



<Address Line 1>, <Address Line 2>

<City>, <State> <Zip>

<DATE>

<MEMBER NAME>

<ADDRESS>

<CITY, STATE ZIP>

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

Estimado(a) <MEMBER NAME>:

Queremos informarle que <Plan Name> le ha proporcionado un suministro temporal de los siguientes medicamentos: <list medication here>.

Este medicamento no está incluido en nuestra lista de medicamentos cubiertos (llamada, nuestro formulario), o está incluido en el formulario pero está sujeto a ciertos límites, como se describe con mayor detalle más adelante en esta carta. <Plan Name> debe proporcionarle un suministro temporal de este medicamento, de la siguiente manera:

[Insert for members who do not reside in an LTC facility: Estamos obligados a proporcionar a los pacientes externos un suministro máximo de [XX] días del medicamento. Si su medicamento con receta es para menos días, autorizaremos múltiples renovaciones para proporcionar un suministro máximo de [XX] días del medicamento. *[Insert for members who reside in a LTC facility:* Para los residentes de un centro de cuidado a largo plazo, estamos obligados a proporcionar un suministro máximo de [XX] días del medicamento. Si su medicamento con receta es para menos días, autorizaremos múltiples renovaciones para proporcionar un suministro máximo de [XX] días del medicamento. (Por favor tenga en cuenta que la farmacia del centro de cuidado a largo plazo puede proporcionarle varias veces el medicamento en cantidades menores para evitar que se desperdicie).

Es importante que usted comprenda que este es un suministro temporal del medicamento. Mucho antes de que se le acabe este(estos) medicamento(s), debe comunicarse con <Plan Name> y/o el prescriptor sobre:

- cambiar de medicamento a uno que esté en nuestra lista de medicamentos; o
- solicitar la aprobación del medicamento demostrando que reúne nuestros criterios de cobertura; o
- solicitar una excepción a nuestros criterios de cobertura.

Cuando usted solicita una aprobación de cobertura o una excepción a los criterios de cobertura, estas se denominan determinaciones de cobertura. No debe asumir que cualquier determinación de cobertura, incluida una excepción, que haya solicitado o apelado ha sido aprobada solo porque recibe más renovaciones del medicamento. Si aprobamos la cobertura, luego le enviaremos otro aviso por escrito.



<Address Line 1>, <Address Line 2>

<City>, <State> <Zip>

Si necesita ayuda para solicitar una determinación de cobertura, incluida una excepción, o si desea obtener más información sobre cuándo cubriremos un suministro temporal de un medicamento, comuníquese con nosotros llamando al <toll free phone number>. Los usuarios de TTY deben llamar al <TTY number>. Los representantes están disponibles de <days/hours of operations when live representatives take calls>. Puede solicitarnos una determinación de cobertura en cualquier momento. **Las instrucciones sobre cómo cambiar su medicamento con receta actual, cómo solicitar una determinación de cobertura, incluida una excepción, y cómo apelar una denegación si no está de acuerdo con nuestra determinación de cobertura se incluyen al final de esta carta.**

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

<Nombre del medicamento: <name of drug>

Fecha en que fue dispensado: <date filled>

Motivo de la notificación: Este medicamento no está en nuestra lista de medicamentos. No seguiremos pagando este medicamento una vez que haya recibido el suministro temporal máximo de [insert number of days] días que estamos obligados a cubrir, a menos que obtenga de nosotros una excepción a la lista de medicamentos.

[Abajo puede encontrar alternativas para el \(los\) medicamento\(s\). Por favor remítase a su Evidencia de Cobertura para detalles sobre sus gastos de bolsillo.](#)

Nombre del medicamento alternativo **Nivel**

<Alternative Drug Name>

<Nivel 1/Nivel 2/Nivel 3/Nivel 4>

Nombre del medicamento: <name of drug>

Fecha en que fue dispensado: <date filled>

Motivo de la notificación: Este medicamento no está en nuestra lista de medicamentos. Además, no pudimos proporcionarle la cantidad total recetada porque la cantidad de este medicamento que entregamos de una sola vez es limitada. A esto se llama límite de cantidad y aplicamos estos límites por razones de seguridad. Además de aplicar límites de cantidad al suministro de este medicamento, por motivos de seguridad, no continuaremos pagando este medicamento una vez que usted haya recibido el suministro máximo de [insert number] días que estamos obligados a cubrir, a menos que usted obtenga una excepción a la lista de medicamentos emitida por <Plan Name>.

Nombre del medicamento: <name of drug>

Fecha en que fue dispensado: <date filled>

Motivo de la notificación: Este medicamento está en nuestra lista de medicamentos, pero requiere una autorización previa. A menos que obtenga una autorización previa demostrándonos que reúne ciertos requisitos, o que aprobemos su solicitud para una excepción a los requisitos de autorización previa, no seguiremos pagando este medicamento una vez que haya recibido el suministro temporal máximo de [insert number of days] días que estamos obligados a cubrir.>



<Address Line 1>, <Address Line 2>

<City>, <State> <Zip>

Nombre del medicamento: <name of drug>

Fecha en que fue dispensado: <date filled>

Motivo de la notificación: Este medicamento está en nuestra lista de medicamentos. Sin embargo, nosotros generalmente solo pagaremos este medicamento si primero prueba otros, específicamente <Insert Step drug(s)>, como parte de lo que llamamos un programa de terapia escalonada. La terapia escalonada es la práctica de comenzar la terapia con un medicamento de bajo costo que nosotros consideramos seguro y eficaz, antes de pasar a otros medicamentos más costosos. A menos que primero pruebe (el) los otro(s) medicamento(s) en nuestra lista de medicamentos, o aprobemos su solicitud de excepción al requisito de terapia escalonada, no seguiremos pagando este medicamento una vez que haya recibido el suministro temporal máximo de [*insert number of days*] días que estamos obligados a cubrir.

Nombre del medicamento: <name of drug>

Fecha en que fue dispensado: <date filled>

Motivo de la notificación: Este medicamento está en nuestra lista de medicamentos. Sin embargo, nosotros generalmente solo pagaremos este medicamento si usted prueba primero una versión genérica del medicamento. A menos que primero pruebe el medicamento genérico en nuestra lista de medicamentos, o aprobemos su solicitud de excepción, no seguiremos pagando este medicamento una vez que haya recibido el suministro temporal máximo de [*insert number of days*] días que estamos obligados a cubrir.

Nombre del medicamento: <name of drug>

Fecha en que fue dispensado: <date filled>

Motivo de la notificación: Este medicamento está en nuestra lista de medicamentos y está sujeto a un límite de cantidad (QL). No seguiremos proporcionando más de lo que nuestro límite de cantidad lo permite, que es <insert the QL>, a menos que usted obtenga una excepción de <Plan Name>.

Nombre del medicamento: <name of drug>

Fecha en que fue dispensado: <date filled>

Motivo de la notificación: Este medicamento no está en nuestra lista de medicamentos. Cubriremos este medicamento por un suministro de <XX> días mientras usted solicita una excepción a la lista de medicamentos a <Plan Name>. Si usted está en el proceso de obtener una excepción, consideraremos la posibilidad de autorizar la cobertura hasta que se tome una decisión.

Nombre del medicamento: <name of drug>

Fecha en que fue dispensado: <date filled>

Motivo de la notificación: Este medicamento está en nuestra lista de medicamentos y requiere una autorización previa. Cubriremos este medicamento para un suministro de <XX> días mientras usted intenta obtener la cobertura demostrándonos que reúne los requisitos de la autorización previa. También puede solicitarnos una excepción a los requisitos de la autorización previa si cree que no deberían aplicarse a su caso por razones médicas.



<Address Line 1>, <Address Line 2>

<City>, <State> <Zip>

Nombre del medicamento: <name of drug>

Fecha en que fue dispensado: <date filled>

Motivo de la notificación: Este medicamento está en nuestra lista de medicamentos, pero generalmente solo estará cubierto si usted prueba antes otros medicamentos incluidos en nuestro programa de terapia escalonada. La terapia escalonada es la práctica de comenzar la terapia con un medicamento de bajo costo que nosotros consideramos seguro y eficaz, antes de pasar a otros medicamentos más costosos. Cubriremos este medicamento para un suministro de <XX> días mientras usted intenta obtener la cobertura demostrándonos que reúne los criterios para la terapia escalonada. También puede solicitarnos una excepción al requisito de terapia escalonada si cree que no debería aplicarse a su caso por razones médicas.

¿Cómo cambio mi receta?

Si su medicamento no está en nuestra lista de medicamentos, o si está en nuestra lista de medicamentos pero le aplicamos un límite, usted puede preguntarnos qué otro medicamento usado para tratar su condición médica se encuentra incluido en la lista de medicamentos, solicitarnos que aprobemos la cobertura demostrando que satisface nuestros criterios o solicitarnos una excepción. Le recomendamos que le consulte a su prescriptor si el otro medicamento que cubrimos es una opción para usted. Usted tiene derecho a solicitarnos una excepción para cubrir el medicamento que le fue recetado originalmente. Si solicita una excepción, su prescriptor deberá proporcionarnos una declaración que explique por qué una autorización previa, un límite de cantidad u otro límite que hayamos aplicado a su medicamento no es médicamente apropiado para usted.

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

Usted o su prescriptor pueden comunicarse con nosotros para solicitar una determinación de cobertura, incluida una excepción. <Exceptions Name> <Exceptions Address 1> <Exceptions Address 2> <Exceptions City>, <Exceptions State> <Exceptions Zip>, Teléfono: <Exceptions Phone Number>, TTY: <Exceptions TTY Number>, Fax: <Exceptions Fax Number>, <Exceptions Hours of Operation>.

Si está solicitando la cobertura de un medicamento que no está en nuestra lista de medicamentos, o una excepción a una regla de cobertura, su prescriptor debe proporcionar una declaración que respalde su solicitud. Puede resultarle útil llevar este aviso con usted cuando visite al prescriptor o enviar una copia su consultorio. Si la solicitud de excepción se refiere a un medicamento que no está en nuestra lista de medicamentos, la declaración del prescriptor debe indicar que el medicamento solicitado es médicamente necesario para tratar su condición debido a que los medicamentos en nuestra lista de medicamentos no serían tan eficaces como el medicamento solicitado o tendrían efectos adversos en usted. Si la solicitud de excepción está sujeta a una autorización previa u otra regla de cobertura que hayamos establecido para ese medicamento, la declaración del prescriptor debe indicar que la regla de cobertura no sería adecuada para su condición o tendría efectos adversos en usted.

Una vez que hayamos recibido su solicitud, debemos notificarle nuestra decisión dentro de las 24 horas, si la solicitud ha sido abreviada, o dentro de las 72 horas si la solicitud es estándar. Para las excepciones, el tiempo de espera comienza cuando obtenemos la declaración de su prescriptor. Su solicitud será abreviada si determinamos, o si su prescriptor nos informa, que su vida, salud o capacidad de recuperar su máxima funcionalidad podrían verse seriamente perjudicadas por esperar una decisión estándar.



<Address Line 1>, <Address Line 2>

<City>, <State> <Zip>

¿Qué pasa si mi solicitud de cobertura es denegada?

Si su solicitud de cobertura es denegada, usted tiene derecho a apelar solicitando una revisión de la decisión anterior, lo cual se denomina redeterminación. Usted debe solicitar esta apelación dentro de los 60 días calendario a partir de la fecha de nuestra decisión escrita respecto de su solicitud de determinación de cobertura. Usted debe presentar una solicitud estándar por escrito. Aceptamos solicitudes abreviadas por teléfono y por escrito. <Appeals Name> <Appeals Address 1> <Appeals Address 2> <Appeals City>, <Appeals State> <Appeals Zip>, Teléfono: <Appeals Phone Number>, TTY: <Appeals TTY Number>, Fax: <Appeals Fax Number>, <Appeals Hours of Operation>.

Si necesita ayuda para solicitar una determinación de cobertura, incluida una excepción, o si desea obtener más información sobre cuándo cubriremos un suministro temporal de un medicamento, comuníquese con nosotros llamando al <Toll-free number>, <Days/Hours of Operation>. Los usuarios de TTY deben llamar al <TTY number>. Los representantes están disponibles de <days/hours of operations when live representatives take calls>. Puede solicitarnos una determinación de cobertura en cualquier momento. También puede visitar nuestro sitio web en <insert web address>.

Atentamente,

<Plan Representative>

<Federal Contracting Disclaimer>

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Comuníquese con el plan para más información. Es posible que se apliquen limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios pueden cambiar el 1 de enero de cada año. La lista de medicamentos puede cambiar en cualquier momento. Usted recibirá una notificación cuando sea necesario. <Plan Name> utiliza una lista de medicamentos. Por favor comuníquese con <Plan Name> para detalles.