

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

[PROCESSED DATE]

[MEMBER NAME]

100 Main street

Madison, ct 06443

Estimado(a) [MEMBER NAME]:

Queremos informarle que Aspire Health Advantage (HMO) le ha dado un suministro temporal de la siguiente receta: THIS IS A REALLY LONG DRUG NAME THAT GOES ON THE LETTER .

Este medicamento no está incluido en nuestra lista de medicamento cubiertos (llamado nuestro formulario), o está incluido en el formulario pero está sujeto a ciertos límites, como se describe con más detalle más adelante en esta carta. Aspire Health Advantage debe darle un suministro temporal de este medicamento. Si su receta está escrita por menos de [RTL_DSLIMIT] días, permitiremos múltiples surtidos para dar hasta un máximo de [RTL_DSLIMIT] días del medicamento.

Es importante que comprenda que este es un suministro temporal de estos medicamentos. Mucho antes de que se quede sin estos medicamento, debe hablar con Aspire Health Advantage o el profesional que receta sobre:

- cambiar el medicamento a otro medicamento que está en nuestro formulario; o
- pedir aprobación para el medicamento por demostrar que cumple con nuestros criterios de cobertura; o
- pedir una excepción de nuestro criterio de cobertura.

Cuando pide la aprobación de la cobertura o una excepción a los criterios de cobertura, esto se conoce como determinaciones sobre cobertura. Solo porque recibe más surtidos de un medicamento, no asuma que se aprobó cualquier determinación sobre cobertura, incluyendo cualquier excepción, que haya solicitado o apelado. Si aprobamos la cobertura, entonces le enviaremos otro aviso por escrito.

Si necesita ayuda para pedir una determinación sobre cobertura, incluyendo una excepción, o si desea obtener más información sobre cuándo cubriremos un suministro temporal de un medicamento, comuníquese con nosotros al 888-495-3160. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711. Los representantes en vivo están disponibles de 24 horas al día, los siete días de la semana. Puede pedirnos una determinación sobre cobertura en cualquier momento. También puede visitar nuestro sitio web en <https://www.aspirehealthplan.org/drug-coverage/>.

Al final de esta carta hablamos sobre las instrucciones para cambiar sus recetas actuales, cómo solicitar una determinación sobre cobertura, incluyendo una excepción, y cómo apelar una denegación si no está de acuerdo con nuestra determinación sobre cobertura.



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

Nombre del medicamento: THIS IS A REALLY LONG DRUG NAME THAT GOES ON THE LETTER

Fecha de surtido: 04/11/1979

Razón para la notificación: Este medicamento no está en nuestro formulario. No continuaremos pagando este medicamento después de que haya recibido el máximo [RTL_DSLIMIT] días de suministro temporal que debemos cubrir, a menos que obtenga una excepción al formulario de nuestra parte.

Nombre del medicamento: THIS IS A REALLY LONG DRUG NAME THAT GOES ON THE LETTER

Fecha de surtido: 04/11/1979

Razón para la notificación: Este medicamento está en nuestro formulario, pero necesita autorización previa. A menos que obtenga una autorización previa de nosotros que muestre que cumple con ciertos requisitos, o que aprobemos su solicitud de una excepción a los requisitos de autorización previa, no continuaremos pagando este medicamento después de que haya recibido el máximo [RTL_DSLIMIT] días de suministro temporal que debemos cubrir.

Nombre del medicamento: THIS IS A REALLY LONG DRUG NAME THAT GOES ON THE LETTER

Fecha de surtido: 04/11/1979

Razón para la notificación: Este medicamento está en nuestro formulario. Sin embargo, generalmente solo pagaremos por este medicamento si primero prueba otros medicamentos, específicamente [STEP THERAPY DRUGS], como parte de lo que llamamos programa de terapia escalonada. La Terapia escalonada es la práctica de comenzar la terapia con medicamentos con lo que consideramos un medicamento seguro, eficaz y de menor costo antes de pasar a otros medicamentos más costosos. A menos que primero pruebe los otros medicamentos en nuestro formulario, o aprobemos su petición de una excepción al requisito de terapia escalonada, no continuaremos pagando este medicamento después de que haya recibido el máximo [RTL_DSLIMIT] días de suministro temporal que debemos cubrir.

Nombre del medicamento: THIS IS A REALLY LONG DRUG NAME THAT GOES ON THE LETTER

Fecha de surtido: 04/11/1979

Motivo de la notificación: Este medicamento está en nuestro formulario, pero está sujeto a un límite de cantidad (QL). No seguiremos proporcionando más de lo que permite nuestro límite de cantidad, que es [QUANTITY LIMIT], a menos que obtenga una excepción de Aspire Health Advantage.

Nombre del medicamento: THIS IS A REALLY LONG DRUG NAME THAT GOES ON THE LETTER

Fecha de surtido: 04/11/1979

Motivo de la notificación: Este medicamento no está en nuestro formulario. Cubriremos este medicamento por un suministro diario de [RTL_DSLIMIT] mientras busca obtener una excepción al formulario de Aspire Health Advantage. Si está buscando una excepción, consideraremos permitir la cobertura continua hasta que se tome una decisión.

Nombre del medicamento: THIS IS A REALLY LONG DRUG NAME THAT GOES ON THE LETTER

Fecha de surtido: 04/11/1979

Motivo de la notificación: Este medicamento está en nuestro formulario, pero requiere autorización previa (PA). Cubriremos este medicamento hasta por un suministro diario de [RTL_DSLIMIT] mientras busca obtener cobertura al mostrarnos que cumple con los requisitos de 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: THIS IS A REALLY LONG DRUG NAME THAT GOES ON THE LETTER

Fecha de surtido: 04/11/1979

Motivo de la notificación: Este medicamento está en nuestro formulario, pero por lo general estará cubierto solo si primero prueba otros medicamentos como parte de nuestro programa de terapia escalonada. La terapia escalonada es la práctica de empezar la terapia con medicamentos con lo que consideramos medicamentos seguros, eficaces y de menor costo antes de pasar a otros medicamentos más costosos. Cubriremos este medicamento hasta por un suministro diario de [RTL_DSLIMIT] mientras busca obtener cobertura al mostrarnos que cumple con los criterios de la terapia escalonada. También puede solicitarnos una excepción al requisito de la terapia escalonada si considera que no debería aplicarse a usted por razones médicas.

¿Cómo cambio mi receta?

Si su medicamento no está en nuestro formulario, o está en nuestro formulario, pero le hemos puesto un límite, entonces puede preguntarnos qué otros medicamento utilizados para tratar su condición médica están en nuestro formulario, pedirnos que aprobemos la cobertura demostrando que cumple con nuestros criterios o pedirnos una excepción. Le recomendamos que le pregunte a su profesional que receta si este otro medicamento que cubrimos es una opción para usted. Tiene derecho a pedirnos una excepción para cubrir sus medicamento recetados originalmente. Si solicita una excepción, su profesional que receta deberá darnos una declaración que explique por qué una autorización previa, un límite de cantidad u otro límite que hayamos establecido para su medicamento no es medicamento apropiado para usted.

¿Cómo solicito la determinación sobre cobertura, incluyendo una excepción?

Usted, su representante o el médico que receta en su nombre pueden comunicarse con nosotros para solicitar una determinación de cobertura, incluyendo una excepción. Envíe las solicitudes por teléfono al 888-495-3160, por fax: (858) 790-7100 o por correo a:

MedImpact Healthcare Systems
10181 Scripps Gateway Court
San Diego, CA 92131

Si pide cobertura de un medicamento que no está en nuestro formulario, o una excepción a una regla de cobertura, su profesional que receta debe dar una declaración que respalde su petición. Puede ser útil llevar este aviso al médico que receta o enviarle una copia a su consultorio. Si la solicitud de excepción incluye un medicamento que no está en nuestro formulario, la declaración del médico debe indicar que el medicamento solicitado es medicamento necesario para tratar su condición, porque todos los medicamentos en nuestro formulario serían menos eficaces que el medicamento solicitado o tendrían efectos adversos para usted. Si la solicitud de excepción incluye una autorización previa o otra regla de cobertura que hemos colocado en un



medicamento que está en nuestro formulario, la declaración del médico debe indicar que la regla de cobertura no sería apropiada para usted dada su condición o tendría efectos adversos para usted.

Debemos notificarle sobre nuestra decisión dentro de las 24 horas si la solicitud ha sido acelerada, o no más tarde de 72 horas, si se trata de una solicitud estándar, desde que recibimos su solicitud. Para la solicitud de una excepción, el plazo comienza cuando obtenemos la declaración de la persona autorizada a dar recetas. Su solicitud se acelerará si determinamos, o su profesional que receta nos dice, que su vida, su salud o capacidad para recuperar la función máxima pueden verse gravemente comprometidas al esperar una decisión estándar.

¿Qué sucede si mi solicitud de cobertura es denegada?

Si se deniega su solicitud de cobertura, tiene derecho a apelar pidiendo una revisión de la decisión previa, que se denomina redeterminación. Debe presentar esta apelación dentro de los 60 días calendario a partir de la fecha de nuestra decisión por escrito sobre su solicitud de determinación de cobertura. Aceptamos solicitudes de apelación estándar por teléfono y por escrito. Aceptamos solicitudes de apelación acelerada por teléfono y por escrito. Envíe todas las solicitudes por teléfono al 888-495-3160, por fax al: (858) 790-7100 o por correo a:
MedImpact Healthcare Systems
Attn: Appeals & Grievance
10181 Scripps Gateway Court
San Diego, CA 92131

Atentamente,

Aspire Health Plan

H8764_Part D TL_1123_C



ASPIRE HEALTH PLAN

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-855-5700-1600 (TTY:711). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-855-5700-1600 (TTY:711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-855-5700-1600 (TTY:711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-855-5700-1600 (TTY:711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-855-5700-1600 (TTY:711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-855-5700-1600 (TTY:711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.



Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-855-5700-1600 (TTY:711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí .

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-855-5700-1600 (TTY:711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-855-5700-1600 (TTY:711)번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-855-5700-1600 (TTY:711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-855-5700-1600 (TTY:711). سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-855-5700-1600 (TTY:711) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-855-5700-1600 (TTY:711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-855-5700-1600 (TTY:711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-855-5700-1600 (TTY:711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-855-5700-1600 (TTY:711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-855-5700-1600 (TTY:711)にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

