



10 Ragsdale Drive, Suite 101  
Monterey, CA 93940

MedicareRx  
Prescription Drug Coverage

**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 para menos días que *[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 hasta 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 agote[n], debe comunicarse con <Plan Name> y/o con la persona autorizada a dar recetas acerca de:

- 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, o
- solicitar una excepción a nuestros criterios de cobertura.

Cuando usted solicita la aprobación para una cobertura o una excepción a los criterios de cobertura, estas se denominan determinaciones de cobertura. No debe asumir que las determinaciones de cobertura, incluida cualquier excepción que usted solicitó o apeló, han sido aprobadas solo porque recibe 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 1-888-495-3160. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Los representantes en persona están disponibles de 24 horas al día, siete días a la semana. Puede pedirnos que una determinación de cobertura en cualquier momento. **Al final de la carta, encontrará las instrucciones sobre cómo cambiar su[s] medicamento[s] con receta actuales, 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 puntual de por qué su[s] medicamento[s] no <está/están> cubierto[s] o <está/están> limitado[s].

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

**Fecha de surtido:** <date filled>

**Motivo de aviso:** Este medicamento no se encuentra en nuestro Formulario. [*Insert where applicable:* Además, hace poco tiempo venció una excepción anterior que recibió para la cobertura de este medicamento.] 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*] la cantidad máxima de días que estamos obligados a cubrir, a menos que obtenga una excepción <adicional> al Formulario > por nuestra parte].

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

**Fecha de surtido:** <date filled>

**Motivo de aviso:** Este medicamento no se encuentra en nuestro Formulario. Además, no pudimos brindar la cantidad completa que fue recetada porque limitamos la cantidad de este medicamento que proporcionamos por una sola vez. Esto se llama límite de cantidad y establecemos dichos límites por motivos de seguridad. Además de establecer límites sobre la cantidad de este medicamento que se entrega por razones de seguridad, no seguiremos pagando este medicamento después de que haya recibido el suministro para [*insert number- must be at least a one month supply based on approved plan benefit package*] la cantidad máxima de días que estamos obligados a cubrir, a menos que obtenga una excepción al Formulario por parte de <Plan Name>].

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

**Fecha de surtido:** <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 demostrándonos 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*] la cantidad máxima de días que estamos obligados a cubrir.]

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

**Fecha de surtido:** <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), concretamente <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 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*] la cantidad máxima de días que estamos obligados a cubrir.]

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

**Fecha de surtido:** <date filled>

**Motivo de aviso:** Este medicamento se encuentra en nuestro Formulario. Sin embargo, en general, solo pagamos este medicamento si primero prueba una versión genérica de este medicamento. A menos que pruebe el medicamento genérico de nuestro Formulario primero, o que aprobemos su solicitud para una excepción, 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]* la cantidad máxima de días que estamos obligados a cubrir.]

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

**Fecha de surtido:** <date filled>

**Motivo de aviso:** Este medicamento está en nuestro Formulario y está sujeto a un límite de cantidad (QL). No continuaremos proporcionado 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 surtido:** <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]* mientras usted trata de obtener una excepción al Formulario de parte de <Plan Name>. Si se encuentra en el proceso de tramitar una excepción, consideraremos permitir la cobertura continua hasta que se tome una decisión.]

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

**Fecha de surtido:** <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 de autorización previa si considera que no deberían aplicarse a usted por razones médicas.]

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

**Fecha de surtido:** <date filled>

**Motivo de aviso:** Este medicamento se encuentra en nuestro Formulario, pero en general, estará cubierto 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]* 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, usted puede preguntarnos cuáles otro[s] medicamento[s] se

usan para tratar su condición médica y está[n] en nuestro Formulario, solicitarnos que aprobemos la cobertura demostrando que cumple con nuestros criterios o solicitar una excepción. Le recomendamos que consulte con la persona que le dio la receta si hay otro[s] medicamento[s] que cubrimos que 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 que le dio la receta 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 para usted desde el punto de vista médico.

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

Usted o la persona que le dio la receta deberá contactarse con nosotros para solicitar una determinación de cobertura, incluida una excepción.

Teléfono: 1-888-495-3160, TTY 711 Fax: 1-858-790-6060	MedImpact Healthcare Systems Attn: Part D Coverage Determinations 10181 Scripps Gateway Court San Diego, CA 92131
--	--

Si usted solicita cobertura para un medicamento que no está en nuestro Formulario, o para una excepción a la norma de cobertura, la persona que le dio la receta debe proporcionar una declaración que respalde su solicitud. Puede ser útil que lleve este aviso cuando visite a la persona que le da la receta o que le 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 que da la receta debe indicar que el medicamento solicitado es un medicamento necesario para tratar su condición, porque ninguno de los medicamentos en el 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 que está en nuestro Formulario, la declaración de la persona que da la receta 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 24 horas si la solicitud ha sido acelerada, o dentro de 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 que da la receta. 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 esta apelación 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 aceleradas por teléfono y por escrito.

**Para una apelación estándar o acelerada:** Usted o su representante asignado deben contactarse con nosotros por teléfono, correo o fax a los números a continuación:

Teléfono: 1-888-495-3160, TTY 711

Fax: 1-858-790-6060

MedImpact Healthcare Systems  
Attn: Appeals & Grievances  
10181 Scripps Gateway Court  
San Diego, CA 92131

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 1-888-495-3160, 24 horas al día los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Los representantes en persona están disponibles 24 horas al día siete días de la semana. Puede solicitarnos una determinación de cobertura en cualquier momento. También puede visitar nuestro sitio web en [www.medimpact.com](http://www.medimpact.com).

Atentamente,

Aspire Health Plan

Sample