear un nuevo usuario.
 - ▲ Si su dirección de correo electrónico está actualmente asociada con una entidad cubierta activa o aprobada o un registro de fabricante como AO o PC, su dirección de correo electrónico, nombre, cargo, organización (si está disponible), número de teléfono y extensión se completarán automáticamente.
 - ▲ Si su dirección de correo electrónico no se ha asociado previamente con una entidad o fabricante cubierto, ingrese su nombre, cargo, nombre de la organización (empleador), número de teléfono y extensión en los espacios proporcionados antes de continuar. Todos los campos son obligatorios excepto segundo nombre/inicial y extensión de teléfono.



Important: Email addresses must be associated with the AO or the PC and must not be associated with an unmonitored or group email account (e.g., *info@CHC.org* or *340B@CHC.org*).

Welcome to 340B OPAIS
Create a New User

User info not found. Please enter new user information.

Name

First Middle Last Title

Organization **Phone** Ext (Optional)

Parent Entity Type

Covered Entity
 Manufacturer

Email Address
Newton.Crosby_PC@test.com

Password

Confirm password

Note: Passwords must consist of at least eight (8) characters that cannot be easily guessed and must adhere to the following guidelines:

- Passwords must contain at least one character from each of the following four categories:
 1. English uppercase characters (A-Z)
 2. English lowercase characters (a-z)
 3. Numerical digits (0-9)
 4. Special characters (e.g. @, !, \$, %)
- Characters may not be repeated more than once within a succession.
- Passwords shall not contain all or part of the user email.

BTZC

Get Audio Code

Type the code from the image

5. Para *Parent Entity Type*, seleccione *Covered Entity* (Entidad Cubierta) o *Manufacturer* (Fabricante).
6. Escriba su contraseña y luego vuelva a escribirla para confirmarla. Su contraseña debe tener al menos ocho caracteres que no se puedan adivinar fácilmente. Debe ser una combinación de caracteres alfanuméricos que contenga al menos un carácter de cada una de las siguientes categorías:
 - ▲ Caracteres en mayúsculas en inglés (A-Z)
 - ▲ Caracteres en minúsculas en inglés (a-z)
 - ▲ Dígitos numéricos (0-9)
 - ▲ Caracteres especiales (p. ej., @, !, \$, %)
7. Escriba el código CAPTCHA que se muestra en la imagen en el cuadro de texto.
8. Haga clic en el botón *Register* (Registrarse).
9. El sistema buscará una cuenta existente asociada con su dirección de correo electrónico.

Note: Only one account may be associated with an email address. If your email address has already been used to create an account, the system will display an error notification with a link to the 340B OPAIS home page.

10. Si su solicitud de cuenta es válida, el sistema:
 - ▲ Activará su cuenta y la asociará con cualquier registro de entidad en el que su correo electrónico se use como contacto
 - ▲ Agregará cualquier tarea asignada



- ▲ Enviará una notificación de "Confirmación de cuenta nueva" a la dirección de correo electrónico que utilizó para crear su cuenta
- ▲ Mostrará un mensaje de que su cuenta se creó correctamente con un botón volver a iniciar sesión



11. Haga clic en el botón *Return to Login* (volver a inicio de sesión) para ir a la página de inicio de sesión.
12. Inicie sesión en 340B OPAIS con su dirección de correo electrónico y la contraseña que acaba de crear.

Abarca Health recomienda enfáticamente que las farmacias accedan a la Guía del Usuario de 340B OPAIS para obtener esta información y más.

Proceso de Transición para Medicare

Deseamos recordarles el proceso de transición al cual los beneficiarios aplicables de Medicare tienen derecho. Si es un afiliado nuevo y se encuentra dentro de los primeros 90 días de cubierta para este año contrato o si es un afiliado que ha estado con nosotros desde el año anterior afectado por cambios en el formulario implementados este año por Triple-S Advantage, y se encuentra dentro de los primeros 90 días de cubierta para este año-contrato, en el escenario de paciente ambulatorio, le es requerido a Triple-S Advantage proveerle un suplido temporero de un mes para este medicamento.

El abastecimiento temporero puede ser por varios motivos, tales como: 1) medicamento no está cubierto en nuestro formulario, 2) medicamento se encuentra en el formulario, pero requiere autorización previa, 3) medicamento se encuentra en nuestro formulario y tiene una terapia escalonada; sin embargo, generalmente sólo será cubierto si utiliza primero otro(s) medicamento(s) o 4) medicamento se encuentra en nuestro formulario y tiene límite en cantidad.

Es importante que comprenda que éste es un abastecimiento temporero para este medicamento. Antes de que este abastecimiento se termine, el afiliado debe comunicarse con Triple-S Advantage y/o su médico para:

- ▲ Cambiar el medicamento a otro medicamento que está en el formulario; o
- ▲ Solicitar aprobación del medicamento demostrando que cumple con nuestros criterios de cubierta; o
- ▲ Solicitar una excepción a los criterios de cubierta

Cuando se solicita aprobación de cubierta o una excepción de los criterios de cubierta, esto se conoce como determinación de cubierta. No debe asumir que cualquier determinación de



cubierta, incluyendo cualquier excepción o apelación solicitada ha sido aprobada solo porque el afiliado está recibiendo más suplidos del medicamento. Cuando Triple-S Advantage aprueba cubierta, se le enviará una notificación escrita. Es decir, se 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.

Por otro lado, recordamos que la farmacia debe proveer notificación al afiliado sobre “La cobertura de Medicare de las recetas médicas y sus derechos”. Las farmacias de la red, incluidas las farmacias especializadas y de pedido por correo, deben distribuir este aviso a los beneficiarios de la Parte D cuando una receta no se pueda cubrir ("surtir") bajo el beneficio de la Parte D de Medicare en el punto de servicio (POS). El aviso se debe proporcionar al afiliado si la farmacia recibe una respuesta de transacción (rechazada o pagada) que indique que el reclamo no está cubierto por la Parte D.

Proceso de Dispensación de Medicamentos para Procedimiento bajo la Parte B – Triple S Advantage

Durante 2023, Triple-S Advantage seguirá permitiendo que las farmacias dispensen ciertos medicamentos que serán utilizados para procedimientos médicos al cambiar el PCN al de Parte B (ABARCAB).

La lista completa contiene los siguientes medicamentos, similar a 2022:

Nombre del Producto Genérico
Midazolam INJ 5 mg / ml
Midazolam INJ 10 mg / 2 ml
Fentanyl INJ 100 mcg / 2 ml
Flumazenil INJ 0.5 / 5 ml
Triamcinolone Acetonide INJ 40 MG/ML
Kenalog INJ 40 MG/ML
Dexamethasone Sodium Phosphate INJ 4 MG/ML
MethylPREDNISolone Acetate INJ 40 MG/ML
MethylPREDNISolone Acetate INJ 80 MG/ML

Si la farmacia procesa estos medicamentos a través del PCN de Parte D, el siguiente mensaje adicional aparecerá junto al código de rechazo correspondiente: For medical procedures, please submit the same claim with the following PCN code: ABARCAB.

Si la farmacia no puede distinguir si el medicamento será utilizado para propósitos de un procedimiento médico, el mismo deberá ser enviado a Abarca Health para ser evaluado. Si el beneficiario no obtiene el medicamento prescrito, la farmacia deberá proveerle al afiliado la nota estandarizada de farmacia de CMS. El afiliado, el representante del afiliado o el prescribiente del afiliado tienen el derecho de solicitar a Abarca Health una determinación de cubierta, además del



derecho a solicitar una determinación de cubierta expedita. Favor de enviar el caso a evaluación al Fax: 855-710-6727.

Red de Farmacias: Derechos y Responsabilidades

a. Contrato

Abarca Health contrata a cualquier proveedor de farmacia dispuesto que cumpla con las leyes y reglamentos federales y estatales para establecer una farmacia en Puerto Rico o en cualquier estado de los Estados Unidos. **Abarca Health** apoya y requiere el cumplimiento de las leyes y reglamentos federales y estatales por parte de todas las farmacias participantes en su Red de Farmacias. Esto se hace a través del contrato del proveedor de farmacia de la Compañía y el proceso de contratación. De acuerdo con lo establecido en su contrato, las farmacias pueden optar por no renovar o cancelar el contrato con la debida notificación.

Todas las farmacias participantes de la red deben cumplir con los siguientes términos y condiciones.

1. Descripción de las entidades que son parte del acuerdo escrito.
2. La Farmacia brindará uno o más de los siguientes servicios farmacéuticos según se indica en el Acuerdo Maestro de Proveedores de Farmacia ("MPPA") entre la Farmacia y **Abarca Health**:
 - i. *Retail Pharmacy Services*
 - ii. *Home Delivery Services*
 - iii. *Mail Pharmacy Services* (no aplica a Medicaid – ASES)
 - iv. *Cualquier Long-Term Care Pharmacy Care Service* según definido por CMS
 - v. *Specialty Pharmacy Services*
 - vi. *Home Infusion Pharmacy Services* según definido por CMS
 - vii. *Part B Services* según definido por CMS
3. La Farmacia puede incluirse en programas y servicios adicionales ofrecidos por **Abarca Health** a los Pagadores, incluidos, pero no se limitan a, los siguientes: (i) Programa de Adherencia del Paciente y servicios cognitivos dirigidos al tratamiento con medicamentos de afecciones crónicas como Diabetes, Asma, Hipertensión y Dislipidemia, entre otros, (ii) Programa de Manejo de Terapia de Medicamentos, (iii) Brindar consultas sobre temas relacionados con medicamentos y educación del Paciente sobre la administración de medicamentos, y (iv) Tarjetas de Descuento de Medicamentos.

Abarca Health proporcionará a la farmacia al menos treinta (30) días antes de la fecha de entrada en vigor del programa/servicios para farmacia para determinar si se deben proporcionar los programas o servicios adicionales. La farmacia puede negarse a participar en dichos programas adicionales proporcionando a **Abarca Health** un aviso por escrito de su intención de no participar dentro de los treinta (30) días posteriores al recibir el aviso de **Abarca Health**. En



caso de que las partes acuerden los servicios/programas adicionales, las partes firmaran un anexo al Acuerdo de Proveedor de Farmacia para dichos servicios adicionales.

4. A menos que se indique lo contrario en la receta o lo solicite el Miembro Elegible, la farmacia acuerda dispensar un suministro de 90 días de Medicamentos Cubiertos.
5. Como condición previa a la prestación de los Servicios Cubiertos o dispensación de los Medicamentos Cubiertos, la farmacia verificará y confirmará la elegibilidad de cada Miembro Elegible solicitando una tarjeta de identificación o solicitando el número de identificación y verificando la elegibilidad a través de la red electrónica en línea de **Abarca Health**. No se pagará a la Farmacia por los servicios prestados o los medicamentos entregados a una persona cuya elegibilidad no se haya verificado y confirmado correctamente a través del sistema de procesamiento electrónico de reclamaciones en línea de **Abarca Health**.
6. La farmacia deberá verificar la elegibilidad del Miembro Elegible. **Abarca Health** no será responsable de ningún reclamo o después de su terminación por cualquier servicio o medicamento proporcionado por la farmacia a cualquier persona que no tenga derecho a recibir dichos servicios o medicamentos porque no es un confirmado.
7. La farmacia no facturará a ningún Miembro Elegible por Servicios Cubiertos o Medicamentos Cubiertos excepto en la medida de cualquier Deducible o Copago. La farmacia notificará al Miembro Elegible el monto total del pago del Copago y/o Deducible según lo indicado por el sistema de transmisión de reclamos electrónicos de **Abarca Health** y cobrará dichos montos antes de proporcionar el Servicio Cubierto o dispensar el Medicamento Cubierto. La farmacia tendrá plena responsabilidad por el cobro de dicho Copago o Deducible designado como responsabilidad del Miembro Elegible de acuerdo con los términos del Plan aplicable, y no buscará cobrar ningún Copago o Deducible de **Abarca Health** o del Pagador. La farmacia no descontará, renunciará, reducirá ni diferirá el copago del miembro elegible en su totalidad o en parte. La farmacia no deberá: (a) facturar el saldo a un Miembro Elegible; o (b) cobrar a los Miembros elegibles cualquier cargo que no sea el Copago o el Deducible relacionado con el Medicamento o el Servicio cubiertos. La farmacia se asegurará de que los Miembros elegibles no sean responsables de las tarifas que son responsabilidad de **Abarca Health**.
8. La farmacia procesará electrónicamente y aceptará datos de telecomunicaciones de **Abarca Health** en formato estándar NCPDP aprobado o cualquier otro formato designado por **Abarca Health** de vez en cuando como método de verificación, presentación y recopilación de Reclamaciones. Las reclamaciones no tele-comunicadas pueden enviarse en copia impresa utilizando el Formulario de Reclamo Universal de acuerdo con las guías del NCPDP.
9. La farmacia deberá presentar reclamaciones conforme con todas las leyes aplicables. La farmacia debe enviar toda la información requerida para el reclamo a través del sistema



en línea, incluido el número de identificación del Miembro Elegible; cantidad del medicamento dispensado; suministro para días despachados; NCPDP de la farmacia (entonces la versión más actual), proveedor o número de NPI; el NDC de once (11) dígitos del artículo despachado en función del tamaño de la botella de la que se despachó el artículo; el código DAW correcto de acuerdo con las especificaciones NCPDP; número de identificación del prescriptor válido; y el Cargo Usual y Acostumbrado de la Farmacia. La farmacia reconoce que el envío del Código DAW puede cambiar el cálculo de la reclamación y/o el copago según las especificaciones del Pagador. La farmacia será responsable de cualquier error de cálculo y/o ajuste que resulte del envío incorrecto de un código DAW. La selección de un producto de múltiples fuentes por parte de un miembro elegible o una farmacia no constituye una necesidad médica. El número de identificación del prescriptor se considerará inválido cuando el número de prescriptor presentado por la farmacia no sea el número de identificación del prescriptor que figura en la receta del prescriptor.

Los números de prescriptor se considerarán inválidos cuando: (i) el Número de prescriptor presentado por la farmacia con el reclamo no es el número de prescriptor que figura en la receta del Prescriptor; o (ii) no se proporciona un número de prescriptor en la receta, y el número de prescriptor presentado por la farmacia con el reclamo de prescripción no es el número de identificación "predeterminado" provisto por **Abarca Health**; (iii) el Número de Prescriptor presentado por la farmacia con la reclamación de prescripción no corresponde al prescriptor real de la prescripción. **Abarca Health** se reserva el derecho de recuperar el 100 % de las Reclamaciones presentadas por Farmacias con un Número de identificación de prescriptor no válido según lo dispuesto en la MPPA. Además, **Abarca Health** tiene derecho a rescindir la MPPA si **Abarca Health** determina, a su exclusivo criterio, que la farmacia ha presentado una cantidad irrazonable de reclamos con un número de Identificación del Prescriptor y/o Números de Identificación del Proveedor no válidos. A menos que lo prohíba la Ley, la farmacia reconoce y acepta que la presentación precisa de su Cargo Usual y Acostumbrado es un requisito material y cualquier falla en el envío electrónico de un Cargo Usual y Acostumbrado preciso con cada reclamo (incluidos, entre otros, los Compuestos) constituirá una violación de este acuerdo.

El hecho de no presentar el Reclamo electrónicamente cuando el sistema en línea está operativo puede considerarse un material de incumplimiento y motivo para la rescisión del acuerdo con **Abarca Health**. Además, **Abarca Health** puede imponer una tarifa de manejo razonable por Reclamación en aquellas situaciones en las que la farmacia presente Reclamaciones de manera no electrónica. La farmacia proporcionará y mantendrá a su cargo el equipo, el software y las capacidades de transmisión de la red de comunicaciones necesarias para pagar sus propios cargos de conmutación y comunicación electrónica incurridos en la entrega y recepción en línea de reclamos y mensajes de procesamiento.

10. La Farmacia presentará reclamos inmediatamente después de proporcionar el Servicio Cubierto o el Medicamento Cubierto, y en ningún caso después de los treinta (30) días



calendario posteriores a la fecha en que se brindó el Servicio Cubierto o se dispensó el Medicamento Cubierto (a menos que la ley aplicable requiera un periodo más largo). La falta de presentación oportuna de una Reclamación puede resultar en la falta de pago de dicha reclamación. Cada reclamo presentado por la farmacia constituirá una representación y certificación de la farmacia a **Abarca Health** de que el Servicio Cubierto o Medicamento Cubierto se brindó al Miembro Elegible y que la información transmitida es precisa y completa. La Farmacia acuerda presentar todas las reclamaciones por Medicamentos o Servicios Cubiertos, incluso las reclamaciones de saldo cero con el fin de permitir que el sistema DUR verifique que se mantenga la seguridad del paciente durante la(s) transacción(es).

11. La farmacia acepta que todos los medicamentos o servicios no recibidos por un Miembro elegible deben revertirse a través del sistema en línea. La farmacia deberá presentar las reversiones de reclamaciones dentro de los quince (15) días calendario siguientes a la fecha en que se presentó originalmente la reclamación. Esto incluye (pero no se limita a) reversiones y reenvíos para surtidos parciales, donde el medicamento se surtió parcialmente y el Miembro Elegible no recupera el resto en un período razonable, en cuyo caso la farmacia debe revertir electrónicamente y reenviar la cantidad real de un medicamento recibido por un Miembro Elegible. Además, esta disposición prohíbe que la farmacia presente reclamos separados para un Miembro Elegible que debería haber sido despachado y cubierto como un reclamo, pero debido a suministros inadecuados u otros problemas, se despacha y cubre en diferentes fechas o en diferentes momentos como reclamos múltiples.
12. La Farmacia deberá tener un farmacéutico autorizado de guardia y disponible durante el horario comercial para cualquier consulta requerida por el paciente.
13. La Farmacia y sus farmacéuticos siempre deben ejercer un juicio profesional sólido al dispensar medicamentos recetados, brindar servicios a los Miembros elegibles y al desempeñar sus funciones en virtud de la MPPA. La farmacia o sus farmacéuticos pueden rehusarse a brindar servicios a un Miembro Elegible en base a su criterio profesional, el cual debe documentarse. La farmacia será la única responsable de los servicios profesionales y farmacéuticos que brinde a sus clientes, incluidos los Miembros elegibles, y asumirá toda la responsabilidad que surja en relación con los mismos.
14. La Farmacia cumplirá con los estándares de atención farmacéutica y se compromete a ofrecer servicios farmacéuticos cumpliendo con los más altos estándares de calidad y de la industria y con todas las Leyes aplicables, que incluyen, pero no se limitan a: mantener un inventario adecuado de medicamentos, tiempo de espera razonable para dispensar una receta, brindar orientación a los Miembros Elegibles sobre el uso de medicamentos y la posible interacción de los medicamentos.
15. La Farmacia brindará servicios de farmacia a todos los Miembros Elegibles de conformidad con los términos de la MPPA durante el horario normal de atención de la



Farmacia y de la misma manera, de acuerdo con los mismos estándares y con la misma disponibilidad que se ofrece a todos los demás personas La Farmacia hará todo lo posible para mantener un suministro adecuado de medicamentos, dispositivos, suministros, equipos y otros artículos para satisfacer la demanda razonable de Medicamentos Cubiertos y Servicios Cubiertos de los Miembros Elegibles.

16. Se prohíbe expresamente cualquier denegación, demora irrazonable o racionamiento de los servicios médicamente necesarios a los afiliados. En el caso de que el equipo de *Network Strategy* de **Abarca Health** tenga conocimiento de cualquier forma de discriminación, el caso se remitirá al Equipo de Cumplimiento para una mayor investigación y acción. El equipo de *Network Strategy* trabajará en conjunto con los equipos de Cumplimiento, Calidad y *Client Success* para revisar y responder a los casos informados por ASES o MCO de posibles demoras irrazonables o racionamiento de servicios médicamente necesarios para los afiliados.
17. La Farmacia almacenará y dispensará equivalentes genéricos al costo más bajo si así lo autorizan o permiten el Prescriptor y el Miembro Elegible, de acuerdo con los parámetros del Plan establecidos por el Pagador, y en cumplimiento de todas las Leyes aplicables.
18. Al proporcionar los Servicios Cubiertos o los Medicamentos Cubiertos a los Miembros Elegibles, la farmacia hará todo lo posible para apoyar a **Abarca Health** y los Pagadores en la gestión del costo y la calidad de los Servicios Cubiertos y los Medicamentos Cubiertos. La farmacia hará todo lo posible para cooperar con los esfuerzos de contención de costos, como formularios, programas de autorización previa y revisiones de utilización de medicamentos que promuevan la prescripción y el suministro de alternativas terapéuticas adecuadas y costo efectivas, que incluyen, entre otros, lo siguiente:
 - ▲ **Medicamentos de Menor Costo.** La farmacia se compromete a surtir el medicamento de menor costo que tenga en existencia, de conformidad con las órdenes del Prescriptor, los requisitos de la Ley y el juicio profesional de la farmacia.
 - ▲ **Sustitución Genérica.** La farmacia acuerda promover la utilización de medicamentos genéricos y proporcionará Medicamentos y Servicios Cubiertos usando medicamentos genéricos siempre que (a) no esté específicamente prohibido por el Recetador o la Ley; (b) disponibles a un costo menor que los medicamentos no genéricos; y (c) de cumplimiento con el Plan y el Formulario aplicables. La farmacia deberá asegurar el cumplimiento de los requisitos de la Ley y Reglamento de Farmacia aplicables en este proceso.
 - ▲ **Programas Genéricos Mandatarios.** La farmacia hará todo lo posible para respaldar los programas genéricos mandatarios de **Abarca Health** y el Pagador, lo que incluye, entre otros, comunicarse con el prescriptor para alentar un cambio a un sustituto genérico cuando la receta del medicamento cubierto contiene una firma DAW para una



fuentes múltiples. medicamento de marca. La farmacia hará todo lo posible para mantener un suministro adecuado de medicamentos genéricos.

- ▲ **Cumplimiento del Formulario.** La farmacia dispensará artículos en el formulario del miembro elegible en la medida máxima permitida por la ley. La farmacia hará todo lo posible para comunicarse con el prescriptor para alentar el cumplimiento del formulario y solicitar autorización para cambiar a un medicamento del formulario equivalente terapéutico. La farmacia deberá mantener un registro en la orden de prescripción original de su intento de lograr el cumplimiento del Formulario.
- ▲ **Autorización Previa (Pre-Autorización).** **Abarca Health** prohíbe a sus farmacias participantes establecer días específicos para la entrega de referencias y solicitudes de Autorizaciones Previas para los Afiliados al GHP. Como se establece en el contrato de farmacia, sección 4.16: La farmacia atenderá con prontitud las solicitudes de Autorizaciones Previas y Referencias, cuando sea Medicamento Necesario, y deberá cumplir con los plazos para ello establecidos en 42 CFR 438.210 y la Declaración de Derechos del Paciente de Puerto Rico y notificados por ASES y/o ABARCA. A menos que **Abarca Health** indique lo contrario, si la Farmacia recibe un mensaje del sistema que dice "Se requiere autorización previa" (o un lenguaje similar) al enviar un Reclamo por un Servicio o Medicamento cubierto, la Farmacia hará todo lo posible para comunicarse con el Prescriptor e informarle del requisito de Autorización previa o, cuando corresponda y lo permita el Plan, obtenga información adicional y comuníquese con el servicio de asistencia de autorización previa de **Abarca Health** o Pagador (según corresponda) para determinar si se cumplieron los requisitos de Autorización previa del Plan. En aquellas situaciones en las que la Farmacia deba comunicarse con el Prescriptor y el Prescriptor no esté disponible, la Farmacia deberá notificar al Miembro Elegible y deberá comunicarse con **Abarca Health** o el Pagador (según corresponda) con la mesa de ayuda de autorización previa para obtener una autorización de emergencia por única vez. Si la mesa de ayuda de autorización previa del Pagador o PBM correspondiente está cerrada o no está disponible, en la medida en que lo exija la Ley, la Farmacia debe proporcionar un suministro de emergencia o, si la Ley no lo requiere, según las instrucciones de **Abarca Health**.
- ▲ **Administración de la Utilización.** A menos que **Abarca Health** indique lo contrario, si la farmacia recibe un mensaje de administración de la utilización, como un límite de cantidad o una terapia escalonada, por ejemplo, la farmacia se asegurará de que el miembro elegible esté informado del mensaje de administración de la utilización, según corresponda, y ayude al miembro elegible en la obtención de otro medicamento con receta de acuerdo con el formulario del miembro elegible, la dosis adecuada del recetador, o al solicitar una excepción, según corresponda.
- ▲ **DUR.** La farmacia cooperará con **Abarca Health** en las actividades de revisión de la utilización de medicamentos para promover altos estándares de atención de manera rentable. Los mensajes de revisión de utilización de medicamentos pueden aparecer



en la respuesta de reclamo en línea. La farmacia actuará sobre todos esos mensajes sujeto al juicio profesional del farmacéutico. En la medida en que **Abarca Health** proporcione información o mensajes de DUR a la farmacia, la farmacia reconoce y acepta que: (a) la información contenida en los mensajes de DUR puede derivarse de fuentes de terceros y no ser desarrollada de forma independiente por **Abarca Health**; (b) la utilidad de DUR y otra información del formulario está necesariamente limitada por la cantidad de información del paciente ingresada en el sistema en línea como resultado del procesamiento de reclamos, la cantidad de información proporcionada por **Abarca Health** y la exhaustividad y precisión de la información de la industria e información proporcionada por terceros; (c) los mensajes de DUR y la información del formulario están destinados a ser una ayuda, y no un sustituto, del conocimiento, la experiencia, la habilidad y el juicio de los prescriptores, la farmacia, los farmacéuticos y otros profesionales de la salud; (d) La farmacia, los prescriptores, los farmacéuticos y otros profesionales de la salud son responsables de actuar o no sobre la información generada y transmitida por **Abarca Health**; (e) **Abarca Health** no controla las decisiones de atención médica tomadas o las acciones tomadas por la farmacia, los Recetadores, los farmacéuticos, otros profesionales de la salud o los Miembros elegibles; y (f) los mensajes DUR y la información del Formulario no contienen toda la información actualmente disponible sobre prácticas de atención médica o farmacéuticas. El no leer los mensajes DUR puede resultar en la terminación de la red de farmacias de **Abarca Health**.

19. La farmacia acuerda cooperar de buena fe con **Abarca Health** con respecto a la coordinación de beneficios y notificar a **Abarca Health** inmediatamente después de recibir información sobre cualquier Miembro elegible que pueda tener un reclamo relacionado con la coordinación de beneficios. Si se ha identificado o determinado que un pagador no es el pagador primario, el pago de la reclamación se basará en el costo total de la receta, menos el monto pagado por el plan primario y otros planes terciarios. La farmacia acuerda aceptar dicho monto como pago total por el servicio o el medicamento cubierto. Esta sección no requerirá que la farmacia renuncie al coaseguro, los saldos de indemnización y los deducibles en violación de cualquier regla o regulación de Medicare, y no reemplazará ninguna otra Ley de Medicare.
20. La farmacia mantendrá un registro de firmas de reclamos de seguros con una entrada para cada servicio cubierto prestado o medicamento cubierto entregado a Miembros Elegibles, dicho registro (1) se mantendrá por un período de no menos de diez (10) años a partir de la fecha se prestó el servicio o se dispensó el medicamento, y (2) estar disponible para inspección por parte de **Abarca Health** y/o sus agentes debidamente autorizados con previo aviso razonable. La farmacia acepta que no tiene derecho a recibir pagos por medicamentos o servicios cubiertos para los cuales la firma del miembro elegible o su agente autorizado no se encuentra en el libro de registro o para los cuales la farmacia no puede obtener una declaración firmada del Miembro Elegible que el medicamento o el servicio cubierto fue despachado o prestado y recibido.



21. La farmacia deberá cumplir plenamente con los deberes y requisitos establecidos en todas las leyes, normas y reglamentaciones federales y estatales que rigen la práctica de la farmacia y la prestación de servicios en virtud de este Acuerdo, incluidas las normas finales de privacidad del paciente de HIPAA según lo establecido en el 45 CFR, Secciones 160 y 164, según enmendado.
22. La farmacia será responsable del pago de todos y cada uno de los cargos o tarifas de transacción asociados con la transmisión de Reclamos o información de Reclamos a **Abarca Health**.
23. La farmacia acuerda tratar a todos los Miembros elegibles en todos los aspectos de manera no menos favorable que la Farmacia trata a todos los demás Miembros no elegibles. La farmacia no establecerá condiciones discriminatorias, o condiciones que se pueda esperar razonablemente que tengan un efecto discriminatorio, o que puedan causar la dilatación o el racionamiento de los servicios, en contra de los Miembros elegibles, o que otorguen una prioridad más baja a los Miembros elegibles que a otros Miembros no elegibles. La farmacia también acepta que brindará todos los servicios a los Miembros Elegibles de una manera culturalmente competente y de acuerdo con el patrón comunitario predominante de prestación de atención médica. La farmacia no discriminará a un Miembro Elegible por motivos de raza, nacionalidad, condición económica, condición social, género, orientación sexual, edad, origen, religión, color, ideología política, estado de salud o necesidad de servicios de atención médica, condición de veterano, estado físico o incapacidad mental.
24. La farmacia garantiza y declara que la farmacia y cada farmacéutico están y mantendrán una buena reputación con todos los organismos reguladores federales, estatales y locales y tienen y mantendrán una buena reputación con todas las aprobaciones, licencias y permisos federales, estatales y locales requeridos para operar como una farmacia en cada ubicación y brindar servicios en virtud del acuerdo con **Abarca Health**, incluidas, entre otras, licencias de farmacéutico, licencia de farmacia, Junta Estatal de Farmacia y licencias emitidas por la agencia estatal o el organismo regulador correspondiente. Pharmacy notificará a **Abarca Health** de inmediato sobre cualquier revocación, suspensión, limitación u otra acción que pudiera afectar materialmente el cumplimiento de sus obligaciones en virtud de este Acuerdo. La farmacia deberá notificar inmediatamente a **Abarca Health** por escrito si la farmacia pierde o entrega voluntariamente dicha licencia, acreditación, permisos, autorizaciones o aprobaciones, o si ya no cumple con los estándares de **Abarca Health**.
25. La evidencia de dichas licencias y certificaciones se presentará a **Abarca Health** en el proceso de acreditación inicial y en cualquier solicitud posterior por escrito. La farmacia notificará a **Abarca Health** por escrito, dentro de no más de cinco (5), de la suspensión, revocación, limitación, restricción o cualquier acción administrativa tomada por cualquier Junta Estatal de Farmacias u otras autoridades que otorgan licencias sobre la farmacia y/o sus farmacéuticos.



26. Farmacia garantiza y declara que, en el momento de la ejecución de la MPPA, ni ella ni ninguno de sus empleados, contratistas, subcontratistas o agentes están incluidos en la Lista de Partes Excluidas de los Programas Federales de la Administración de Servicios Generales (GSA) y el HHS. /Lista de la OIG de Individuos/Entidades Excluidas (colectivamente, las "Listas"). Si la farmacia o cualquiera de sus empleados, subcontratistas o agentes queda excluido o no divulga el estado de exclusión, la Farmacia tendrá la responsabilidad de: (i) notificar inmediatamente a ABARCA por escrito sobre el estado de suspensión o exclusión de cualquier persona, y (ii) inmediatamente eliminar a dicha persona, entidad o ubicación que sea responsable de las operaciones comerciales de la Farmacia relacionadas con este Acuerdo o participe en ellas. Si la Farmacia ha sido excluida o cualquier empleado, subcontratista o agente queda excluido y no se retira de la prestación de servicios, **Abarca Health** tendrá derecho a dar de baja inmediatamente a la Farmacia de la red. Las farmacias autorizadas por la GSA, la OIG u otra agencia reguladora que no sean elegibles para participar en Medicare, Medicaid u otros programas federales de atención médica no son elegibles para participar en la red de **Abarca Health**. **Abarca Health** monitoreará constantemente (mensualmente) las Listas para asegurar el cumplimiento de esta disposición por parte de la Farmacia.
27. La farmacia acuerda cooperar plenamente con cualquier procedimiento de queja, reclamo o apelación de un Miembro Elegible, lo que incluye, entre otros, informar a los Miembros Elegibles sobre los derechos de queja y/o reclamos correspondientes. Además, la Farmacia acepta cooperar plenamente con **Abarca Health** y proporcionar la información solicitada para permitir que los Pagadores lleven a cabo y resuelvan las quejas que puedan presentar los Miembros Elegibles, los Pagadores u otros proveedores con respecto a la prestación de los Servicios Cubiertos o la dispensación de Medicamentos Cubiertos por parte de la Farmacia.
28. La Farmacia notificará a **Abarca Health** o a su agente designado sobre cualquier reclamo legal o administrativo realizado o acción presentada contra la Farmacia por parte de un Miembro Elegible, o de otro modo que pudiera afectar la capacidad de la Farmacia para llevar a cabo las responsabilidades requeridas para la participación en la red. La notificación se debe proporcionar a **Abarca Health** dentro de los diez (10) días calendario posteriores a la recepción de dicho reclamo o acción.
29. Si alguna autoridad gubernamental impone impuestos, tasaciones y/o tarifas similares ("impuestos") a la Farmacia por la prestación de los Servicios o Medicamentos cubiertos a los Miembros elegibles, la Farmacia será responsable de dichos impuestos y no pasar dichos impuestos a los Miembros Elegibles, Pagadores o **Abarca Health**, a menos que las Leyes aplicables así lo exijan específicamente. En ningún caso **Abarca Health** será responsable de ningún impuesto ni de la determinación del monto de los impuestos.
30. La Farmacia debe notificar de inmediato a **Abarca Health** por escrito sobre cualquier supuesto error, error de cálculo, discrepancia o base para disputar a la Farmacia la



corrección o exactitud de cualquier Reclamación (ya sea pagada, denegada, rechazada, revertida o de otro modo) dentro de los ciento ochenta (180) días naturales después de la fecha de vencimiento del pago. De lo contrario, se considerará que la Farmacia ha confirmado la corrección y exactitud de los Reclamos procesados y/o pagados durante ese ciclo financiero. En ningún caso, **Abarca Health** tendrá responsabilidad por encima y más allá del monto total de las Reclamaciones durante dicho período de ciento ochenta (180) días calendario. Para solicitar un ajuste al pago de un Reclamo, la Farmacia debe presentar oportunamente a **Abarca Health** documentación suficiente para evidenciar que el Reclamo se pagó incorrectamente. Esta objeción y limitación de tiempo no se aplican con respecto a cualquier sobrepago que pueda hacerse a la Farmacia.

31. Para cualquier disputa entre la Farmacia de la Red y **Abarca Health** que surja en virtud del Contrato de Farmacia, que no sea una denegación disputada de un reclamo, **Abarca Health** implementará un sistema interno de resolución de disputas, que incluirá la oportunidad para que una Farmacia de la Red agraviada presente una Denuncia oportuna por escrito a **Abarca Health**. **Abarca Health** emitirá una decisión por escrito sobre la Queja de la Farmacia de la red dentro de los quince (15) Días calendario posteriores a la recepción de la Queja por escrito de la Farmacia de la red. La decisión por escrito de **Abarca Health** que sea de alguna manera adversa a la Farmacia de la Red deberá incluir una explicación de los motivos de la decisión y un aviso del derecho y los procedimientos de la Farmacia de la Red para una Audiencia de Derecho Administrativo dentro de ASES.
32. Las Farmacias de la Red que no estén de acuerdo con la denegación de pago de un reclamo presentado, o el pago de un monto inferior al monto por el cual se presentó el reclamo, tendrán un plazo de catorce (14) Días Calendario para presentar un reclamo por escrito. **Abarca Health** deberá emitir una determinación sobre dichos reclamos dentro de los catorce (14) Días Calendario.
33. Si la Farmacia de la red no está satisfecha con la decisión sobre su queja dentro del sistema de resolución de disputas de **Abarca Health**, la Farmacia de la red puede solicitar una Audiencia de Derecho Administrativo. Las partes de la Audiencia de Derecho Administrativo serán el Contratista y la Farmacia de la red. ASES concederá una solicitud de una Farmacia de la Red para una Vista de Derecho Administrativo, siempre que la Farmacia de la Red presente una apelación por escrito, acompañada de la documentación de respaldo, no más de treinta (30) Días calendario después de que la Farmacia de la Red reciba la decisión por escrito del Contratista.
34. Revisión judicial. La decisión que se emita como resultado de la Vista de Derecho Administrativo prevista en la misma estará sujeta a revisión ante el Tribunal de Apelaciones de Puerto Rico.
35. En la medida en que la Farmacia utilice subcontratistas, los subcontratistas estarán sujetos a los mismos términos y condiciones que la Farmacia.



36. **Abarca Health** procesará oportunamente las reclamaciones limpias presentadas por la Farmacia por los Servicios Cubiertos prestados y los Medicamentos Cubiertos dispensados a los Miembros Elegibles dentro del plazo establecido por la Ley y la MPPA.
37. **Abarca Health** cobrará al Pagador la cantidad necesaria para pagar las Reclamaciones presentadas por la Farmacia.
38. Sujeto al Artículo 2 de la MPPA, **Abarca Health** pagará a la Farmacia el monto de dichas Reclamaciones válidamente presentadas. Los pagos se realizarán no más de treinta (30) días después del final de cada período de procesamiento de facturación (dentro de los catorce (14) días posteriores a la recepción de un reclamo electrónico y dentro de los treinta (30) días posteriores a la fecha en que se presentaron los reclamos de forma no electrónica). en el caso de los beneficiarios de Medicare), pero en todos los casos después de recibir el pago completo y adecuado a **Abarca Health** de los Pagadores correspondientes. La Farmacia aceptará como pago total los Servicios Cubiertos y los Medicamentos Cubiertos prestados a los Miembros Elegibles.
39. En ningún caso **Abarca Health** estará obligada a pagar a la Farmacia por los Servicios Cubiertos o los Medicamentos Cubiertos, a menos y hasta que se reciba el pago de dichos Servicios Cubiertos o Medicamentos Cubiertos del Pagador responsable de dicho pago. **Abarca Health** no tiene ninguna responsabilidad ante la Farmacia por falta de pago o por cualquier retraso en el pago por parte de un Pagador. Todos los montos adeudados por la Farmacia a **Abarca Health** (incluidos, entre otros, los sobrepagos por anulaciones de Reclamaciones, errores, presentaciones inexactas o de otro tipo) vencerán inmediatamente y se adeudarán a **Abarca Health**. En tal caso, **Abarca Health** tendrá derecho a compensar sin previo aviso el monto del sobrepago de los pagos futuros. La Farmacia acuerda no afectar ningún acuerdo y satisfacción a través de un instrumento de pago o comunicación escrita adjunta y no endosar condicional o restrictivamente ningún instrumento de pago; y **Abarca Health** no estará obligado por tal intento o respaldo. **Abarca Health** además se reserva el derecho, a su exclusivo criterio, de exigir a la farmacia que asigne a **Abarca Health** cualquier derecho de cobro que la Farmacia pueda tener contra cualquier persona.
40. **Abarca Health** tendrá derecho a cobrar a Farmacia a precio de costo, por la reexpedición de cheques a Farmacias en virtud del presente como resultado de actos u omisiones de Farmacias.
41. Cumplimiento de HIPAA: **Abarca Health** no usará ni divulgará Información Protegida de salud de ninguna manera que viole los estándares finales de privacidad del paciente de HIPAA como se establece en 45 CFR, Secciones 160 y 164, o cualquier regla o regulación relacionada, y sus enmiendas
42. La Farmacia deberá mantener registros y archivos adecuados en su sistema con información sobre todos los Medicamentos Cubiertos dispensados y los Servicios Cubiertos prestados a los Miembros Elegibles según lo exija **Abarca Health**, la Ley o las



autoridades reguladoras correspondientes. Todos los registros relacionados con los Servicios cubiertos prestados y los Medicamentos cubiertos entregados a los Miembros elegibles deben conservarse durante un período de al menos diez (10) años, a menos que la ley exija un período más largo. Para requisitos adicionales y reembolso a la Farmacia en relación con el Programa de la Parte D de Medicare. **Abarca Health** puede retener, denegar o reembolsar los pagos cuando los registros y “documentación no se mantengan como lo exige la MPPA.

43. Durante un período de cinco (5) años después de que una farmacia abandone la red de farmacias de **Abarca Health** (o el período más largo prescrito por la ley), la Farmacia proporcionará a **Abarca Health**, a sus clientes y a sus agentes debidamente autorizados acceso gratuito durante el horario habitual de atención de la Farmacia. horario comercial, y previo aviso razonable por escrito, a todos los libros, registros, facturas y archivos de recetas de la Farmacia que **Abarca Health** considere necesarios para verificar cualquier información de Reclamación o información relacionada con cualquier Servicio Cubierto o Medicamento Cubierto.
44. La Farmacia proporcionará acceso a sus registros a cualquier agencia del gobierno federal o estatal y/o sus representantes debidamente autorizados que tengan jurisdicción y supervisen las operaciones de **Abarca Health** y/o la práctica de la farmacia.
45. La Farmacia mantendrá la confidencialidad de todos los registros e información relacionados con los Miembros Elegibles de acuerdo con todas las leyes, reglas y regulaciones estatales y federales aplicables, incluidas, entre otras, las regulaciones federales de privacidad promulgadas bajo HIPAA.
46. El plazo contractual de la Farmacia se define entre Farmacia y **Abarca Health** y continuará durante incrementos de un (1) año a menos que cualquiera de las partes lo rescinda no menos de noventa (90) días antes de la finalización del Acuerdo.
47. Cualquiera de las partes puede rescindir el Acuerdo en caso de incumplimiento por parte de la otra parte que no se subsane dentro de los treinta (30) días posteriores a la notificación por escrito de dicho incumplimiento a la parte incumplidora.
48. Este Acuerdo puede ser rescindido en cualquier momento sin causa por cualquiera de las partes mediante notificación por escrito con noventa (90) días de anticipación a la otra parte.
49. En caso de que (i) cualquiera de las partes presente una solicitud de quiebra, reorganización o concurso de acreedores, (ii) cualquiera de las partes haga una cesión en beneficio de los acreedores, (iii) cualquiera de las partes no pague o admita en por escrito su incapacidad para pagar sus deudas a su vencimiento (a menos que haya una disputa de buena fe), (iv) se designe un fideicomisario u otro custodio para cualquiera de las partes, o (v) se inicie cualquier otro caso bajo cualquier quiebra con respecto a



cualquiera de las partes, entonces la otra parte puede rescindir el Acuerdo con efecto inmediato sin tener que dar aviso y la oportunidad de subsanar.

50. **Abarca Health** también tendrá derecho a rescindir este Acuerdo de inmediato, sin previo aviso por escrito a la Farmacia, si (i) cualquiera de las licencias o certificaciones de la Farmacia es revocada o suspendida, (ii) el desempeño por parte de la Farmacia de conformidad con el Acuerdo es, a discreción de **Abarca Health**, determinado como ilegal o en violación de cualquier ley, regla o regulación federal, estatal o estatal, incluidos los casos de Fraude, Despilfarro y Abuso; (iii); El programa de Proveedores de Redes de Farmacias de **Abarca Health** se cancela por cualquier motivo; (iv) la Farmacia cede o pretende ceder cualquiera de sus derechos en virtud del presente a cualquier parte sin el consentimiento previo por escrito de **Abarca Health**; (v) hay algún cambio en la propiedad subyacente (legal, equitativa o beneficiosa) de la Farmacia, ya sea que dicho cambio de propiedad sea por venta, cesión, aplicación de la ley (p. ej., fusión o consolidación) o de otro modo; o (vi) según se disponga de otro modo en la MPPA; (vii) falta de respuesta a la solicitud de acreditación o auditoría; (viii) omitir información o proporcionar datos inexactos en la solicitud de acreditación o Re credencialización y; (ix) no completar y dar fe de la capacitación anual sobre fraude, despilfarro y abuso y sobre cumplimiento general.
51. En caso de rescisión o incumplimiento del Acuerdo, además de todos los demás derechos y recursos que **Abarca Health** pueda tener por ley, equidad o bajo este Acuerdo, **Abarca Health** tendrá derecho, previa notificación a la Farmacia, a: (i) deducir de cualquier monto adeudado a la Farmacia cualquier monto que la Farmacia deba a **Abarca Health**; (ii) imponer tarifas razonables de investigación, cobro, auditoría y similares con respecto a cualquier incumplimiento de este Acuerdo; (iii) suspender el cumplimiento de todas y cada una de las obligaciones de **Abarca Health** en virtud o en relación con el Acuerdo, incluidas, entre otras, las reclamaciones de obligación o proceso de **Abarca Health**; y/o; (iv) suspender el desempeño de la Farmacia de cualquiera o todas las obligaciones de la Farmacia en virtud o en relación con el Acuerdo. En caso de terminación, la Farmacia deberá presentar todas las Reclamaciones por Servicios o Medicamentos cubiertos antes de la fecha de rescisión dentro de los treinta (30) días calendario posteriores a la fecha de terminación, a menos que la ley exija un período más largo). Cualquier derecho de pago por cualquier Reclamo presentado después de ese tiempo, ya sea que el mismo califique o no como un Reclamo, se considerará perdido, y la Farmacia acuerda retener a **Abarca Health**, los Pagadores y cada uno de sus respectivos empleados, accionistas, miembros, funcionarios y los directores y el Miembro Elegible que recibe el Servicio Cubierto o el Medicamento Cubierto de cualquier gasto asociado con el mismo. La terminación no tendrá efecto sobre los derechos y obligaciones de las partes que surjan de cualquier transacción que ocurra antes de la fecha efectiva de dicha terminación. Los derechos de rescisión en virtud del presente se suman a todos los demás derechos y recursos que puedan estar disponibles para **Abarca Health** en virtud de la MPPA.



b. Quejas y Apelaciones (todo Cliente, excepto ASES)

Abarca Health se compromete a brindar un manejo uniforme, justo y rápido de las quejas administrativas de los proveedores de farmacia. **Abarca Health** se compromete a garantizar que las quejas y reclamos de los proveedores de farmacia se resuelvan de la manera más efectiva, justa y rápida posible. La farmacia puede presentar una queja por cualquiera de las siguientes razones:

- ▲ Cambio de status dentro de la red; o
- ▲ Competencia o conducta; o
- ▲ Monto pagado; o
- ▲ Resultado de una solicitud de apelación de precios de medicamentos; o
- ▲ Ajuste de auditoría; o
- ▲ Problemas de Sistema, operativos y de servicio; o
- ▲ Problemas contractuales del canal de distribución.

Una queja debe presentarse por escrito, por correo certificado, utilizando el Formulario de Quejas del Proveedor de Farmacia que describe la naturaleza y el alcance del problema (consulte el Anexo II o en www.abarcahealth.com).

1. El formulario debe enviarse por correo certificado a:

Abarca Health

Attn: Network Strategy Team
650 Ave Muñoz Rivera Ave, Suite 701
San Juan, Puerto Rico 00918

2. Dentro de 3 días hábiles posteriores a la recibir la queja por correo certificado, **Abarca Health** se comunicará con la farmacia por teléfono para tener una discusión inicial sobre la queja.
3. Si es necesario, **Abarca Health** organizará una reunión en persona con el proveedor de farmacia en la oficina corporativa de **Abarca Health** para analizar más a fondo la situación.
4. Se proporcionará al proveedor de farmacia una respuesta por escrito con una resolución propuesta a la queja dentro de 30 días posteriores a recibir el Formulario de Queja del Proveedor de Farmacia. La respuesta incluirá instrucciones sobre cómo el proveedor de farmacia puede apelar la decisión si el proveedor de farmacia no está satisfecho con la resolución.
5. Si el proveedor de farmacia no está satisfecho con la resolución, tiene 60 días para enviar una carta por escrito, por correo certificado, apelando la decisión de **Abarca Health** a la siguiente dirección:

Abarca Health



Attn: Network Strategy Team
650 Ave Muñoz Rivera Ave, Suite 701
San Juan, Puerto Rico 00918

6. Dentro de 15 días hábiles posteriores a recibir la apelación, la misma será evaluada por el equipo del Comité de Gestión de Calidad de **Abarca Health**, incluido un representante del Patrocinador del Plan, según sea necesario.
7. No menos de tres (3) miembros del Comité de Gestión de Calidad llevarán a cabo una audiencia con el proveedor de farmacia, sobre los méritos de la disputa, dentro de 30 días hábiles posteriores a la recepción de la apelación, a menos que las partes acuerden un plazo mayor.
8. Dentro de cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de la audiencia, el Comité de Gestión de Calidad emitirá por escrito una decisión sobre la disputa con el proveedor de farmacia.

No se permitirán más apelaciones por el mismo asunto.

c. Quejas y Apelaciones (ASES – PR Medicaid)

Abarca Health se compromete a brindar un manejo uniforme, justo y rápido de las quejas administrativas de los proveedores de farmacia. **Abarca Health** se compromete a garantizar que las quejas y reclamos de los proveedores de farmacia se resuelvan de la manera más efectiva, justa y rápida posible. La farmacia puede presentar una queja por cualquiera de las siguientes razones:

- ▲ Cambio de status dentro de la red; o
- ▲ Competencia o conducta; o
- ▲ Monto pagado; o
- ▲ Resultado de una solicitud de apelación de precios de medicamentos; o
- ▲ Ajuste de auditoría; o
- ▲ Problemas de Sistema, operativos y de servicio; o
- ▲ Problemas contractuales del canal de distribución.

1. Descripción General

- 1.1. Consulte el Anexo IV: Flujos de trabajo de resolución de disputas
- 1.2. Cuando un proveedor de farmacia tiene una inquietud o queja, **Abarca Health** dirigirá todos los esfuerzos para resolver el problema a satisfacción del proveedor de farmacia.
- 1.3. En caso de que no se pueda resolver el problema, el proveedor de la farmacia puede solicitar que se maneje de acuerdo con la política formal de quejas.



- 1.4. **Quejas de farmacias de la red relacionadas con reclamos denegados:** si una farmacia y **Abarca Health** no pueden ponerse de acuerdo sobre un reclamo denegado, la farmacia presenta una solicitud para que un tercero independiente acordado mutuamente revise el reclamo denegado. La decisión se emite dentro de 30 días a partir de la fecha de la solicitud de mediación. Los honorarios de terceros están cubiertos por la parte afectada negativamente por la decisión, y esa parte tiene derecho a presentar una apelación.
- 1.5. Las farmacias que impugnen la denegación de pago de un reclamo presentado, o el pago de un monto inferior al monto por el cual se presentó el reclamo, tendrán un plazo de catorce (14) días calendario para presentar una queja por escrito. **Abarca Health** deberá emitir una determinación respecto de dichas reclamaciones dentro de los catorce (14) días calendario.
- 1.6. **Disputas de Farmacias de la Red que surgen bajo el contrato de farmacia:** El proceso de Disputas de Farmacias de **Abarca Health** protege el derecho de una farmacia a presentar una disputa formal. **Abarca Health** se comunica con la farmacia dentro de los tres días hábiles posteriores a la recepción de la disputa formal y, si es factible, **Abarca Health** invita a la farmacia a reunirse en persona. Si **Abarca Health** no puede resolver la disputa después de comunicarse con la farmacia, le proporcionaremos una decisión por escrito a la farmacia dentro de los 15 días hábiles posteriores a la recepción de la disputa. La notificación incluirá los derechos de apelación de la farmacia.
- 1.7. Cuando se presenta una queja formal, se debe seguir el proceso definido a continuación.

2. Procedimiento Inicial

- 2.1. El proveedor de farmacia primero debe enviar un Formulario de Queja del Proveedor de Farmacia que describa la naturaleza y el alcance del problema al equipo de *Network Strategy* de **Abarca Health** (consulte el Anexo IV).
 1. El formulario debe enviarse por correo certificado a:
Abarca Health
Attn: Network Strategy Team
650 Ave Muñoz Rivera Ave, Suite 701
San Juan, Puerto Rico 00918
- 2.2. El equipo de *Network Strategy* agregará inmediatamente la queja al registro de quejas y apelaciones de farmacia alojado en el sitio de SharePoint de **Abarca Health** y proporcionará el formulario de queja al Gerente de *Network Strategy*.
- 2.3. Dentro de 3 días hábiles posteriores a la recepción, el Gerente de *Network Strategy* se comunicará con la farmacia por teléfono para tener una discusión inicial sobre la queja.



- 2.4. Si es necesario, el Gerente de *Network Strategy* o el delegado programará una reunión en persona con el proveedor de farmacia en la oficina corporativa de **Abarca Health** para analizar más a fondo la situación.
- 2.5. Se proporcionará al proveedor de farmacia una respuesta por escrito con una resolución propuesta a la queja dentro de 30 días posteriores a la recepción del Formulario de Queja del Proveedor de Farmacia. La respuesta incluirá instrucciones sobre cómo el proveedor de farmacia puede apelar la decisión si el proveedor de farmacia no está satisfecho con la resolución.
- 2.6. Cualquier información adicional que se descubra durante este proceso se gestionará de acuerdo con las disposiciones contractuales pertinentes.

3. Apelaciones

- 3.1. El proveedor de farmacia debe enviar dentro de los 30 días de la decisión de **Abarca Health** una apelación por escrito, por correo certificado, a la siguiente dirección:
Abarca Health
Attn: Network Strategy Team
650 Ave Muñoz Rivera Ave, Suite 701
San Juan, Puerto Rico 00918
- 3.2. Inmediatamente después de recibirla, el equipo de *Network Strategy* agregará la apelación al registro de quejas y apelaciones de farmacia alojado en el sitio de SharePoint de **Abarca Health** y entregará la carta de apelación al Gerente de *Network Strategy*, quien a su vez informará de inmediato al Comité de Gestión de Calidad.
- 3.3. Dentro de los 15 días hábiles posteriores a la recepción, la apelación será evaluada por el equipo del Comité de Gestión de Calidad de **Abarca Health**, incluido un representante del patrocinador del plan, según sea necesario. Si la decisión por escrito de **Abarca Health** es de alguna manera adversa a la Farmacia, entonces **Abarca Health** incluirá una explicación de los motivos de la decisión y un aviso del derecho de la Farmacia y los procedimientos para una Audiencia de Derecho Administrativo dentro de ASES.
- 3.4. Si la Farmacia no está satisfecha con la decisión sobre su queja dentro del sistema de resolución de disputas de **Abarca Health**, la Farmacia puede buscar una Audiencia de Derecho Administrativo dentro de ASES. Las partes en la Audiencia de Derecho Administrativo serán la Farmacia y **Abarca Health**. ASES concederá una solicitud de Farmacia para una Vista de Derecho Administrativo, siempre que la Farmacia presente una apelación por escrito, acompañada de la documentación de respaldo, no más de treinta (30) Días calendario después de que la Farmacia reciba la decisión por escrito de Abarca Health, a menos que las partes acuerden más tiempo.



- 3.5. Dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de la audiencia, el Comité de Gestión de la Calidad deberá emitir, por escrito, una decisión sobre la disputa al proveedor de farmacia.
- 3.6. **Abarca Health** se compromete al pleno cumplimiento del contrato con el proceso de audiencia de derecho administrativo de ASES GHP. Nos aseguraremos de que el aviso por escrito para Quejas y Disputas informe adecuadamente a la farmacia de su derecho a solicitar una Audiencia de Derecho Administrativo con ASES GHP.

No se permitirán más apelaciones por el mismo asunto.

d. Nivel de Esfuerzo para la Compuestos

1. **Abarca Health** reembolsará a la Farmacia participante por cada medicamento cubierto dispensado al menor del costo presentado, "Usual y Acostumbrado", monto bruto adeudado o términos de reembolso aplicables, reducido por cualquier copago correspondiente recibido.
2. **Abarca Health** pagará a la Farmacia participante una tarifa de administración según lo contratado.
3. Las reclamaciones de medicamentos compuestos enviadas a **Abarca Health** deben enviarse con un código de nivel de esfuerzo (*Level of Effort* o LOE, por sus siglas en inglés) cuando corresponda. Las reclamaciones de medicamentos compuestos que requieran un código LOE y no se presenten con un valor aceptado estarán sujetas al rechazo de la reclamación; predeterminado aplicado con un LOE de 1; o reembolso estándar de la red.

e. Acreditación del Proveedor

La acreditación de proveedores es el proceso a través del cual **Abarca Health** verifica las licencias, los certificados, los procedimientos y otros parámetros definidos de los proveedores de farmacia requeridos por las leyes y reglamentos federales y estatales para operar una farmacia. Los siguientes documentos deben ser proporcionados a **Abarca Health** durante el proceso de acreditación:

- ▲ Solicitud de Credencialización
- ▲ Department of Health Pharmacy State License
- ▲ Full Unrestricted DEA Certificate 2-5
- ▲ State Controlled Dangerous Substance Certificate (ASSMCA for PR)
- ▲ Federal Tax ID Certificate
- ▲ Pharmacist-in-Charge State License
- ▲ Pharmacist-in-Charge Registration (Puerto Rico)
- ▲ Medicare ID Award Notice (if applicable)
- ▲ Medicaid Provider Notice (if applicable)
- ▲ Sterile Compounding Certification (if applicable)



- ▲ Immunization Certificate (if applicable)
- ▲ Biological Products License (Puerto Rico)
- ▲ Certificate of Good Standing
- ▲ Certificate of Incorporation (if applicable)
- ▲ Patente Municipal (Puerto Rico)
- ▲ Photos of pharmacy
- ▲ Evidence to support insurance coverage for Professional and Commercial Liability that meets the minimum defined in the Pharmacy Provider's Agreement.
- ▲ Fraud, Waste, and Abuse (FWA) and Compliance Attestation
- ▲ W9

Para garantizar el cumplimiento de los requisitos del proceso de acreditación de **Abarca Health**, la farmacia es responsable de presentar cualquier actualización de los documentos descritos anteriormente.

f. Divulgación de Transacciones Comerciales Significativas (ASES – PR Medicaid)

Los proveedores deben saber que si la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES) o el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) solicitan información relacionada con Transacciones Comerciales bajo 42 C.F.R. § 455.105, deben proporcionar la información solicitada dentro de los 35 días. Esto incluye cualquier farmacia que realice una transacción comercial con cualquier subcontratista por un total de más de \$25,000 en el período de doce (12) meses anteriores y no haya realizado ninguna transacción comercial importante con un proveedor de propiedad total durante los años anteriores.

g. Actualización de la Información de Farmacia

Toda farmacia que pertenezca a la red de **Abarca Health** deberá actualizar su información en el “National Council for Prescription Drug Program” (NCPDP). La División de Proveedores utilizará la información demográfica colocada en esta base de datos para enviar información importante a las farmacias, incluidos sus pagos.

h. Pagos a Proveedores

Abarca Health pagará el monto de dichos reclamos presentados válidamente a las farmacias no más de treinta (30) días después del final de cada período de procesamiento de facturación (dentro de los catorce (14) días posteriores a la recepción de un reclamo electrónico y dentro de los treinta (30) días posteriores a la fecha en que se reciben las reclamaciones presentadas de forma no electrónica en el caso de los beneficiarios de Medicare), pero en todos los casos después de recibir el pago completo y adecuado de los pagadores correspondientes.

i. Retención de Documentos

Las farmacias deben conservar todas las recetas originales y los Registros de firmas (en papel o electrónicos). Esta información debe estar disponible en caso de una auditoría realizada por **Abarca Health** o cualquier otra agencia reguladora (estatal o federal). Para obtener más detalles, consulte el Anexo III.



j. Confidencialidad y Discriminación

De acuerdo con la “Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico” (HIPAA), la farmacia no debe discriminar a un beneficiario por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, credo, estado civil, orientación sexual y edad, discapacidad física o mental. La farmacia debe cumplir con los estándares finales de privacidad del paciente de HIPAA como se establece en 45 CFR, Secciones 160 y 164.

Seguridad en los Medicamentos

▲ Comunicado de seguridad del consumidor

Según sea necesario y previo a contratación de nuestros clientes, **Abarca Health** enviará un comunicado a la red de farmacias cuando haya un retiro del mercado, escasez de medicamentos, discontinuación de medicamentos o cualquier alerta de seguridad para garantizar el uso adecuado de la terapia con medicamentos y salvaguardar la calidad de vida de los beneficiarios. Este comunicado contendrá información sobre el riesgo específico, la educación a nivel del consumidor y el manejo y eliminación adecuada del producto. **Abarca Health** enviará este comunicado por correo electrónico y fax, y se cargará en el Portal de Proveedores dentro de cinco (5) días calendario a partir de la notificación de la Administración Federal de Drogas (FDA) para retiros de Clase I o Clase II. Dependiendo del impacto de la escasez de medicamentos en el mercado, se enviarán comunicaciones por correo electrónico y envíos masivos de fax, así como también se cargarán en el Portal de Proveedores.

▲ Errores en Medicamentos

Un error en los medicamentos es cualquier evento prevenible que puede conducir al uso inapropiado de medicamentos o causar daño al paciente, mientras el medicamento está bajo el control de un profesional, paciente y/o cuidador. Esto podría ocurrir, pero no se limita a errores en el proceso de recetar, dispensar o administrar un medicamento. Según la *Academy of Managed Care Pharmacy* (AMCP), los errores de medicación afectaron la seguridad de los pacientes, afectando al menos a 1,5 millones de personas cada año. A su vez, el Instituto de Medicina (IOM) advierte que el costo del tratamiento de los errores de medicación en los hospitales asciende a 3.500 millones de dólares al año.

TIPOS DE ERRORES EN MEDICAMENTOS:

Los errores de medicación se subdividen en dos categorías principales: **errores de omisión** y **errores de comisión**.

- ▲ **Error de Omisión: dejar de realizar actividades voluntarias o involuntarias que son necesarias para la seguridad.**
 - **Ejemplo:** Fallar en advertir a un paciente sobre un efecto secundario significativo cuando utiliza un nuevo medicamento en su terapia.
- ▲ **Error de Comisión: Incurrir en una falta por una acción realizada.**



- Ejemplo: Prescribir y/o despachar Bupropion a un paciente con antecedentes de crisis epilépticas.
 - Bupropion baja el umbral de un ataque epiléptico predisponiendo al paciente a sufrir uno.

ALGUNAS CAUSAS COMUNES PARA COMETER ERRORES EN MEDICAMENTOS

Causa	Tipo de Error
Receta Ilegible	El medicamento, dosis o ruta de administración que se selecciona está incorrecta debido a que la receta no se puede leer correctamente.
Alergias	Alergias no identificadas, medicamentos prescritos que el paciente no tolera o que son contra-indicados y que causan efectos adversos.
Historial de medicamentos	Si no se pregunta al paciente o se verifica su historial de medicamentos, se pueden omitir interacciones, duplicidad de terapia y otras contraindicaciones.
Instrumentos utilizados en las farmacias	Balanzas no calibradas apropiadamente, contadores automáticos de tabletas mal calibradas, errores en el almacenamiento de tabletas en los robots de dispensación.
Educación al paciente	No educar al paciente sobre la utilización del medicamento.

ERRORES EN LOS MEDICAMENTOS IDENTIFICADOS EN ABARCA

En **Abarca Health**, tenemos un proceso para identificar y reportar errores en el despacho de medicamentos. Los errores se pueden identificar en el Departamento de Determinaciones de Cobertura, el Centro de Llamadas de Farmacia o en el Departamento de Programas Clínicos.

- ▲ Una cuarta parte de estos errores ocurren en la farmacia, ya sea porque el medicamento se procesó incorrectamente (aunque el médico lo escribió correctamente, 14%), o porque el medicamento se procesó correctamente pero se dispensó incorrectamente (11%).
- ▲ La mayoría de los errores ocurrieron en la administración del medicamento (55%), ya sea por parte del paciente o del cuidador. Esto apunta a la importancia de una adecuada educación del paciente sobre el uso indicado del fármaco.
- ▲ Los errores se pueden prevenir en cualquier etapa del proceso de entrega de medicamentos.

RECOMENDACIONES PARA EVITAR ERRORES EN MEDICAMENTOS

1. Las recetas siempre deben ser revisadas por un farmacéutico para validar los medicamentos antes de dispensarlos. Toda receta incompleta, ilegible o con error deberá ser aclarada antes de ser dispensada.
2. Tener acceso al perfil médico de los pacientes puede permitir una revisión completa de la receta.



3. El paciente debe ser educado para realizar una reconciliación de sus medicamentos mensualmente.
4. Al dispensar medicamentos, se debe evitar despachar fuera del área de dispensación para evitar errores. Debe tener iluminación adecuada, control de temperatura y nivel de ruido y no causar distracciones. En cuanto al flujo de trabajo, la farmacia debe contar con un número adecuado de recursos y empleados de acuerdo con el volumen de recetas.
5. El inventario de las farmacias debe organizarse de manera que ayude a diferenciar entre un medicamento y otro. Considere separar aquellos medicamentos que tienen una etiqueta similar o un nombre que es como otro.
6. La farmacia debe tener un procedimiento de dispensación con múltiples puntos de control para identificar el error y evitar que los errores vayan más allá del punto de venta.
7. Se debe educar a los pacientes sobre la apariencia física de los medicamentos para que puedan reconocer si es adecuado al momento de la entrega, agregando así puntos de control adicionales al final de la cadena. Educar a los pacientes si su medicamento se ve diferente debido a cambios en el fabricante ayuda a evitar errores de medicación.
8. Evite el uso de abreviaturas médicas no recomendadas y, si las hubiera y tuviera dudas, consulte con el médico las instrucciones correctas del medicamento antes de dispensarlo.

¿QUÉ HACER CUANDO SE PRODUCEN ERRORES EN EL DESPACHO DE MEDICAMENTOS?

Los errores de medicación no deben cometerse deliberadamente. Cuando estos ocurren, existe una concepción errónea de juzgar al profesional involucrado en el incidente, incluyendo críticas administrativas, suspensión o revocación de licencias. Sin embargo, debemos preguntarnos ¿cuál punto de control del sistema fue el que falló? Detectar un error de medicación y evitar que llegue al paciente debería sentar un precedente que ayude a reconocer áreas de oportunidad para optimizar el proceso de entrega de medicación.

¿CÓMO REPORTAR ERRORES EN LA MEDICACIÓN?

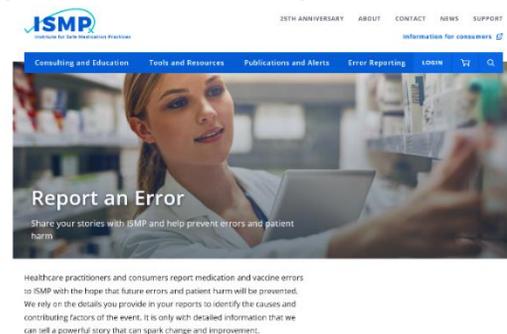
La notificación de errores es importante para identificar patrones y posibles estrategias para promover prácticas seguras de uso de drogas. Dos portales principales donde se pueden informar errores graves de medicación incluyen:



- ▲ El programa **MedWatch** de la FDA permite que los profesionales de la salud y los pacientes informen voluntariamente eventos adversos, fallas terapéuticas, errores de medicación, problemas con la calidad del producto y fallas de equivalencia terapéutica de productos regulados por la FDA. En el caso de errores de medicación, la FDA revisa más de 1400 errores mensuales, que luego se analizan para determinar la causa y el tipo de error. Puede informar errores de medicación a través del sitio web de MedWatch: <https://www.accessdata.fda.gov/scripts/medwatch/index.cfm>



- ▲ El Instituto para Prácticas de Medicamentos Seguros (ISMP) es una organización sin fines de lucro notificada de la evaluación, notificación y manejo de errores de medicación. A través de sus funciones, el ISMP evalúa las causas de los errores de medicación para recomendar cambios en las prácticas clínicas, política pública, etiquetado y empaque de medicamentos para promover prácticas seguras en el uso de medicamentos. Puede informar errores de medicación a través del sitio web del Programa de notificación de errores de medicación (MERP) del ISMP: <https://www.ismp.org/report-medication-error>



Fraude, Desperdicio y Abuso

El fraude en la atención de la salud es una preocupación política importante. El impacto del fraude y el abuso en la atención médica es generalizado, lo que resulta en costos de atención médica más altos. La Asociación Nacional contra el Fraude en el Cuidado de la Salud (NHCAA, por sus siglas en inglés) estima de manera conservadora que el 3% de todos los gastos de atención médica se pierden debido al fraude en el cuidado de la salud. A medida que aumentan los casos de fraude y abuso, se han fortalecido o modificado varias reglamentaciones con el fin de prevenir pagos indebidos, detectar vulnerabilidades y aumentar la supervisión del programa.

Abarca Health tiene una política de tolerancia cero contra el fraude, el desperdicio y el abuso de los beneficios de farmacia. Para prevenir, detectar y controlar posibles casos de fraude, despilfarro y abuso, **Abarca Health** ha desarrollado e implementado procesos y requisitos específicos que aseguran que las farmacias dentro de nuestra Red cumplan con las leyes y reglamentos estatales y federales aplicables. En consecuencia, las Farmacias deben ser conscientes de las siguientes situaciones:

- ▲ **Recetas alteradas o falsificadas:** Ocurre cuando una receta muestra letra diferente, firmas, errores ortográficos y faltas de ortografía en los nombres de los medicamentos. Recetas alteradas u olvidadas.



- ▲ **Robo y falsificación de recetario o licencia de la DEA del médico:** Por lo general, se roban para escribir recetas fraudulentas o alterar una receta para obtener una cantidad no autorizada de medicamentos recetados.
- ▲ **Robo de identidad:** Tiene lugar cuando las tarjetas de seguro de salud, o las identificaciones de afiliados elegibles, se utilizan para obtener servicios o recetas para una persona diferente.
- ▲ **“Doctor o Pharmacy Shopping”:** Ocurre cuando los beneficiarios obtienen múltiples recetas para medicamentos de abuso de diferentes médicos/farmacias.
- ▲ **Prácticas de facturación inapropiadas:**
 - Facturar incorrectamente a los pagadores secundarios para recibir un mayor reembolso.
 - Facturación de recetas inexistentes.
 - Facturar a múltiples pagadores por las mismas recetas, excepto cuando sea necesario para la coordinación de transacciones de beneficios.
 - Facturación de marca cuando se dispensan genéricos.
 - Facturación de recetas no cubiertas como artículos cubiertos.
 - Facturación de medicamentos recetados que nunca se retiran (es decir, no revocar reclamos que se procesan cuando los medicamentos recetados se surten, pero nunca se retiran).
 - Dividir recetas para recibir tarifas de despacho adicionales.
 - Desvío de drogas.
 - Uso inapropiado de los códigos Dispensar como Escrito (“DAW”).
- ▲ **“Prescription drug shorting”:** Ocurre cuando el farmacéutico proporciona menos de la cantidad recetada e intencionalmente no informa al paciente ni hace arreglos para proporcionar el saldo, sino que factura la cantidad total recetada.
- ▲ **“Bait and switch pricing”:** Ocurre cuando se le hace creer a un beneficiario que un medicamento costará un precio, pero en el punto de venta se le cobra al beneficiario una cantidad mayor.
- ▲ **“Unauthorized refills”:** Ocurre cuando las recetas existentes son alteradas por otra persona sin el permiso del médico para aumentar el número de resurtidos.
- ▲ **“Troop manipulation”:** Ocurre cuando una farmacia manipula a Troop para empujar a un beneficiario de la Parte D de Medicare a través de la brecha de cobertura, para que el beneficiario pueda alcanzar la cobertura catastrófica antes de que sea elegible o manipula a Troop para mantener a un beneficiario en la brecha de cobertura para que la cobertura catastrófica nunca se realice.

a. Programa Anti-Fraude

Para cumplir con las leyes y regulaciones estatales y federales, así como con las pautas de CMS, **Abarca Health** ha desarrollado e implementado un Programa Antifraude para ayudar en la prevención, detección y control de posibles casos de fraude, desperdicio y abuso de beneficio de farmacia. Los siguientes elementos son parte del Programa FWA:

- ▲ **Actividades de Monitoreo/Auditorías y Análisis de información:**

Las actividades de monitoreo/auditoría se realizan como parte de las operaciones



normales para confirmar el cumplimiento continuo y para garantizar que las acciones correctivas se lleven a cabo y sean efectivas. El análisis de datos incluye la comparación de la información de reclamos para identificar patrones inusuales que sugieran posibles errores y áreas problemáticas.

▲ **Adiestramiento de Fraude, Abuso y Despilfarro:**

Se requiere que el personal de farmacia de las farmacias participantes en la red de farmacias de **Abarca Health** reciba capacitación sobre la detección, prevención y control de fraude, despilfarro y abuso y cumplimiento relacionado con el beneficio de farmacia. Dicha formación debe tener lugar al menos una vez al año. Actualmente, **Abarca Health** utiliza la capacitación proporcionada por CMS. La capacitación se puede encontrar en el Portal del proveedor en: <https://providers.abarcahealth.com/>

▲ **Revisión de Sanciones y exclusiones de proveedores:**

Abarca Health has established procedures that will reject at the Point of Sale (POS) claims submitted or prescribed by individuals or entities excluded by the Office of Inspector General (OIG) and/or the General Service Administration (GSA). In addition, **Abarca Health** will not contract with any provider that is included in such exclusion's lists.

Finalmente, según los requisitos de CMS, estas listas se revisan mensualmente para garantizar que ninguno de los empleados actuales, entidades delegadas o contratistas haya sido excluido recientemente.

▲ **FWA Hotline:**

El número de la línea directa anónima de **Abarca Health** Compliance y FWA es 1-866-991-7422. Los empleados y las entidades delegadas (incluidas las farmacias participantes) también pueden informar problemas de cumplimiento/FWA de forma anónima.

Además, para informes confidenciales, los empleados y las entidades delegadas pueden denunciar problemas de Cumplimiento o FWA a: fwareferrals@abarcahealth.com o issuealert@abarcahealth.com

O a la siguiente dirección postal:

Abarca Health
Compliance Department
Suite 701, 650 Ave. Muñoz Rivera
San Juan, PR 00918-4115



Se recuerda a los informantes que la información que proporcionen será tratada de manera confidencial. Las represalias están prohibidas cuando se denuncia un acto de buena fe.

Auditorías de Farmacia

Abarca Health ha desarrollado e implementado un Programa para ayudar en la prevención y detección de fraudes, derroches y pagos inapropiados de la prestación de farmacia. La auditoría de reclamos de farmacia es una parte esencial del Programa. Las auditorías de farmacia ayudan a garantizar la presentación electrónica consistente y precisa de reclamos de recetas por parte de la red de farmacias.

De acuerdo con el Acuerdo Maestro de Proveedores de Farmacias entre **Abarca Health** y las farmacias que participan en la Red, ABARCA, el Pagador, el Contralor General de los Estados Unidos, el Departamento de Salud y Servicios Humanos y CMS, y sus respectivos representantes o designados debidamente autorizados, como aplicable, tendrá derecho a revisar, auditar, examinar y reproducir cualquiera de los libros, registros, archivos de recetas y otra documentación de la Farmacia relacionada con los Servicios cubiertos prestados o los Medicamentos cubiertos dispensados a los Miembros elegibles y/o el cumplimiento de la Farmacia con el contrato.

Las Auditorías de Farmacia están dirigidas a identificar cualquier discrepancia en las Reclamaciones, que incluyen, entre otras: Farmacia facturada por marca, pero despachada genérica; días de suministro o cantidad dispensada diferente a la receta escrita, falta de recetas impresas, intercambio de bioequivalentes sin la firma del Miembro Elegible, presentación de Reclamos con Código DAW erróneo, presentación de resurtidos incorrectos, presentación de Reclamos con Números Nacionales de Identificación del Prescriptor que no corresponden a la prescripción Médicos, número NDC incorrecto o número de unidades facturadas; Reclamos facturados como compuestos que no se escriben como compuestos o viceversa, entre otros.

a. Tipos de Auditorías

Los siguientes tipos de auditorías están contemplados en el programa de auditoría. **Abarca Health** se reserva el derecho de emplear otro tipo de auditorías según lo estime pertinente.

Las **auditorías retrospectivas** se pueden realizar utilizando un análisis detallado del volumen total de reclamaciones presentadas por una farmacia durante un período específico.

Auditoría de Escritorio:

El programa de auditoría de **Abarca Health** establece un plan de auditorías de escritorio de acuerdo con los análisis de utilización que pueden ayudar a identificar ciertos reclamos que fueron presentados incorrectamente por la farmacia y patrones irregulares para clases específicas de medicamentos, entre otros. Algunos ejemplos de auditorías de escritorio incluyen:



- ▲ Cantidades inusualmente altas o suministro diario.
- ▲ Discrepancias entre la cantidad presentada de un medicamento, la unidad de medida y el empaque del producto.
- ▲ Errores en los ingredientes y cantidades en la tramitación de recetas de compuestos.
- ▲ Beneficiarios/médicos con alta utilización de drogas controladas (es decir, narcóticos, benzodiazepinas, etc.)
- ▲ Los envíos apropiados para las ediciones de seguridad de anulación de opioides.
- ▲ Beneficiarios que obtengan múltiples medicamentos recetados de diferentes médicos fuera del área geográfica de su residencia.
- ▲ La facturación adecuada durante la Coordinación de Beneficios (COB)

Auditorías Internas:

El Programa de Integridad de Farmacias de **Abarca Health** establece la cantidad de farmacias que se auditarán internamente durante el año. Como parte del proceso de auditoría interna, la Compañía deberá examinar los siguientes documentos y/o parámetros (entre otros):

- ▲ Órdenes de prescripción y expedientes de reclamaciones
- ▲ Facturas
- ▲ Licencias de farmacia
- ▲ Registros de firmas (para medicamentos recetados entregados a beneficiarios y/o representantes de beneficiarios)
- ▲ Registros de compras
- ▲ Cumplimiento de las buenas prácticas de la farmacia
- ▲ Revisión diaria de reclamaciones
- ▲ Otros, según se requiera

El propósito de este proceso es identificar los reclamos que la farmacia presentó incorrectamente para que estos reclamos puedan corregirse antes del pago a través de un proceso de cancelación y refacturación. Algunos ejemplos de situaciones identificadas durante la revisión concurrente son:

- ▲ Cantidades sobrefacturadas o Suministro del día.
- ▲ Medicamentos de alto costo
- ▲ Reabastecimiento demasiado pronto y terapias duplicadas
- ▲ Medicamentos procesados como mezclas

Auditorías de referencia o de investigación:

Las Auditorías de Referencia son auditorías basadas en información específica y/o solicitudes de nuestros clientes, empleados de **Abarca Health** o beneficiarios y que pueden referirse a posibles casos de fraude, despilfarro y abuso.

b. Activadores de Auditorías

Es posible que varias situaciones desencadenen una auditoría de una farmacia, entre ellas:



- ▲ Historial de facturación de farmacias.
- ▲ Solicitudes o referencias recibidas de clientes, patrocinadores del plan, farmacias, beneficiarios y agencias gubernamentales.
- ▲ Referencias para posibles fraudes, despilfarros y abusos.
- ▲ Monitoreo de rutina, identificación de riesgos de cumplimiento y evaluación de riesgos de farmacias.
- ▲ Patrones de errores o discrepancias identificados durante las revisiones de reclamos concurrentes.
- ▲ Una auditoría posterior como parte de un Plan de Acción Correctiva (PAC). Las acciones correctivas están designadas para eliminar los problemas responsables de las violaciones del programa y para prevenir futuras malas conductas.

c. Registro de Mantenimiento y Acceso

Las farmacias deben mantener registros y archivos adecuados en su sistema con información sobre todos los medicamentos cubiertos entregados y los servicios cubiertos prestados a los miembros elegibles según lo exija **Abarca Health**, la ley o las autoridades reguladoras correspondientes. Todos los registros relacionados con los servicios cubiertos deben conservarse durante un período de al menos diez (10) años, a menos que la ley exija un período más prolongado.

Abarca Health hará todos los esfuerzos comercialmente razonables para minimizar la interrupción que dicha auditoría pueda causar en el funcionamiento de una farmacia. Para las auditorías in situ, se alienta a las farmacias a designar un área adecuada para realizar la auditoría in situ. Por ejemplo, un espacio de trabajo seguro, limpio y privado cerca de un tomacorriente es ideal para una auditoría in situ. Esto minimizará la interrupción del funcionamiento diario de la farmacia. Además, durante las Auditorías en sitio, la farmacia debe garantizar suficiente personal para ayudar con el proceso.

Las farmacias deben mantener la confidencialidad de todos los registros e información relacionados con los miembros elegibles de acuerdo con todas las leyes, normas y reglamentos estatales y federales aplicables, incluidos, entre otros, los reglamentos federales de privacidad promulgados en virtud de la HIPAA.

Si a **Abarca Health** se le niega la admisión a la farmacia o si la farmacia no presenta oportunamente la documentación y los registros solicitados, **Abarca Health** puede considerar que el 100% de los reclamos auditados no cumplen y se realizará una recuperación del pago de esos reclamos.

Además, si la farmacia se niega a colaborar con el proceso de auditoría, podría enfrentar sanciones o la rescisión del contrato.



d. Plazo de Auditoría

A menos que haya sospecha de fraude, el plazo de los siniestros sujetos a auditoría y recuperaciones puede remontarse por un período comprendido entre veinticuatro (24) meses y dos (2) años. Sin embargo, en caso de sospecha de fraude, la auditoría puede retroceder a un período de al menos diez (10) años desde la fecha final del período del contrato o desde la fecha de finalización de cualquier auditoría, lo que sea posterior.

e. Documentos Requeridos

Las farmacias participantes de la red acuerdan permitir que los auditores de **Abarca Health** revisen toda la información necesaria y relevante para el proceso de auditoría, incluida la copia, fotocopia, fotografía o uso de fotografías con cámaras digitales, para todas las recetas, perfiles y otros registros relacionados con la prestación de los servicios cubiertos o dispensación de medicamentos cubiertos a afiliados elegibles.

Siguiendo los estándares de la industria, las leyes, normas y reglamentos aplicables, los documentos auditables que pueden requerirse o solicitarse podrían incluir:

- ▲ Todas las copias de las órdenes de prescripción en su forma original (receta en papel o electrónica).
- ▲ Registros de firmas de pacientes.
- ▲ Registros de farmacia almacenados electrónicamente.
- ▲ Información de recetas de mezclas.
- ▲ Facturas de pedigrí.
- ▲ Facturas de mayorista, fabricante o vendedor.
- ▲ Etiquetas de recetas.
- ▲ Factura de venta.
- ▲ Todas las licencias aplicables para la farmacia, farmacéutico(s) y técnicos:
- ▲ Licencia de la Agencia de Control de Drogas (DEA).
- ▲ Licencias estatales.
- ▲ Información del médico o prescriptor.

f. Documentación Insuficiente

No se aceptarán los siguientes documentos como equivalentes a una orden de prescripción válida:

- ▲ Registros de administración de medicamentos.
- ▲ Etiquetas de recetas.
- ▲ Notas de progreso del médico o registros médicos sin los elementos necesarios para una receta válida.
- ▲ Pantallas o imágenes de los sistemas; excluyendo recetas electrónicas.
- ▲ Recetas enviadas por fax, correo electrónico o imágenes digitales sin la receta original presentada.



g. Requisitos del Registro de Firmas

Las farmacias participantes de la red deben mantener un "Registro de firmas" que contenga la fecha de surtido, el número de receta y la fecha de entrega, la firma del farmacéutico y la firma de la persona cubierta (o representantes válidos designados) que reciben las recetas. Los registros de firmas serán necesarios para confirmar la entrega de las recetas procesadas por la farmacia mediante recogida o entrega. **Abarca Health** acepta firmas en papel o electrónicas como prueba de entrega. Para aquellos casos en que el medicamento deba ser entregado por otro medio, se requerirá lo siguiente:

- ▲ Farmacia de entrega a domicilio: la farmacia debe obtener la firma del miembro de su designado en el momento de la entrega
- ▲ Farmacia de pedido por correo: la farmacia debe obtener el seguimiento del envío y la confirmación de la entrega.

Abarca Health requiere reversiones oportunas de recetas procesadas cuando un paciente o el representante autorizado de un paciente no ha recogido su medicamento dentro de los 15 días posteriores a la fecha del servicio. Se requiere que una farmacia revoque el reclamo y se ajuste la cantidad pagada.

Las farmacias deben conservar todos los Registros de Firmas del Paciente (en papel o electrónicos) por un período de diez (10) años. Si no se proporciona el registro de firmas durante las auditorías, se ajustará la reclamación y se recuperarán los montos pagados.

h. Requisitos de las Recetas/Prescripciones

Abarca Health aceptará como documentación válida durante la auditoría, la receta escrita en papel, la receta por fax, la receta telefónica, la receta generada electrónicamente y escrita por un médico autorizado.

- ▲ La receta debe tener la fecha en que fue recetada por el médico. Si la receta no tiene la fecha se ajustará la reclamación.
- ▲ Las recetas deben tener el nombre completo, la edad (podría aceptarse la fecha de nacimiento) y la dirección del paciente. Si la receta es para un medicamento de sustancia controlada y no contiene esta información, se ajustará la reclamación.
- ▲ La receta debe tener el nombre completo, dirección, número de teléfono, firma y licencias del médico que prescribe (licencia estatal, y/o DEA y/o NPI y/o el NPI debe coincidir con la transmisión electrónica). Si ninguna de las licencias de los médicos está escrita en la receta o si la licencia presentada es diferente de la información de la licencia escrita, se ajustará el reclamo.
- ▲ Nombre del medicamento recetado con su forma, dosis, potencia y cantidad.
- ▲ La cantidad dispensada debe ser igual a la cantidad escrita en la receta. Si la cantidad dispensada es superior a la prescrita, se aplicará un ajuste igual a la cantidad dispensada en exceso.
- ▲ La receta debe contener cantidad del medicamento e indicaciones de uso por parte del paciente (dosificación) e incluir resurtidos, si corresponde. Esta información no podrá ser alterada y deberá ser presentada correctamente a través del sistema electrónico de



adjudicación. Cualquier modificación a la receta deberá llevar las iniciales del médico prescriptor, o del farmacéutico en consulta con el médico. Si las iniciales de los médicos o del farmacéutico no están en la receta, se ajustará la reclamación.

- ▲ La receta debe tener la firma y licencia del farmacéutico que dispensa la orden.
- ▲ En caso de cambio de bioequivalente, la receta debe contener la firma del farmacéutico que dispensa la misma y del paciente que autoriza la sustitución. Dichas sustituciones genéricas tienen lugar si el médico prescriptor no indica expresamente lo contrario en la receta (“no sustitución” / “no sustitución”). Si la firma del paciente o del farmacéutico no aparece en la receta, se ajustará la reclamación.
- ▲ El farmacéutico podrá completar cualquier dato que no figure en la receta, registrándolo al dorso de esta, previa verificación de este con el profesional prescriptor o con el paciente, según corresponda.
 - Después de la verificación con el paciente, el farmacéutico puede completar la siguiente información:
 - Nombre, dirección y edad del paciente.
 - Después de la verificación con el prescriptor, el farmacéutico puede completar la siguiente información:
 - Fecha escrita de la prescripción, nombre del medicamento prescrito con su forma, dosis, potencia, cantidad e indicaciones.
- ▲ Recetas transmitidas por fax, correo electrónico, verbalmente o imágenes digitales:
 - Para agilizar el despacho de una receta, la información puede ser transmitida verbalmente o por medios electrónicos por el paciente, representante o por el profesional prescriptor a la farmacia.
 - El farmacéutico transcribirá la receta transmitida oralmente al recibirla. Tanto la receta transmitida oralmente como la receta transmitida por medios electrónicos (fax, correo electrónico, imagen) deberán incluir todos los datos necesarios para la validez de la receta, y dejar constancia de la fecha y hora de la transmisión.
 - El paciente o representante deberá entregar la receta original al farmacéutico en el momento de recibir el medicamento recetado.
 - Esto no será aplicable a las recetas generadas y transmitidas electrónicamente (e-receta).
- ▲ Dispensación de Recetas para casos de Emergencia transmitidas por fax, correo electrónico, verbalmente o imágenes digitales:
 - En casos de emergencia, la receta podrá ser transmitida oralmente o por medios electrónicos directamente por el profesional prescriptor a la farmacia seleccionada por el paciente. El farmacéutico transcribirá la receta transmitida oralmente o por medios electrónicos a su recepción.
 - El farmacéutico registrará la fecha y hora en que se realizó la transmisión y dispensará una cantidad limitada del medicamento que no excederá la cantidad necesaria por un período de ciento veinte (120) horas.
 - El médico que proporcionó el contenido de la receta de forma oral o por medios electrónicos deberá entregar la receta original a la farmacia que surtió la receta no más tarde de ciento veinte (120) horas desde que se comunicó a la farmacia.



- Esto no será aplicable a las recetas generadas y transmitidas electrónicamente (e-receta).

i. Requisitos de Recetas Electrónicas

Diferentes regulaciones exigen que las farmacias mantengan registros precisos de la dispensación de medicamentos recetados. Este requisito se aplicará a las recetas electrónicas y toda la información necesaria se registrará en el mismo dispositivo que recibe y almacena las recetas transmitidas electrónicamente.

La receta electrónica deberá incluir, además de cualquier otra información exigida por las distintas normativas, la siguiente información:

- ▲ Fecha de emisión.
- ▲ Nombre completo, dirección y edad del beneficiario.
- ▲ Profesional que prescribe Nombre completo, dirección, número de teléfono, números de licencia y firma electrónica.
- ▲ La firma electrónica del profesional prescriptor se entenderá autenticada cuando la receta sea generada y transmitida electrónicamente conforme a lo establecido en las distintas normas federales y estatales.
- ▲ Nombre del medicamento con su forma, dosis, potencia y cantidad.
- ▲ Indicaciones de uso para el beneficiario.

En el transcurso de la cumplimentación de una receta electrónica o de la verificación de la cumplimentación de una receta electrónica ha intervenido en el proceso de prescripción un técnico de farmacia, un interno de farmacia o un interno de técnico de farmacia, el dispositivo que recibe y procesa la receta electrónica también autenticará la identidad de asumiendo el farmacéutico la responsabilidad de tal dispensación.

Intercambio de medicamento bioequivalente

Para recetas generadas y transmitidas electrónicamente, el consentimiento del paciente para el intercambio se documentará en el registro de farmacia del paciente y se renunciará a la firma del paciente.

j. Consideraciones Especiales para Farmacias LTC y Farmacias Especializadas

Farmacias Especializadas:

Requisitos de documentación para farmacias especializadas necesarios para satisfacer la auditoría que pueden incluir algunos o todos los siguientes:

- ▲ Copias de recetas médicas, ya sean recetas médicas originales o imágenes electrónicas escaneadas.
 - Independientemente del tipo de copia, es importante que la copia de la receta sea legible y contenga toda la documentación pertinente sobre la receta. Para las copias electrónicas, la documentación para la receta puede ser en notas de transacciones electrónicas con sello de fecha y hora. Es importante que se proporcione toda la información necesaria relacionada con la dispensación de la receta.



- ▲ Comprobante de recogida o entrega de la receta:
 - Sello electrónico de fecha y hora en el sistema de software de farmacia de la receta vendida
 - Firma electrónica y/o firma en papel
- ▲ Notas de progreso del médico
- ▲ Documentación adicional
 - Documentación electrónica de la dispensación de la orden de prescripción con sello de fecha y hora de cuando se produjo la documentación.
 - Documentación escrita de la dispensación de la orden de prescripción fechada en el momento en que se produjo la documentación.

Farmacias LTC:

Abarca Health utiliza el Joint Report: Model Rules for Long-term-care (LTC) Pharmacy Practice publicado por el National Association of Boards of Pharmacy y el American Society of Consultant Pharmacists para determinar los tipos de documentos que validarán las reclamaciones. Algunos de los documentos sujetos a revisión son:

- ▲ Recetas Originales o Recetas Electrónicas con todos los elementos requeridos por la Ley de Farmacia de Puerto Rico.
- ▲ Documentación o combinación de documentación que muestre todos los elementos de la prescripción y corrobore claramente que la receta provino de un prescriptor válido.
- ▲ Las notas de progreso del médico se aceptarán como una receta si se incluyen todos los elementos requeridos. Por ejemplo, el nombre del beneficiario, la fecha escrita o la fecha del servicio, el nombre del medicamento, la potencia y la forma de dosificación del medicamento recetado, las instrucciones de uso, la cantidad recetada, la cantidad de resurtidos, el DEA o NPI del médico que receta y la firma del médico que receta.

k. Despachos Parciales

Abarca Health se basará en las quejas y/o quejas de los beneficiarios del plan y en la confirmación del servicio de los beneficiarios del plan en el punto de venta para identificar casos de surtidos parciales que bien podrían representar casos de fraude relacionados con la escasez de medicamentos recetados.

Un despacho parcial ocurre cuando una farmacia proporciona a un beneficiario una cantidad inferior a la recetada para un medicamento, independientemente de si se factura o no al beneficiario por la receta y sin importar el monto que la farmacia facture al beneficiario (si corresponde).

Prescription Drug Shorting es cuando una farmacia proporciona a un beneficiario una cantidad inferior a la prescrita para un medicamento, pero le factura al beneficiario la cantidad total prescrita sin hacer ningún arreglo para proporcionarle al beneficiario el resto de la receta. Si la farmacia no proporciona el surtido del resto de la receta y no revierte la reclamación, esto puede ser un indicador de un posible caso de fraude, despilfarro y abuso.



Para los casos identificados de escasez de medicamentos recetados, **Abarca Health** revertirá el reclamo de farmacia en su sistema de procesamiento y adjudicación de reclamos y recuperará la cantidad pagada.

I. Guías de Facturación

Cantidad y días de suplido:

- ▲ Las farmacias deben procesar las reclamaciones con la cantidad correcta de medicamento según las instrucciones del médico.
- ▲ Si una farmacia recibe un rechazo de “Días de suministro excede las limitaciones del plan”, la cantidad del medicamento debe volver a calcularse de acuerdo con los días de suministro indicados en el rechazo. El reclamo debe presentarse nuevamente con el nuevo cálculo de cantidad de medicamento y días de suministro.
- ▲ Si una farmacia recibe un rechazo de “Días de suministro excede las limitaciones del plan” por un paquete irrompible, la farmacia debe dispensar la presentación del paquete más pequeño para el mismo medicamento disponible en el mercado más cercano a los días de suministro solicitados.
- ▲ Si la farmacia recibe un rechazo de “Días de suministro excede las limitaciones del plan” y el tamaño del paquete no se reduce, el medicamento sobrefacturado se ajustará en una auditoría.

Dispense as Written (DAW):

Las farmacias deben procesar las reclamaciones con el código DAW apropiado que representa la razón por la que se selecciona una presentación de medicamento en particular. El código DAW determinará las cantidades pagadas.

Código DAW	Descripción
0	No product Selection indicated
1	Substitution Not Allowed by Prescriber
2	Substitution Allowed - Patient Requested Product Dispensed
3	Substitution Allowed - Pharmacist Selected Product Dispensed
4	Substitution Allowed - Generic Drug Not in Stock
5	Substitution Allowed - Brand Drug Dispensed as Generic
6	Override, used to indicate MAC Pricing applies
7	Substitution Not Allowed - Brand Drug Mandated by Law
8	Substitution Allowed - Generic Drug Not Available in the Marketplace
9	Other

Cálculos de Cremas, Ungüentos, Lociones y Gel

La siguiente tabla sirve como guía para calcular cantidades y días de suministro de medicamentos en estas formulaciones.



- ▲ Los cálculos se basan en un (1) gramo por aplicación. Ver tabla:

Presentación de Paquete	Aplicaciones por día					
	1	2	3	4	5	6
15 G	15	8	5	4	3	3
22.5 G	22	11	8	6	5	4
30 G	30	15	10	8	6	5
45 G	45	23	15	11	9	8
60 G	60	30	20	15	12	10
100 G	100	50	33	25	20	17

- ▲ Si una farmacia recibe un rechazo de “Días de suministro excede las limitaciones del plan” por un paquete irrompible, la farmacia debe despachar la presentación de paquete más pequeña para el mismo medicamento disponible en el mercado más cercano al suministro de días solicitado.
- ▲ Si la farmacia recibe un rechazo de “Días de suministro excede las limitaciones del plan” y el tamaño del paquete no se reduce, el medicamento sobrefacturado se ajustará en una auditoría.
- ▲ Para el paquete de fabricante más pequeño disponible, la farmacia debe enviar los suministros del día correcto según las indicaciones de uso del médico que receta.

Gotas Ópticas y Oftálmicas

- ▲ **Abarca Health** utiliza veinte (20) gotas por mililitro como medida para calcular el suministro diario de gotas ópticas y oftálmicas.
- ▲ Tabla de gotas óticas y oftalmológicas basada en veinte (20) gotas por mililitros:

Presentación de Paquete	Gotas por día											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
2.5ML	50	25	17	13	10	8	7	6	6	5	5	4
5	100	50	33	25	20	20	14	13	11	10	9	8
7.5	150	75	50	38	30	25	21	19	17	15	14	13
10	200	100	67	50	40	33	29	25	22	20	18	17
15	300	150	100	75	60	50	43	38	33	30	28	25
30	600	300	200	150	120	100	86	75	67	60	55	50

- ▲ Si una farmacia recibe un rechazo de “Días de suministro excede las limitaciones del plan” por un paquete irrompible, la farmacia debe dispensar la presentación del



- paquete más pequeño para el mismo medicamento disponible en el mercado más cercano a los días de suministro solicitados.
- ▲ Si la farmacia recibe un rechazo de “Días de suministro excede las limitaciones del plan” y el tamaño del paquete no se reduce, el medicamento sobrefacturado se ajustará en una auditoría.
 - ▲ Para el paquete de fabricante disponible más pequeño, la farmacia debe enviar los suministros para los días correctos según las indicaciones de uso del médico que receta.

Paquete Irrompible

- ▲ Para todos aquellos paquetes irrompibles se debe exigir el suministro de días exactos según las indicaciones del médico.

Códigos de Origen de Recetas:

- ▲ Las farmacias deben utilizar un código de origen de receta válido al procesar una receta escrita, electrónica, por fax, oral (teléfono).

Descripción	Código de Origen de Receta
Written	1 - Written
Text, Oral	2 - Telephone
Electronic	3 - Electronic
Email, Fax	4 - Fax

La receta recibida por teléfono o mensaje de texto debe ser enviada por el prescriptor y NO por el paciente.

Identificación del Prescriptor:

Abarca Health requiere un NPI de prescriptor individual activo y válido en todos los reclamos presentados para el pago.

Manejo de *Refill Too Soon (RTS)* durante una emergencia:

Por lo general, durante una declaración de emergencia, las agencias federales y estatales (es decir) requieren relajar algunas ediciones del sistema en el punto de venta para garantizar el acceso de los pacientes a los medicamentos recetados requeridos. Para garantizar este acceso, la mayoría de nuestros clientes cambian la configuración del sistema en el TPV de un hard rejection a un soft rejection.

En caso de que un paciente solicite una repetición antes de tiempo, el sistema emitirá un rechazo (79-Refill too soon) que se puede anular con los códigos que se muestran en el mensaje.



Mensaje de Rechazo	Pasos a Seguir
<p><i>Refill too Soon. Pharmacist, please validate with the member reason for an early refill. Submit appropriate PAC code 99999 to override claim. If needed, call 1-855-831-3593 for more information.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prior Auth Type Code: Add “1” • Prior Auth ID: Add PAC code “99999”

Antes de volver a enviar el reclamo con los códigos de anulación, tenga en cuenta lo siguiente:

- ▲ Dentro del historial de reclamos del paciente, verificar la fecha de servicio del reclamo anterior y el monto dispensado anteriormente. Si el reclamo anterior no estaba en su farmacia, verifique esta información con el paciente.
- ▲ are required to take appropriate actions and help prevent improper billings.
- ▲ Valide el motivo por el cual el paciente intenta solicitar una recarga anticipada. Existen circunstancias legítimas para proporcionar este resurtido anticipado, como un aumento de dosis o un viaje del paciente. Conserve los documentos de respaldo de anulación adjuntos a la receta.
- ▲ El farmacéutico puede anular el rechazo RTS con el código PAC 99999.
- ▲ El campo de identificación de autorización previa debe enviarse en blanco si no se agrega un valor válido a la reclamación. El envío de valores de Id. de autorización previa incorrectos provocará rechazos de EV: Missing/Invalid PriorAuthorizationNumberSubmitted.
- ▲ Sin embargo, en los casos en que el cliente solicite eliminar las ediciones en el punto de venta y no implementar códigos de anulación para reclamos RTS. Por lo tanto, las farmacias están obligadas a tomar las medidas adecuadas y ayudar a prevenir la facturación incorrecta.

m. Procesos de Auditorías

- ▲ Para las Auditorías en Sitio, las farmacias a ser auditadas serán notificadas por correo certificado con acuse de recibo, correo electrónico o vía fax con treinta (30) días calendario de anticipación. La farmacia también recibirá por fax o correo electrónico una lista de números de recetas y fechas de servicio.
- ▲ El día de la auditoría, el auditor primero se reúne con el dueño de la farmacia auditada o el farmacéutico a cargo, para indicar el propósito, alcance y proceso de la auditoría en sitio. o Revisión de Credenciales de Farmacias: El proceso de acreditación se lleva a cabo mediante la verificación de la existencia y vigencia de las licencias requeridas para operar un establecimiento de farmacia de acuerdo con las diferentes reglamentaciones estatales y federales.
- ▲ Para las Auditorías de Escritorio, la farmacia recibirá vía correo electrónico o vía fax, una carta con el listado de reclamaciones a auditar y deberá presentar la documentación requerida dentro de los quince (15) días hábiles.
- ▲ Durante la revisión diaria de reclamos, una vez que se identifica un reclamo con un posible error, un auditor de **Abarca Health** se comunicará con la farmacia.



- ▲ Como parte del proceso de auditoría, se pueden solicitar recetas, notas médicas o documentos adicionales.
- ▲ La Farmacia tendrá un plazo de tres (3) días para presentar la documentación comprobatoria.

Información de Contacto:

- ▲ E-mail: PharmacyAudit@AbarcaHealth.com
- ▲ Fax: 787-777-1373
- ▲ Dirección: Abarca Health Pharmacy Integrity Division
Suite 701, 650 Ave. Muñoz Rivera
San Juan, PR 00918-4115

n. Lista de Discrepancia

Las auditorías que no revelan discrepancias:

- ▲ Se envía una carta a la farmacia dentro de los treinta (30) días calendario posteriores a la finalización de la auditoría in situ que indica que la auditoría se completó con éxito con resultados satisfactorios.

Audits that reveal discrepancies:

- ▲ Se envía una carta a la farmacia dentro de los treinta (30) días calendario posteriores a la finalización de la auditoría in situ. Dicha notificación incluye detalles sobre las recetas o reclamos y las discrepancias encontradas:
 - Número de receta
 - Fecha de servicio
 - Descripción del medicamento
 - Identificación del titular de la tarjeta
 - Número de referencia de reclamo (ID de reclamo de AP)
 - Número de control interno (ICN)
 - Plan pago
 - Hallazgo

La carta establece el derecho de la farmacia a apelar cualquiera de los hallazgos revelados por la auditoría dentro de un período de treinta (30) días calendario a partir de la fecha de recibo del acuse de recibo.

Las farmacias deberán enviar cualquier documentación de apelación por fax, correo electrónico y/o correo postal junto con la evidencia que respalde su reclamo.

Contact Information:

- ▲ E-mail: PharmacyAudit@AbarcaHealth.com
- ▲ Fax: 787-777-1373
- ▲ Dirección: Abarca Health Pharmacy Integrity Division
Suite 701, 650 Ave. Muñoz Rivera
San Juan, PR 00918-4115

Si la farmacia presenta evidencia que demuestra que los hallazgos de la auditoría no son válidos, **Abarca Health** notificará a la farmacia por escrito que la evidencia presentada en su nombre no era válida.



o. Resolución y Resultados de Auditoría

- ▲ Aceptado - la auditoría está cerrada. Se enviará una notificación dentro de los treinta (30) días calendario.
- ▲ Aceptado o rechazado parcialmente - la notificación deberá ser enviada dentro de los treinta (30) días calendario. Esta carta contendrá información educativa que ayudará a las farmacias y su personal a evitar incurrir en tales prácticas en el futuro.
 - Condiciones
 - Criterios
 - Causa
 - Efecto
 - Recomendaciones
- ▲ Si después de treinta (30) días calendario la División de Integridad de Farmacia no recibe evidencia de la farmacia que demuestre que los hallazgos de la auditoría no son válidos, el auditor procederá a:
 - Enviar una carta a la farmacia notificándole que los hallazgos son definitivos y que se procesará un proceso de ajuste de auditoría.
- ▲ Si la farmacia solicita una prórroga para presentar evidencia de hallazgos, se podrá conceder un plazo de prórroga de cinco (5) días hábiles, luego de recibida la solicitud de la farmacia.
- ▲ Después de cerrar una auditoría, los detalles de los reclamos con discrepancias deben enviarse dentro de los cinco (5) días hábiles al Departamento de Sistemas de Información y al Desarrollador de Software encargado de atender las solicitudes presentadas por la División de Integridad Farmacéutica, información relacionada con las discrepancias para que se realicen ajustes en el sistema de procesamiento y adjudicación de reclamos respecto de las recetas encontradas que no fueron refutadas con prueba acreditativa de la farmacia.

Programas de Evaluación y Estrategia de Mitigación de Riesgos (REMS)

Los requisitos para los farmacéuticos variarán un poco para cada REMS y pueden variar según el entorno (por ejemplo, farmacia minorista o farmacia para pacientes hospitalizados). Para algunos REMS, los farmacéuticos y otros dispensadores recibirán comunicaciones REMS de los fabricantes.

REMS también puede requerir que las farmacias u otros entornos de atención médica obtengan la certificación para dispensar el medicamento REMS. La certificación generalmente requiere que la farmacia o el centro de atención médica identifique a un representante autorizado para completar el proceso de certificación. Por lo general, el representante autorizado inscribe la farmacia o el entorno, completa la capacitación requerida, se asegura de que se sigan las políticas y los procedimientos establecidos para implementar los requisitos de REMS y se asegura de que el personal esté capacitado y cumpla con los requisitos de REMS.



Los detalles sobre cada REMS, incluidas las funciones de las farmacias y los entornos de atención médica, se pueden encontrar en REMS@FDA, en la etiqueta del producto o en los sitios web específicos de REMS.

La farmacia debe implementar un proceso que incluya verificar que el prescriptor de un medicamento REMS esté certificado, que los pacientes estén inscritos y que se hayan llevado a cabo pruebas de laboratorio u otras condiciones seguras de uso antes de dispensar el medicamento.

Éditos Clínicos

Nuestro sistema de adjudicación y procesamiento incluye una serie de éditos clínicos de acuerdo con el manejo de utilización de medicamentos. Estos éditos ayudan a las farmacias a brindar servicios seguros y adecuados a los beneficiarios. Algunos de éstos éditos son:

- ▲ Duplicate Therapy
- ▲ Duplicate Ingredient
- ▲ High-Dose
- ▲ Low Dose
- ▲ Cumulative Dosing Logic
- ▲ Day's Supply Limit based on previous utilization
- ▲ Drug-to-Disease
- ▲ Drug-to-Gender
- ▲ Drug-to-Age
- ▲ Drug Allergy
- ▲ Drug-to-Drug Interaction
- ▲ Refill too Soon

“E-Prescribing” y Pre-Autorizaciones Electrónicas (ePA)

E-Prescribing: Trámite electrónico del proceso de la receta. Es la transmisión de una receta directamente a una entidad dispensadora, el acceso a la información de beneficios de recetas de un paciente y el historial a través de sistemas de comunicación electrónica. La farmacia debe cumplir con todos los requisitos establecidos por CMS para la transmisión y procesamiento de recetas electrónicas.

Las **pre-autorizaciones electrónicas (ePA)** de **Abarca Health** es una herramienta que los prescriptores pueden usar para iniciar y completar solicitudes de autorización previa (PA) electrónicamente, en tiempo real y en el punto de atención.

El servicio de ePA brinda a los prescriptores la capacidad de iniciar una PA prospectivamente dentro de la historia clínica electrónica (EMR) o la historia clínica electrónica (EHR) de un miembro, como alternativa, a través del portal basado en la web de Surescripts, así como acceder de forma segura a la información específica del paciente mediante ePrescription, que ayuda a



reducir las interrupciones y mejorar la calidad clínica, la seguridad y brindar una mejor atención a los miembros. Algunos de los beneficios de ePA son los siguientes:

- ▲ Mejorar formulario de adherencia.
- ▲ Reducir el abandono de la receta;
- ▲ Información completa y precisa.

El programa ePA de **Abarca Health** interactúa con Surescripts, un proveedor de conectividad, para brindar este servicio a los prescriptores de los clientes contratados. El proveedor proporciona la habilitación de *back-end* para el intercambio electrónico de la elegibilidad del paciente, la cobertura de beneficios específica del paciente y la información de recetas entre el prescriptor y **Abarca Health**.

Política de Emergencias

Una emergencia se define como un desastre mayor declarado por el Presidente de los Estados Unidos; una emergencia o desastre declarado por un Gobernador estatal, incluido el Gobernador de Puerto Rico; o una emergencia de salud pública declarada por el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos o por el Secretario del Departamento de Salud de Puerto Rico. Una declaración de emergencia terminará cuando ya no exista o al vencimiento del período de 90 días a partir de la declaración inicial de emergencia, lo que ocurra primero.

Para cumplir con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), se eliminarán las barreras que impidan o limiten el acceso a la atención en situaciones de emergencia.

En caso de declaración de emergencia, se aplicarán los siguientes procedimientos:

- ▲ **Abarca Health** notificará a las farmacias de la red que estamos implementando nuestro plan de emergencia.
- ▲ **Abarca Health** tomará las siguientes medidas con respecto al procesamiento de reclamos y ediciones de adjudicación que se aplican a los planes de Medicare:
 - Levante las ediciones de "rellenar demasiado pronto".
 - Permitir que los afiliados afectados que residen en áreas de emergencia obtengan el suministro máximo de día extendido, si lo solicitan y están disponibles en el momento de la recarga.
 - Permitir que los afiliados tengan acceso adecuado a los medicamentos cubiertos de la Parte D despachados en farmacias fuera de la red cuando no se pueda esperar razonablemente que esos afiliados obtengan medicamentos cubiertos de la Parte D en una farmacia de la red de la Compañía y cuando dicho acceso no sea de rutina.
 - Levante, renuncie y/o elimine otras ediciones de acuerdo con las políticas de emergencia de los clientes.
- ▲ **Abarca Health** continuará eliminando las ediciones anteriores y adjudicará las reclamaciones en consecuencia hasta la finalización de la emergencia. Los siguientes factores se considerarán al decidir si una emergencia ha terminado o no:



- En caso de emergencia de salud pública, se extingue cuando ya no existe o cuando vence el plazo de 90 días contados a partir de la declaración inicial, lo que ocurra primero.
- Para desastres o emergencias mayores, la Compañía debe prestar especial atención a la finalización de los períodos de incidentes de desastres o emergencias que figuran en el sitio web de FEMA (<http://www.fema.gov/news/disasters.fema>).
- • Una vez que finaliza una declaración de emergencia, **Abarca Health** notificará a las farmacias de la red que estamos regresando a los procedimientos comerciales normales.

En ausencia de un desastre mayor, una emergencia o una declaración de emergencia de salud pública, la Compañía y sus clientes pueden considerar levantar las ediciones, por ejemplo, antes de un desastre inminente, si determinan que es apropiado hacerlo para garantizar una adecuada nivel de acceso a la farmacia.

a. **Procesamiento de reclamaciones durante una emergencia**

Nuestro sistema de procesamiento de reclamos es completamente funcional y está disponible incluso durante las limitaciones de electricidad, internet y teléfono que puedan ocurrir en Puerto Rico. Si en algún momento tiene dificultades para procesar reclamos en el punto de servicio, a continuación, se presentan algunas opciones a seguir para procesar y dispensar reclamos para miembros con un beneficio de farmacia:

- ▲ **Opción A.** Llamar a nuestro Pharmacy Help Center at 1-866-993-7422 y validar la elegibilidad del paciente y si el medicamento está cubierto (si no tiene esta información disponible por otros medios). Una vez que se haya completado esta validación, recopile manualmente cierta información del paciente. Para facilitar este proceso, incluimos en esta comunicación una hoja con la información básica que debe recopilar. Una vez que tu sistema de farmacia esté operando, presenta el reclamo a **Abarca Health** para que sea procesado y pagado (recuerda que tienes un plazo de hasta 90 días). Este método es mucho más rápido que la Opción B y requiere menos trámites administrativos.
- ▲ **Opción B.** La farmacia puede llenar una forma universal de reclamación (*Universal Claim Form*) y enviarlo vía fax al número: 1-787-777-1372. Para obtener información sobre cómo obtener el formulario "UCF", visite NCPDP en el siguiente enlace <https://www.ncdp.org/Universal-Claim-Forms>. **Esto solo aplica para casos de emergencia (eventos prolongados sin electricidad y/o internet) donde la farmacia no puede procesar los medicamentos.**
- ▲ **Opción C.** Si no puede realizar ninguna de las opciones presentadas anteriormente, realice los siguientes pasos:
 - Dispensar una cantidad no mayor a 30 días de suplido.
 - Documentar en la receta, "Despachado por Urgencia" o una vez disponible el sistema de su farmacia, tramitar el reclamo electrónicamente.



b. Fax Numbers

En caso de una emergencia, se activarán ciertas ediciones denominadas "ediciones de emergencia"; por lo tanto, la necesidad de enviar faxes se reducirá al mínimo. No obstante, le recordamos los números de fax disponibles:

Cliente	Fax
Commercial (FM, Triple-S Commercial, Lilly, Evertec, PSM)	1-888-437-6541
Medicare	1-855-710-6727
ASES First Medical	1-866-728-7360
ASES MMM	1-866-349-0514
ASES Plan de Salud Menonita	1-866-728-0682
ASES Triple S	1-866-856-1847

c. Rechazos en el Punto de Venta

Para evitar retrasos o problemas en el acceso a los medicamentos en caso de emergencia, la mayoría de los rechazos en el punto de venta serán deshabilitados temporalmente. Los rechazos inhabilitados pueden variar según el cliente y la gravedad de la emergencia; sin embargo, algunos ejemplos de estos son: "Refill Too Soon", "Prior Authorizations", "Step Therapy", "Quantity Limits", "High-Cost Threshold", "Out of Network", "Prescriber Specialty", and "DAW".

En el caso de que el édito "Refill Too Soon" esté deshabilitada en el punto de servicio, es importante que considere lo siguiente antes de dispensar un medicamento:

- ▲ Verify the patient's claim history to determine the service date of the previous claim and the amount previously dispensed. If the previous claim was not dispensed in your pharmacy, then please verify the information with the patient.
- ▲ Verify with the patient the reason for which he or she wishes to take the refill ahead of time.
- ▲ Document the intervention somewhere that can be readily available as evidence and use your clinical judgment to determine if the refill was clinically appropriate.
- ▲ Take into consideration that claims flagged as "Refill Too Soon" will be monitored and may be audited.

Referencias Adicionales

Puede encontrar información adicional sobre los temas mencionados anteriormente en este documento en la página web de **Abarca Health**: (<http://www.abarcahealth.com>). La información sobre capacitación en fraude, desperdicio y abuso, así como formularios de autorización previa, listas de medicamentos, formularios de autorización previa, procesos de quejas y apelaciones, etc., se puede encontrar en el Portal de Proveedores.

También se puede encontrar una versión electrónica de este manual en el Portal de Proveedores de **Abarca Health**: <https://providers.abarcahealth.com/>.



Para conocer las pautas y los recursos gubernamentales específicos para el cumplimiento y los temas de FWA, consulte:

- ▲ Prescription Drug Benefit Manual, Chapter 9: Part D Program to Control Fraud, Waste and Abuse, accessible at: <http://www.cms.gov/Medicare/Prescription-Drug-Coverage/PrescriptionDrugCovContra/Downloads/Chapter9.pdf>
- ▲ Puerto Rico Pharmacy Act, Law #247 from September 3, 2004. Accessible at: <http://www.oslpr.org/LeyesPopUpEn.asp?year=2004>
- ▲ Administrative Regulation known as “Reglamento del Secretario de Salud #142 Para Reglamentar la Operación de los Establecimientos Dedicados a la Manufactura, Distribución y Dispensación de Medicamentos” from August 3, 2010. Accessible at: <http://www.salud.gov.pr/Publicaciones/Reglamentos/Pages/NuevoReglamentodeFarmacia.aspx>
- ▲ Stop Medicare Fraud: <http://www.stopmedicarefraud.gov>
- ▲ Office of Diversion Control. Drug Enforcement Administration resources for pharmacies accessible at: <http://www.dea diversion.usdoj.gov/>
- ▲ General Services Administration (GSA) database of excluded individuals/ entities: <https://www.epls.gov/>
- ▲ Office of the Inspector General Exclusion Program and Online Searchable database: <http://oig.hhs.gov/exclusions/index.asp>



Instructions For Completing NCPDP Universal Claim Form (UCF)

Field No.	Field Name	Entry	Description
N/A	I.D.	Required	Enter the recipient's 13 digit Medicaid ID.
N/A	GROUP I.D.	Not required	
N/A	NAME	Not required	
N/A	PLAN NAME	Not required	
N/A	PATIENT NAME	Required	Enter the Recipient's full name: First, Last.
Field 1	OTHER COVERAGE CODE	Not required	Complete 'OTHER COVERAGE CODE' using the values noted below: 0 = Not specified 1 = No other coverage identified 2 = Other coverage exists – payment collected 3 = Other coverage exists – this claim not covered 4 = Other coverage exists – payment not collected 5 = Managed care plan denial 6 = Other coverage denied – not a participating provider 7 = Other coverage exists – not in effect at time of service 8 = Claim is billing for a co-pay
Field 2	PERSON CODE	Not required	The code assigned to a specific person within a family must be entered in this field.
N/A	PATIENT DATE OF BIRTH	Not required	Enter the Recipient's Date of Birth in MM/DD/CCYY format.
Field 3	PATIENT GENDER	Not required	Complete using the values noted below: 0 = Not specified 1 = Male 2 = Female
Field 4	PATIENT RELATIONSHIP CODE	Required	Must be completed using a value of '1', identifying a cardholder.
N/A	PHARMACY NAME	Not required	Enter the pharmacy name.
N/A	ADDRESS	Not required	Enter the Address of the pharmacy.
N/A	SERVICE PROVIDER ID	Required	Enter the 7-digit Medicaid Provider ID
Field 5	SERVICE PROVIDER ID QUALIFIER	Required	Must be completed using a value of '05' identifying Medicaid.
N/A	CITY	Not required	Enter the City name for the address of the Pharmacy
N/A	PHONE NO.	Not required	Enter the phone number for the Pharmacy: (999) 999-9999.
N/A	STATE & ZIP CODE	Not required	Enter the State code and Zip Code of the address of the Pharmacy.
N/A	FAX NO.	Not required	

Workers
Comp.



N/A	ADDRESS	Not required	Employer Address
N/A	CITY	Not required	Employer City
N/A	STATE	Not required	Employer State
N/A	ZIP CODE	Not required	Employer Zip Code

<u>Field No.</u>	<u>Field Name</u>	<u>Entry</u>	<u>Description</u>
Field 6	CARRIER ID	Not required	Employer Carrier ID
N/A	EMPLOYER PHONE NO	Not required	Employer Phone Number
N/A	DATE OF INJURY	Not required	Workers Comp. Date of Injury
Field 7	CLAIM/REFERENCE ID	Not required	Workers Comp Claim/Reference ID

SECTION 1 FIRST CLAIM

N/A	PRESCRIPTION/SERVICE REFERENCE #	Required	Enter the prescription number
Field 8	QUAL.	Required	Must be completed using a value of '1' identifying an Rx billing.
N/A	DATE WRITTEN	Required	Enter the date the prescription was written by the prescriber in MMDDCCYY format.
N/A	DATE OF SERVICE	Required	Enter the date the prescription was filled in MMDDCCYY format.
N/A	FILL #	Required	Enter 0 if new prescription; 1 for first refill, 2 for second refill, etc.
Field 9	QTY DISPENSED	Required	Quantity dispensed expressed in metric decimal units (<i>shaded areas for decimal values</i>).
N/A	DAYS SUPPLY	Required	Enter the Days Supply.
N/A	PRODUCT/SERVICE ID	Required	Enter the NDC for the drug filled
Field 10	QUAL.	Required	Must be completed using a value of '03' identifying National Drug Code (NDC).
N/A	DAW CODE	Required, if applicable	Enter valid Dispense as Written (DAW) code: 0 = No Product Selection Indicated 1 = Substitution Not Allowed by Prescriber 2 = Substitution Allowed - Patient Requested Product Dispensed 3 = Substitution Allowed - Pharmacist Selected Product Dispensed 4 = Substitution Allowed - Generic Drug Not in Stock 5 = Substitution Allowed - Brand Drug Dispensed as a Generic 6 = Override, used to indicate MAC pricing applies. 7 = Substitution Not Allowed - Brand Drug Mandated by Law 8 = Substitution Allowed - Generic Drug Not Available in Marketplace 9 = Other
N/A	PRIOR AUTH # SUBMITTED		



<u>Field No.</u>	<u>Field Name</u>	<u>Entry</u>	<u>Description</u>
Field 11	PA TYPE	Not required	<p>Prior Authorization Type code must be completed using the following values noted below:</p> <p>0 = Not specified 1 = Prior Authorization 2 = Medical Certification 3 = EPSDT (Early Periodic Screening Diagnosis Treatment) 4 = Exemption from co-pay 5 = indicates exemption from service limits* 6 = indicates family planning drugs* 7 = Temporary Assistance for Needy Families (TANF) 8 = indicates co-pay exemption due to pregnancy*</p>
N/A	PRESCRIBER ID	Required	Enter the 7-digit Medicaid prescriber provider number.
Field 12	QUAL.	Required	Must be completed using a value of '05' indicating Medicaid.
Field 13	DUR/PROFESSIONAL SERVICE CODES	Required, if applicable	<p>Reason for Service, Professional Service Code and Result of Service Codes. For values refer to current NCPDP data dictionary.</p> <p>Block 1 (Reason for Service) Block 2 (Professional Service) Block 3 (Result of Service)</p> <p>Examples: Block 1 – ER (Early Refill) Block 2 – M0 (Prescriber Consulted) Block 3 – 1G (Filled, with prescriber approval)</p>
Field 14	BASIS OF COST DETERMINATION	Not required	
N/A	PROVIDER ID	Not required	
Field 15	PROVIDER ID QUALIFIER	Not required	
N/A	DIAGNOSIS CODE	Required, if applicable	May be required for payment of specific drugs. See the POS Users' Manual for situations where Diagnosis Code is required.
Field 16	DIAGNOSIS CODE QUALIFIER	Required, if applicable	Must be completed using a value of '01', identifying an International Classification of Diseases (ICD9) code.
N/A	OTHER PAYER DATE	Required if TPL is reported.	Date other payer made payment on the pharmacy service.
N/A	OTHER PAYER ID	Required if TPL is reported.	Enter the Louisiana Medicaid Carrier ID
Field 17	QUAL.	Required	Must be completed using a value of '99', identifying 'Other' for a Medicaid Carrier ID.
N/A	OTHER PAYER REJECT CODES		



Field No.	Field Name	Entry	Description
N/A	USUAL & CUST. CHARGE	Required	Enter the billed charges for the claim (Usual and Customary Charge).
N/A	INGREDIENT COST SUBMITTED	Not required	
N/A	DISPENSING FEE SUBMITTED	Not required	Standard Medicaid payable dispensing fee will be used to calculate payment.
N/A	INCENTIVE AMOUNT SUBMITTED	Not required	
N/A	OTHER AMOUNT SUBMITTED	Not required	
N/A	SALES TAX SUBMITTED	Not required	
N/A	GROSS AMOUNT DUE SUBMITTED	Not required	Claim will be paid using Usual and Customary Charge
N/A	PATIENT PAID AMOUNT	Not required	Enter the amount of co-payment collected from the Recipient.
N/A	OTHER PAYER AMOUNT PAID	Required, if TPL amount was received.	Enter the amount paid by the Other Payer.
N/A	NET AMOUNT DUE	Not required	
SECTION 2	SECOND CLAIM		Complete this section same as above when second prescription is billed for the same Recipient.
N/A	PATIENT/AUTHORIZED REPRESENTATIVE	Required	Signature of patient or authorized representative required.

IF YOU HAVE ANY QUESTIONS CONCERNING THE PROCESS TO COMPLETE THE NCPDP UNIVERSAL CLAIM FORM (UCF), PLEASE CONTACT THE PHARMACY BENEFITS MANAGEMENT DEPARTMENT AT UNISYS OR CALL 800-648-0790 or (225) 237-3381.



Anejo II: Pharmacy Provider Complaint Form



A B ▲ R C A

Pharmacy Provider Complaint Form

Pharmacy Information	
Pharmacy Name: _____	NPI: _____
Phone Number: _____	NABP: _____
Contact Person: _____	Date: ____/____/____

Please select one or more of the following reasons for the complaint you want to file. We encourage you to provide any relevant circumstances related to the situation giving rise to your complaint in the "Explanation" section below. You may use additional space if necessary. When filing your complaint, please attach to this form any additional details or relevant documents.

I (Pharmacy) am filing this complaint because of:

- Status or change in status within the network
- Competency or conduct
- Amount paid
- Outcome of a Drug Price Appeal Request
- Audit adjustment
- System, operational, or service problems
- Distribution channel contractual issues
- Denied claim

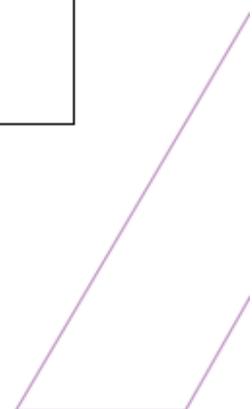
Explanation:

For Abarca Health's internal use only

Please send completed form via certified mail to:

Abarca Health
 Attention: Network Strategy Team
 650 Muñoz Rivera Ave, Suite 701
 San Juan, PR 00918

www.abarcahealth.com





Anejo III: Signatures LOG



Signature’s LOG

Provider – At the moment of dispensing the prescription medication, please ask for the patient, guardian, or representative’s signature.

Patient – Your signature certifies that the information stated here is accurate and correct, and that the person for whom the prescription was written is eligible to receive the corresponding benefits. Thereby, you are certifying that you received the medications described below, and you are authorizing the sharing of the contents of this log to who may correspond (Plan administration, insurance company, policy owner, and/or authorized agents). You are also certifying that the dispensed medication is not for the treatment of a work-related accident, and do not authorize any payment related to this condition.

Date/ Prescription Number/ Pharmaceutical’s Signature	ID Number	Accept Orientation?	Patient, Guardian, or Representative’s Signature
		Yes _____ No _____	
		Yes _____ No _____	
		Yes _____ No _____	
		Yes _____ No _____	
		Yes _____ No _____	
		Yes _____ No _____	

I hereby certify that **Abarca Health’s** beneficiary’s prescriptions, whose signatures appear here, were dispensed, and processed correctly, complying with laws and regulations established by Regulatory Agencies. The prescriptions all follow the requirements and agreements stated within **Abarca Health’s** contract. I certify that each transaction is legal, and that all documentation is available for future audit processes.

Provider Name	Address	NPI



Anejo IV: ASES Dispute Resolution Process for Denied Claims and Other Disputes

DISPUTE RESOLUTION PROCESS DENIED CLAIMS





DISPUTE RESOLUTION PROCESS OTHER DISPUTES

