



Aspire Health Plan (HMO)
P.O. Box 5490
Salem, OR 97304

MedicareRx
Prescription Drug Coverage X

<FECHA>

<NOMBRE DEL MIEMBRO>
<DIRECCIÓN>
<CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL>

Estimado <NOMBRE DEL MIEMBRO>:

El propósito de esta carta es informarle de que Aspire Health Plan le ha provisto un suministro [*Insert one*<temporal><limitado>] de las siguientes recetas: **<PRODUCT DESCRIPTION>**.

<Este/Estos> medicamento(s) no <está/están> incluidos en nuestra lista de medicamentos cubiertos (llamada formulario) ni se incluyen en el mismo, sino que están sujetos a ciertos límites según se describe con mayor detalle más adelante. Nuestros registros indican que usted es un [*Insert one*<nuevo inscrito> o <inscrito actual>]afectado por los cambios al formulario implementados este año por Aspire Health Plan y que usted está dentro de sus primero 90 días de cobertura para este año del plan.[*Insert for members who do not reside in an LTC facility*: Por consiguiente, como paciente ambulatorio, se requiere que Aspire Health Plan provea un máximo de [*insert supply limit (must be at least a 30-day supply)*]] de medicamento. Si su receta se ha redactado para menos días, permitiremos múltiples repeticiones de surtido para proporcionarle hasta un máximo de [*insert supply limit (must be at least a 30-day supply)*] del medicamento. [*Insert for members who reside in a LTC facility*: Por consiguiente, para un residente de una clínica de cuidado a largo plazo, se requiere que Aspire Health Plan provea un máximo de [*insert supply limit (must be at least a 91-day supply and may be up to a 98-day supply, depending on the dispensing increment)*] del medicamento. Si su receta se ha redactado por menos días, permitiremos múltiples repeticiones de surtido para proporcionarle hasta un máximo de [*insert supply limit (must be at least a 91-day supply and may be up to a 98-day supply)*] del medicamento. (Tenga en cuenta que la farmacia de cuidado de largo plazo puede proporcionar el medicamento en cantidades más pequeñas para evitar que se desperdicie).

Es importante que entienda que este es un suministro [*Insert one*<temporal>*or*<limitado>] de este medicamento.

Mucho antes de que se le acabe este suministro, debe hablar con Aspire Health Plan y/o con su médico respecto a si debe cambiar los medicamentos que está tomando actualmente o solicitar una excepción a Aspire Health Plan para continuar la cobertura de <este/estos> medicamento(s). No debe asumir que la excepción que ha solicitado o apelado se ha aprobado simplemente por recibir más surtidos de un medicamento. Cuando Aspire Health Plan apruebe las excepciones, le enviaremos un aviso escrito.

Si necesita ayuda para solicitar una excepción, o para mayor información acerca de nuestra política de transición, llame al Servicio al <Cliente/Miembro> al <número de teléfono>. Los usuarios de TTY deben llamar al <número de TTY>. Aceptamos llamadas de <horas de operación>. Las instrucciones acerca de la manera de cambiar sus recetas actuales, solicitar una excepción, y apelar una denegación se discuten al final de la carta.

Lo siguiente es una explicación de por qué su(s) medicamento(s) no <está/están> cubierto(s) o <está/están> limitado(s) bajo Aspire Health Plan.

Nombre del Medicamento: <name of drug>

Fecha en que se Surtió: <date filled>

Razón de la Notificación:

Este medicamento no está en nuestro formulario. No seguiremos pagando por este medicamento después de que haya recibido el máximo de *[insert number]* días de suministro que se nos requiere que cubramos a menos que obtenga una excepción al formulario de Aspire Health Plan.]

Este medicamento no está en nuestro formulario. Además, no podríamos proveer la cantidad completa que se ha recetado porque limitamos la cantidad de este medicamento que proveemos de una sola vez. Esto se llama límites de cantidad, e imponemos esos límites por razones de seguridad. Además de imponer límites de cantidad cuando se dispense este medicamento por razones de seguridad, no seguiremos pagando por este medicamento después de que haya recibido el máximo suministro de *[insert number]* días que se requiere que cubramos a menos que obtenga una excepción al formulario de Aspire Health Plan.]

Este medicamento está en nuestro formulario, pero se requiere que su médico u otro profesional que lo haya recetado cumpla ciertos requisitos antes de que paguemos por este medicamento. Esto se llama autorización previa. A menos que obtenga una autorización previa de Aspire Health Plan, no seguiremos pagando por este medicamento después de que haya recibido el máximo suministro de *[insert number]* días que se requiere que cubramos.]

Este medicamento está en nuestro formulario. Sin embargo, solo pagaremos por este medicamento si prueba primero otros medicamentos, específicamente <Inserte medicamento(s) de Paso 1>, como parte de lo que llamamos una programa de terapia en pasos/niveles. Esto significa que primero de tomar un medicamento de costo más bajo seguro y efectivo antes de progresar a otros medicamentos más costosos. A menos que pruebe los otros medicamentos que hay en nuestro formulario primero u obtenga una excepción al requisito de terapia en pasos de Aspire Health Plan, no seguiremos pagando por este medicamento después de que haya recibido el máximo suministro de *[insert number]* días que se requiere que cubramos.]

Este medicamento está en nuestro formulario. Sin embargo, solo pagaremos por este medicamento si prueba primero una versión genérica de este medicamento. A menos que pruebe el medicamento genérico que hay en nuestro formulario primero, u obtenga una excepción al requisito de terapia en pasos de Aspire Health Plan, no seguiremos pagando por este medicamento después de que haya recibido el máximo suministro de *[insert number]* días que se requiere que cubramos.]

Este medicamento está en nuestro formulario.. Sin embargo, no podríamos proveer la cantidad completa que se ha recetado debido a los límites de cantidad del plan. No proveeremos más de lo que permiten nuestros límites de cantidad, que son <inserte el límite de cantidad>, a menos que obtenga una excepción de Aspire Health Plan. Póngase en contacto con Aspire Health Plan para hablar del proceso de excepción. Nuestra información de contacto está a continuación.

Este medicamento no está en nuestro formulario. Cubriremos este medicamento por <días de suministro del reclamo surtido - debe ser al menos 31 días> mientras intenta obtener una excepción al formulario de Aspire Health Plan. Si está intentando obtener una excepción ahora, consideraremos la posibilidad de permitir que continúe la cobertura hasta que se llegue a una decisión. Póngase en contacto con Aspire Health Plan para mayor información con respecto al proceso de excepciones. Nuestra información de contacto está a continuación.]

Este medicamento está en nuestro formulario y requiere autorización previa. Cubriremos este medicamento por <días de suministro del reclamo surtido - debe ser al menos 31 días> mientras intenta obtener una excepción a la autorización previa de Aspire Health Plan. Póngase en contacto con Aspire Health Plan para hablar del proceso de exención. Nuestra información de contacto está a continuación.]

Este medicamento está en nuestro formulario, pero se cubrirá solamente si prueba primero ciertos otros medicamentos como parte de lo que llamamos nuestro programa de terapia en pasos. Lo que significa que primero debe tomar un medicamento de costo más bajo seguro y efectivo antes de progresar a otros medicamentos más costosos. Cubriremos este medicamento por <días de suministro del reclamo surtido - debe ser al menos 31 días> mientras intenta obtener una excepción al requisito de terapia en pasos de Aspire Health Plan. Póngase en contacto con Aspire Health Plan para hablar del proceso de exención. Nuestra información de contacto está a continuación.]

¿Qué tengo que hacer para cambiar mi receta?

Si sus medicamento(s) no <está/están> en nuestro formulario, o están en nuestro formulario pero le hemos impuesto autorización previa, terapia en pasos o límite de cantidades, puede preguntarnos si cubrimos otro medicamento utilizado para tratar su condición médica. Si cubrimos otro medicamento para su condición médica, le aconsejamos que le pregunte a su médico si estos medicamentos que cubrimos son una opción para usted. Si su médico le dice que ninguno de los medicamentos que cubrimos para tratar su condición es medicamento apropiado, tiene derecho a solicitarnos una excepción para cubrir el medicamento que se había recetado al principio. También tiene derecho a solicitar una excepción si su médico le dice que la autorización previa, límite de cantidad u otro tipo de límite que hemos impuesto en un medicamento que está tomando no es médicamente apropiado para tratar su condición.

¿Qué tengo que hacer para solicitar una excepción?

El primer paso para solicitar una excepción a nuestras reglas de cobertura es pedirle al médico que le ha dado la receta que se ponga en contacto con nosotros.

Teléfono: 1-866-632-7958	Medicare Part D Coverage Determinations
Fax: 1-866-632-7946	PO Box 407
	Boys Town, NE 68010

Su médico debe presentar una declaración apoyando su solicitud. Puede que sea útil llevarle este aviso al médico o enviarlo a su oficina. La declaración del médico debe indicar que el medicamento solicitado es médicamente necesario para tratar su condición porque ninguno de los medicamentos de nuestro formulario tendría la misma efectividad que el medicamento solicitado o le causaría efectos adversos. Si la solicitud de excepción tiene que ver con una autorización previa, límite de cantidad, u otro límite que hemos impuesto en un medicamento de formulario, la declaración del médico debe indicar que la autorización previa o el límite no serían apropiados dada su condición, o que tendría efectos adversos para usted.

Una vez se haya presentado la declaración del médico, debemos notificarlo de nuestra decisión no más de 24 horas después, si la solicitud se ha acelerado, o no más de 72 horas después si la solicitud es una solicitud estándar. Su solicitud se acelerará si determinamos, o si su médico nos informa de que su vida, salud o habilidad de recuperar sus funciones máximas se pondría en serio peligro si espera una solicitud estándar.

¿Qué pasa si se me deniega la solicitud?

Si se le deniega la solicitud, tiene derecho a apelar pidiendo una revisión de la decisión anterior. Debe solicitar esta apelación dentro de los 60 días de calendario siguientes a la fecha de nuestra primera decisión. Usted debe presentar una solicitud estándar por escrito. Aceptamos solicitudes aceleradas por teléfono y por escrito.

Para una apelación acelerada: Usted o su representante designado debe comunicarse con nosotros por teléfono, correo o fax a los siguientes números:

Teléfono: 855-570-1600 Fax: 855-519-5769	Aspire Health Plan Attn: Appeals & Grievance Department 10 Ragsdale Dr. Suite 101 Monterey, CA 93940
---	---

Para una apelación estándar: Usted o su representante designado debe enviar por correo, fax o entregar su solicitud de apelación por escrito a la siguiente dirección:

Fax: 855-519-5769	Aspire Health Plan Attn: Appeals & Grievance Department 10 Ragsdale Dr. Suite 101 Monterey, CA 93940
-------------------	---

Si necesita ayuda para solicitar una excepción o para mayor información acerca de nuestra política de transición (incluyendo formato o idiomas alternos con respecto a esta política), póngase en contacto con Aspire Health Plan en 855-570-1600. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Estamos disponibles las 24 horas del día, siete días a la semana, o visite www.aspirehealthplan.org.

Sinceramente,
Aspire Health Plan

CC: Médico prescriptor

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Comuníquese con el plan para obtener más información. Se pueden aplicar limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, primas y / o copagos / coaseguro pueden cambiar el 1 de enero de cada año. Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. El formulario, red de farmacias, y / o red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario.

Aspire Plan de Salud es un patrocinador del plan HMO y HMO-POS con un contrato de Medicare. La inscripción en Aspire Plan de salud depende de la renovación del contrato.

CC: Médico prescriptor