

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

<DATE>
<MEMBER NAME>
<ADDRESS>
<CITY, STATE ZIP>

Estimado/a <MEMBER NAME>:

Deseamos informarle que <Plan Name> le ha proporcionado un suministro temporal del/de los siguiente[s] medicamento[s] con receta: <list medication[s] here>.

Este/estos medicamento[s] o bien no está[n] incluido[s] en nuestra lista de medicamentos cubiertos (denominada Formulario), o bien sí está[n] incluido[s] en el Formulario, pero está[n] sujeto[s] a ciertos límites, como se detalla más adelante en esta carta. <Plan Name> debe proporcionarle un suministro temporal de este/estos medicamento[s].

Si su receta está indicada por menos de *[insert number of days that corresponds to the number of days designated as a month's supply in approved plan benefit package]* días, permitiremos que realice múltiples resurtidos por un máximo de *[insert supply limit - must be at least a one month supply based on approved plan benefit package]* del medicamento.

Es importante que usted entienda que este es un suministro temporal de este/estos medicamento(s). Mucho antes de que este/estos medicamento[s] se termine[n], debe comunicarse con <Plan Name> o con la persona autorizada a dar recetas para:

- cambiar el/los medicamento[s] por otro[s] que esté[n] en nuestro formulario,
- solicitar la aprobación del/de los medicamento[s], demostrando que cumple con nuestros criterios de cobertura,
- solicitar una excepción a nuestros criterios de cobertura.

Cuando solicita la aprobación para la cobertura o una excepción a los criterios de cobertura, eso se denomina determinaciones de cobertura. No debe asumir que las determinaciones de cobertura, incluidas las excepciones, que usted solicitó o apeló fueron aprobadas solo porque obtiene más resurtidos de un medicamento. Si aprobamos la cobertura, le enviaremos otro aviso por escrito.

Si necesita asistencia para solicitar una determinación de cobertura, incluida una excepción, o si desea obtener más información sobre cuándo cubriremos un suministro temporal para un medicamento, comuníquese con nosotros al 1-866-632-7958. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-706-4757. Los representantes están disponibles de 24 horas al día, siete días a la semana. Puede pedirnos que tomemos una determinación de cobertura en cualquier momento. **Al final de la carta, encontrará las instrucciones sobre cómo cambiar su[s] medicamento[s] con receta, cómo solicitar una determinación de cobertura, incluida 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[s] medicamento[s] no <está/están> cubierto[s] o <está/están> limitado[s].

[Note: Plans may include information about multiple temporary supplies in the same notice.]

[Nombre del medicamento: <name of drug>

Fecha de obtención: <date filled>

Motivo de aviso: este medicamento no se encuentra en nuestro Formulario. No seguiremos pagando este medicamento después de que haya recibido el suministro temporal para *[insert number- must be at least a one month supply based on approved plan benefit package]* días como máximo que estamos obligados a cubrir, a menos que obtenga una excepción al Formulario <adicional> por nuestra parte.]

[Nombre del medicamento: <name of drug>

Fecha de obtención: <date filled>

Motivo de aviso: este medicamento se encuentra en nuestro Formulario, pero requiere autorización previa. A menos que obtenga autorización previa de nuestra parte demostrando que cumple con ciertos requisitos, o que aprobemos su solicitud para una excepción a los requisitos de la autorización previa, no continuaremos pagando por este medicamento después de que haya recibido el suministro temporal para *[insert number - must be at least a one month supply based on approved plan benefit package]* días como máximo que estamos obligados a cubrir.]

[Nombre del medicamento: <name of drug>

Fecha de obtención: <date filled>

Motivo de aviso: este medicamento se encuentra en nuestro Formulario. Sin embargo, en general, solo pagaremos este medicamento si primero prueba otro(s) medicamento(s), específicamente <Insert Step drug(s)>, como parte de lo que llamamos programa de tratamiento escalonado. El tratamiento escalonado consiste en la práctica de comenzar el tratamiento con medicamentos con lo que consideramos ser un medicamento seguro, eficaz y de menor costo, antes de pasar a otros medicamentos más costosos. A menos que pruebe otro(s) medicamento(s) de nuestro Formulario primero, o que aprobemos su solicitud para una excepción a los

requisitos del tratamiento escalonado, no continuaremos pagando por este medicamento después de que haya recibido el suministro temporal para *[insert number - must be at least a one month supply based on approved plan benefit package]* días como máximo que estamos obligados a cubrir.]

[Nombre del medicamento: *<name of drug>*

Fecha de obtención: *<date filled>*

Motivo de aviso: este medicamento está en nuestro Formulario y está sujeto al límite de cantidad (QL). No continuaremos brindando más de lo que permitan nuestros límites de cantidad, que es *<insert the QL>*, a menos que obtenga una excepción de *<Plan Name>*.

[Nombre del medicamento: *<name of drug>*

Fecha de obtención: *<date filled>*

Motivo de aviso: este medicamento no se encuentra en nuestro Formulario. Cubriremos este medicamento durante *[insert number - must be at least a one month supply based on approved plan benefit package]* días mientras usted trata de obtener una excepción al Formulario de parte de *<Plan Name>*. Si se encuentra en el proceso de búsqueda de una excepción, consideraremos permitir una cobertura continua hasta que se tome una decisión.

[Nombre del medicamento: *<name of drug>*

Fecha de obtención: *<date filled>*

Motivo de aviso: este medicamento se encuentra en nuestro Formulario y requiere autorización previa. Cubriremos este medicamento durante *[insert number - must be at least a one month supply based on approved plan benefit package]* días mientras trata de obtener cobertura, demostrando que cumple con los requisitos para autorización previa. También puede solicitarnos una excepción a los requisitos para una autorización previa si considera que no deberían aplicarse a usted por razones médicas.

[Nombre del medicamento: *<name of drug>*

Fecha de obtención: *<date filled>*

Motivo de aviso: este medicamento se encuentra en nuestro Formulario, pero en general, tendrá cobertura solo si primero prueba con otros medicamentos, como parte de nuestro programa de tratamiento escalonado. El tratamiento escalonado consiste en la práctica de comenzar el tratamiento con medicamentos 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 *[insert number - must be at least a one month supply based on approved plan benefit package]* días mientras trata de obtener cobertura, demostrando que cumple con los criterios del tratamiento escalonado. También puede solicitarnos una excepción al requisito para un tratamiento escalonado si considera que no debería aplicarse a usted por razones médicas.

¿Cómo cambio mi medicamento con receta?

Si su[s] medicamento[s] no se encuentra[s] en nuestro Formulario, o está[n] en nuestro Formulario pero hemos establecido un límite sobre este/estos, puede preguntarnos qué otro[s] medicamento[s] utilizado[s] para tratar su condición médica está[n] en nuestro Formulario, pedir 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 si otro[s] medicamento[s] que cubrimos es/son una opción para usted. Tiene derecho a solicitarnos una excepción para que cubramos el/los medicamento[s] que fue[ron] recetado[s] originalmente. Si solicita una excepción, la persona autorizada a dar recetas deberá proporcionarnos una declaración en la que explique por qué una autorización previa, el límite de cantidad u otro límite que hayamos establecido para ese medicamento no son apropiados desde el punto de vista médico para usted.

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

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

Phone: 1-800-546-5677 Fax: 1-866-632-7946	Medicare Part D Coverage Determinations PO Box 407 Boys Town, NE 68010
--	--

Si solicita cobertura para un medicamento que no está en nuestro Formulario, o para una excepción a la norma de cobertura, la persona autorizada a dar recetas debe proporcionar una declaración que respalde su solicitud. Puede ser útil que lleve este aviso cuando visite a la persona autorizada a dar recetas o que envíe una copia a su consultorio. Si la solicitud de excepción involucra un medicamento que no está en nuestro Formulario, la declaración de la persona autorizada a dar recetas debe indicar que el medicamento solicitado es medicamento necesario para tratar su condición, porque ninguno de los medicamentos del Formulario tendría resultados tan buenos como el medicamento solicitado o porque estos podrían tener efectos adversos para usted. Si la solicitud de excepción implica una autorización previa u otra norma de cobertura que hayamos establecido sobre un medicamento del Formulario, la declaración de la persona autorizada a dar recetas debe indicar que la norma de cobertura no sería apropiada dada su condición o porque podría tener efectos adversos para usted.

Debemos notificarle sobre nuestra decisión dentro de las 24 horas si la solicitud ha sido acelerada, o dentro de las 72 horas si la solicitud es estándar, desde el momento en que recibimos su solicitud. En caso de 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 informa, que su vida, salud o capacidad para recuperar la función máxima pueden estar seriamente en peligro por esperar una solicitud estándar.

¿Qué sucede si mi solicitud de cobertura es rechazada?

Si su solicitud de cobertura es rechazada, usted tiene el derecho de apelar pidiendo una revisión de la decisión anterior, lo que se denomina una redeterminación. Debe solicitar este recurso en un plazo de 60 días calendario a partir de la fecha de nuestra primera decisión por escrito de su solicitud de determinación de cobertura. Aceptamos solicitudes estándares por teléfono y por escrito. Aceptamos solicitudes aceleradas por teléfono y por escrito.

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

Phone: 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 postal o fax a los siguientes números:

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

Si necesita asistencia para solicitar una determinación de cobertura, incluida una excepción, o si desea obtener más información sobre cuándo cubriremos un suministro temporal para un medicamento, comuníquese con nosotros al 1-866-632-7958, Los representantes están disponibles de 24 horas al día, siete días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-706-4757. Los representantes están disponibles de 24 horas al día, siete días a 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 un patrocinador del plan HMO de Medicare Advantage con un contrato con Medicare. La inscripción al Aspire Health Plan depende de la renovación del contrato. Aspire Health Plan cumple con las leyes que aplican sobre derechos civiles federales y no ejerce discriminación alguna por raza, color, origen, edad, discapacidad o género. ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-570-1600 (TTY: 711)
意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電1-855-570-1600 (TTY: 711)



ASPIREHEALTHPLAN
10 Ragsdale Drive, Suite 101
Monterey, CA 93940

MedicareRx
Prescription Drug Coverage

Physician Copy

CC: Prescribing Physician

H8764_Part D_Transition Letter_0918_C_SP