

**SU MEDICAMENTO NO SE ENCUENTRA EN NUESTRA LISTA DE MEDICAMENTOS
CUBIERTOS (FORMULARIO)
O ESTÁ SUJETO A CIERTOS LÍMITES**

<FECHA>

<NOMBRE DEL MIEMBRO>

<DIRECCIÓN>

<CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL>

Estimado/a <NOMBRE DEL MIEMBRO>:

Queremos informarle que <nombre del plan> le ha proporcionado un suministro temporal del siguiente medicamento con receta: <incluir el medicamento aquí>.

Este medicamento o bien no está incluido en nuestra lista de medicamentos cubiertos (formulario) o está incluido en el formulario, pero está sujeto a ciertos límites, según se detalla más abajo en esta carta.

<Nombre del plan> debe proporcionarle un suministro temporal del siguiente medicamento, como se establece a continuación:

Opción 1 [*insertar para miembros que no residen en un centro LTC*]:

En el entorno para pacientes externos, debemos proporcionar un suministro para <insertar límite de días del suministro del panel de Transition Setup (Configuración de transición) – Retail/other (Minorista/otro) – Standard (Estándar)> días como máximo del medicamento. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos obtener varias veces los medicamentos hasta llegar a un suministro para <insertar límite de días del suministro del panel de Transition Setup (Configuración de transición) – Retail/other (Minorista/otro) – Standard (Estándar)> días como máximo del medicamento.

Opción 2 [*insertar para miembros que residen en un centro LTC*]:

Para un residente de un centro de atención a largo plazo, debemos proporcionar un suministro temporal para <insertar límite de días del suministro del panel de Transition Setup (Configuración de transición) – LTC – Standard (Estándar)> días como máximo del medicamento. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos obtener varias veces los medicamentos hasta llegar a un suministro para 98 días como máximo del medicamento. (Tenga en cuenta que la farmacia de

atención a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el uso indebido).

Es importante entender que se trata de un suministro temporal de este medicamento. Mucho antes de que este suministro se agote, debe comunicarse con <nombre del plan> o con la persona autorizada a dar recetas sobre lo siguiente:

- cambiar a otro medicamento que se encuentre en nuestro formulario; o
- solicitar la aprobación del medicamento demostrando que usted cumple con los criterios de cobertura, o
- solicitar una excepción de nuestros criterios de cobertura.

Cuando solicita una aprobación de cobertura o una excepción de los requisitos de cobertura, estas solicitudes se denominan determinaciones de cobertura. No asuma que cualquier determinación de cobertura, incluso cualquier excepción que haya solicitado o apelado, se aprobó solo porque recibe más resurtidos de un medicamento. Si aprobamos la cobertura, le enviaremos otro aviso por escrito.

Si necesita ayuda para solicitar una determinación de cobertura, incluso una excepción, o si desea obtener más información sobre cuándo cubriremos un suministro temporal de un medicamento, comuníquese con nosotros al 1-866-632-7958. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-706-4757. Los representantes en persona están disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana. Puede pedirnos que tomemos una determinación de cobertura en cualquier momento. **Al final de esta carta se incluyen las instrucciones sobre cómo cambiar sus medicamentos con receta actuales, cómo solicitar una determinación de cobertura, incluso una excepción, y cómo apelar una denegación si no está de acuerdo con nuestra determinación de cobertura.**

La siguiente es una explicación específica de por qué su medicamento no está cubierto o está limitado.

Nombre del medicamento: <nombre del medicamento>

Fecha de obtención: <fecha de obtención>

Motivo de aviso: este medicamento no se encuentra en nuestro formulario. No seguiremos pagando este medicamento después de que haya recibido el suministro temporal máximo para <insertar límite de días del suministro> días que estamos obligados a cubrir, a menos que obtenga de nosotros una excepción al formulario.

Motivo de aviso: este medicamento se encuentra en nuestro formulario, pero requiere autorización previa. No seguiremos pagando este medicamento después de que haya recibido el suministro temporal para <insertar límite de días del suministro> días como máximo que estamos obligados a cubrir, a menos que obtenga de nosotros una autorización previa demostrando que cumple con ciertos requisitos o que aprobemos su solicitud para una excepción de los requisitos de autorización previa.

Motivo de aviso: este medicamento se encuentra en nuestro formulario. Sin embargo, generalmente, solo pagaremos este medicamento si primero prueba otros medicamentos, concretamente <insertar

medicamento(s) para el primer nivel>, como parte de lo que llamamos programa de tratamiento escalonado. El tratamiento escalonado consiste en la práctica de comenzar la terapia de medicamento con lo que consideramos ser un medicamento seguro, eficaz y de menor costo, antes de pasar a otros medicamentos más costosos. A menos que primero pruebe otros medicamentos de nuestro formulario o que aprobemos su solicitud para una excepción del requisito de tratamiento escalonado, no seguiremos pagando este medicamento después de que haya recibido el suministro temporal para <insertar límite de días del suministro> días como máximo que estamos obligados a cubrir.

Motivo de aviso: este medicamento se encuentra en nuestro formulario y está sujeto a un límite de cantidad (QL). No seguiremos proporcionándole más de lo que permita nuestro QL, el cual es de <insertar el QL>, a menos que obtenga una excepción de <nombre del plan>.

Motivo de aviso: este medicamento no se encuentra en nuestro formulario. Cubriremos este medicamento durante 31 días mientras trata de obtener una excepción al formulario de <nombre del plan>. Si se encuentra en el proceso de búsqueda de una excepción, consideraremos permitir la cobertura continua hasta que se tome una decisión.

Motivo de aviso: este medicamento se encuentra en nuestro formulario y requiere autorización previa. Cubriremos este medicamento durante al menos 31 días mientras trata de obtener cobertura demostrando que cumple con los requisitos de autorización previa. También puede solicitar una excepción de los requisitos de autorización previa si considera que se no deben aplicar a usted por razones médicas.

Motivo de aviso: este medicamento se encuentra en nuestro formulario, pero, generalmente, tendrá cobertura solo si primero prueba otros medicamentos, como parte de nuestro programa de tratamiento escalonado. El tratamiento escalonado consiste en la práctica de comenzar la terapia de medicamento con lo que consideramos ser un medicamento seguro y eficaz, y de menor costo, antes de pasar a otros medicamentos más costosos. Cubriremos este medicamento durante al menos 31 días mientras trata de obtener cobertura demostrando que cumple con los criterios de tratamiento escalonado. También puede solicitar una excepción del requisito de tratamiento escalonado si considera que no se debe aplicar a usted por razones médicas.

Motivo de aviso: este medicamento se encuentra en nuestro formulario y está sujeto a un límite de cantidad (QL). No seguiremos proporcionándole más de lo que permita nuestro QL, el cual es de <insertar el QL>, a menos que obtenga una excepción de <nombre del plan>.

¿Cómo cambio mi medicamento con receta?

Si su medicamento no se encuentra en nuestro formulario, o si se encuentra pero establecimos un límite, puede solicitarnos otros medicamentos que se utilicen para tratar su afección médica que se encuentren en nuestro formulario, solicitar que aprobemos la cobertura demostrando que cumple con nuestros criterios o solicitar una excepción. Le recomendamos que consulte con la persona autorizada a dar recetas sobre si esos medicamentos que cubrimos son una opción para usted. Tiene derecho a solicitarnos una excepción para que cubramos el medicamento que le fue recetado originalmente. Si solicita una excepción, la persona autorizada a dar recetas deberá presentarnos una declaración en la que explique por qué una autorización

previa, el límite de cantidad u otra restricción que hayamos establecido sobre su medicamento no son médicamente apropiados para usted.

¿Cómo solicito una determinación de cobertura, incluso una excepción?

Usted o la persona autorizada a dar recetas pueden comunicarse con nosotros para solicitar una determinación de cobertura, incluso una excepción.

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

Si está solicitando la cobertura para un medicamento que no se encuentra en nuestro formulario o una excepción a una norma de cobertura, la persona autorizada a dar recetas debe presentar una declaración que respalde su solicitud. Puede ser útil que lleve este aviso cuando consulte a la persona autorizada a dar recetas o que envíe una copia a su consultorio. Si la solicitud de excepción incluye un medicamento que no se encuentra en nuestro formulario, la declaración de la persona autorizada a dar recetas debe indicar que el medicamento solicitado es médicamente necesario para tratar su afección porque todos los medicamentos del formulario serían menos eficaces que el medicamento solicitado o tendrían efectos adversos para usted. Si la solicitud de excepción incluye una autorización previa u otra norma de cobertura que hayamos establecido sobre un medicamento de nuestro formulario, la declaración de la persona autorizada a dar recetas debe indicar que la norma de cobertura no sería apropiada debido a su afección o podría tener efectos adversos para usted. Debemos notificarle nuestra decisión dentro de las 24 horas, si la solicitud es acelerada, o dentro de las 72 horas, si la solicitud es estándar, a partir de la fecha que recibimos su solicitud. Para excepciones, el plazo comienza cuando recibimos la declaración de la persona autorizada a dar recetas. Su solicitud será acelerada si determinamos, o si la persona autorizada a dar recetas nos comunica, que su vida, salud o capacidad para recuperar la función máxima pueden estar seriamente en peligro por esperar una decisión estándar.

¿Qué sucede si mi solicitud de cobertura es rechazada?

Si su solicitud de cobertura es rechazada, usted tiene el derecho de apelar solicitando una revisión de la decisión anterior, la cual se denomina una redeterminación. Debe solicitar esta apelación en un plazo de 60 días calendario a partir de la fecha de nuestra decisión por escrito sobre su solicitud de determinación de cobertura. Aceptamos solicitudes estándar por teléfono y por escrito. Aceptamos solicitudes aceleradas por teléfono y por escrito.

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

Teléfono: 1-855-570-1600 Fax: 1-855-519-5769	Attn: Appeals & Grievances Department 10 Ragsdale Drive, Suite 101 Monterey, CA 93940
---	---

Para una apelación estándar: usted o su representante designado deben comunicarse con nosotros por teléfono, correo o fax a los siguientes números:

Fax: 1-855-519-5769	Attn: Appeals & Grievances Department 10 Ragsdale Drive, Suite 101 Monterey, CA 93940
---------------------	---

Si necesita ayuda para solicitar una determinación de cobertura, incluso una excepción, o si desea obtener más información sobre cuándo cubriremos un suministro temporal de un medicamento, comuníquese con nosotros al 1-866-632-7958, durante las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-706-4757. Los representantes en persona están disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana. Puede pedirnos que tomemos una determinación de cobertura en cualquier momento. También puede visitar nuestro sitio web en www.aspirehealthplan.org.

Atentamente,

Aspire Health Plan

Aspire Health Plan es patrocinador del plan HMO y HMO-POS que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Aspire Health Plan depende de la renovación del contrato. Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Pónganse en contacto con el plan para obtener más información. Pueden aplicarse ciertas limitaciones, copagos y restricciones. Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare. Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Pónganse en contacto con el plan para obtener más información. Pueden aplicarse ciertas limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, las primas o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de cada año. El formulario puede cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario. Esta información está disponible sin cargo en otros idiomas. Llame al Servicio para los miembros al 1-866-632-7958, durante las 24 horas, los siete días de la semana. Si tiene problemas auditivos o del habla, llámenos al número de TTY/TDD al 1-866-706-4757. **ATENCIÓN:** Si habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística, de forma gratuita. Llame al (855) 570-1600. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).

ATENCIÓN: Si habla español, los servicios de asistencia lingüística están a su disposición, de forma gratuita. Llame al 1- 855-570-1600 (TTY: 711).

Copia al médico

CC: Médico que extendió la receta