



6323 Seventh Avenue  
Brooklyn, NY 11220

**UNO DEI SUOI FARMACI NON È INCLUSO NEL NOSTRO ELENCO DEI FARMACI COPERTI  
(PRONTUARIO)  
O È SOGGETTO A DETERMINATE LIMITAZIONI**

<DATE>

<PARTICIPANT NAME>

<ADDRESS>

<CITY, STATE ZIP>

Gentile <PARTICIPANT NAME>:

Desideriamo informarla che il piano Elderplan FIDA Total Care (Medicare-Medicaid Plan) Le ha fornito una fornitura temporanea delle seguenti prescrizioni: <list medication(s) here>.

Uno di questi farmaci non è presente nel nostro Elenco dei farmaci coperti (indicato con il termine "nostro prontuario", oppure anche abbreviato in Elenco dei farmaci), oppure è incluso nell'Elenco dei farmaci ma soggetto a determinate limitazioni, come descritto con maggiori dettagli nel prosieguo di questo documento. Il nostro Piano è tenuto a fornirle una fornitura temporanea dei seguenti farmaci come descritto di seguito:

*[Insert for Participants who do not reside in an LTC facility: nei casi di non degenza saremo tenuti a fornire fino a 90 giorni di terapia. Se la Sua prescrizione durasse meno di 90 giorni, Le consentiremo di avere più rinnovi fino a un massimo di 90 giorni di terapia.]*

*[Insert for Participants who reside in an LTC facility: per chi risiede in una struttura per le cure a lungo termine siamo tenuti a coprire una fornitura di massimo 98 giorni, a seconda dell'incremento di erogazione della terapia. Se la Sua prescrizione durasse meno giorni, Le permetteremo di avere più rinnovi fino a un massimo di 98 giorni di fornitura della terapia. (Si noti che la farmacia per le cure a lungo termine di volta in volta potrebbe fornire il farmaco in quantitativi minori, in modo da evitare sprechi.)]*

È importante capire che questa è una fornitura temporanea di farmaco. Pertanto, prima di esaurirne la scorta, La invitiamo a discutere col nostro Piano, con chi Le prescrive il farmaco e/o col Suo team interdisciplinare (IDT) in merito alla possibilità di:

- passare da un farmaco a un altro che risulti incluso nel nostro Elenco dei farmaci; oppure
- richiedere l'approvazione per i farmaci dando prova che Lei rispetta i criteri di copertura; oppure
- richiedere un'eccezione ai nostri criteri di copertura.

Richiedendo l'approvazione per la copertura o un'eccezione ai criteri di copertura, si rientra nell'ambito delle determinazioni della copertura. La preghiamo di non considerare come approvata un'eccezione (da Lei richiesta o per cui ha fatto ricorso) soltanto perché ha ottenuto più rinnovi di un farmaco. In caso di approvazione delle eccezioni da parte del nostro Piano o del Suo team interdisciplinare, Le invieremo una notifica scritta.

Qualora Le servisse assistenza per richiedere la determinazione della copertura, comprese le eccezioni, o nel caso in cui desiderasse maggiori informazioni sulle tempistiche di copertura di una fornitura temporanea

di un farmaco, contatti il reparto Servizi per i Partecipanti al Piano (Plan Participant Services) o il Suo gestore delle cure al numero 1-855-462-3167. I non udenti possono chiamare il numero 711. Il personale telefonico è disponibile 7 giorni su 7, dalle 8 alle 20. Potrà richiedere la determinazione di copertura in qualsiasi momento. **In fondo al presente documento sono riportate le istruzioni su come modificare le Sue attuali prescrizioni, richiedere la determinazione di copertura, incluse le eccezioni e presentare ricorso contro una richiesta respinta, qualora non fosse d'accordo con la nostra decisione di copertura.**

Quanto segue è una spiegazione dei motivi per cui almeno uno dei Suoi farmaci non è coperto o risulta limitato.

**[Nome del farmaco:** <name of drug>

**Data della preparazione:** <date filled>

**Motivo della notifica:** questo farmaco non è incluso nel nostro Elenco dei farmaci. Non continueremo a pagare il farmaco una volta che ne avrà ricevuto la fornitura temporanea di massimo [XX] giorni che siamo tenuti a coprire, a meno che Lei non ottenga un'eccezione all'Elenco dei farmaci da parte del nostro piano o del Suo team interdisciplinare.]

**[Nome del farmaco:** <name of drug>

**Data della preparazione:** <date filled>

**Motivo della notifica:** questo farmaco non è incluso nel nostro Elenco dei farmaci. Inoltre, potremmo non fornire il quantitativo completo che era prescritto, essendo limitato il quantitativo di questo farmaco, che forniamo di volta in volta. Si tratta di un caso di limite quantitativo, che imponiamo per ragioni di sicurezza. Oltre a imporre limiti quantitativi all'erogazione di questo farmaco per ragioni di sicurezza, non continueremo a pagare il farmaco una volta che ne avrà ricevuto la fornitura temporanea di massimo [XX] giorni che siamo tenuti a coprire, a meno che Lei non ottenga un'eccezione all'Elenco dei farmaci da parte del nostro piano o del Suo team interdisciplinare.]

**[Nome del farmaco:** <name of drug>

**Data della preparazione:** <date filled>

**Motivo della notifica:** questo farmaco è incluso nel nostro Elenco dei farmaci ma richiede l'autorizzazione preliminare. A meno che Lei non ottenga un'autorizzazione preliminare dal nostro Piano o dal Suo team interdisciplinare, dimostrandoci che rispetta determinati requisiti, o che non ottenga un'eccezione ai requisiti di autorizzazione preliminare da parte nostra, non continueremo a pagare il farmaco una volta che ne avrà ricevuto la fornitura temporanea di massimo [XX] giorni che siamo tenuti a coprire.]

**[Nome del farmaco:** <name of drug>

**Data della preparazione:** <date filled>

**Motivo della notifica:** questo farmaco è incluso nel nostro Elenco dei farmaci. Tuttavia, lo pagheremo soltanto se Lei avrà prima provato altri farmaci, nello specifico <insert step drug(s)>, come parte di ciò che chiamiamo "programma di terapia a gradini". La terapia a gradini prevede d'iniziare la terapia farmacologica con un farmaco che consideriamo sicuro, efficace e a un costo inferiore, prima di passare ad altri farmaci più costosi. A meno che Lei non provi prima gli altri farmaci inclusi nel nostro Elenco dei farmaci o che non ottenga un'eccezione ai requisiti della terapia a gradini dal Suo team interdisciplinare, non continueremo a pagare il farmaco una volta che ne avrà ricevuto la fornitura temporanea di massimo [XX] giorni che siamo tenuti a coprire.]

**[Nome del farmaco:** <name of drug>

**Data della preparazione:** <date filled>

**Motivo della notifica:** questo farmaco è incluso nel nostro Elenco dei farmaci. Tuttavia, generalmente lo pagheremo soltanto se Lei proverà prima una versione equivalente di tale farmaco. A meno che Lei non

provi prima il farmaco equivalente incluso nel nostro Elenco dei farmaci o che non ottenga un'eccezione dal Suo team interdisciplinare, non continueremo a pagare il farmaco una volta che ne avrà ricevuto la fornitura temporanea di massimo [XX] giorni che siamo tenuti a coprire.]

**[Nome del farmaco:** <name of drug>

**Data della preparazione:** <date filled>

**Motivo della notifica:** Questo farmaco è incluso nel nostro Elenco dei farmaci ed è soggetto a limiti quantitativi (QL). Non continueremo a fornire più di quanto permesso dai nostri limiti quantitativi, pari a <insert the QL>, a meno che Lei non ottenga un'eccezione dal nostro Piano o dal Suo team interdisciplinare.]

**[Nome del farmaco:** <name of drug>

**Data della preparazione:** <date filled>

**Motivo della notifica:** questo farmaco non è incluso nel nostro Elenco dei farmaci. Copriremo questo farmaco per 31 giorni mentre Lei cercherà di ottenere un'eccezione all'Elenco dei farmaci da parte del nostro Piano o del Suo team interdisciplinare. Se sta cercando di ottenere un'eccezione, prenderemo in considerazione la possibilità di continuare la copertura finché non verrà presa una decisione.

**[Nome del farmaco:** <name of drug>

**Data della preparazione:** <date filled>

**Motivo della notifica:** questo farmaco è incluso nel nostro Elenco dei farmaci e richiede l'autorizzazione preliminare. Copriremo questo farmaco per 31 giorni mentre Lei cercherà di ottenere la copertura dimostrandoci che rispetta i requisiti di autorizzazione preliminare. Può inoltre richiederci un'eccezione ai requisiti di autorizzazione preliminare se ritiene che non dovrebbero essere applicati al Suo caso per ragioni mediche.]

**[Nome del farmaco:** <name of drug>

**Data della preparazione:** <date filled>

**Motivo della notifica:** questo farmaco è generalmente incluso nel nostro Elenco dei farmaci, ma lo copriremo soltanto se Lei avrà prima provato determinati altri farmaci come parte del nostro "programma di terapia a gradini". La terapia a gradini prevede d'iniziare la terapia farmacologica con un farmaco che consideriamo sicuro, efficace e a un costo inferiore, prima di passare ad altri farmaci più costosi. Copriremo questo farmaco per 31 giorni mentre Lei cercherà di ottenere la copertura dimostrandoci che rispetta i requisiti di terapia a gradini. Può inoltre richiederci un'eccezione ai requisiti di terapia a gradini se ritiene che non dovrebbe essere applicata al Suo caso per ragioni mediche.]

### **Come posso cambiare la mia prescrizione?**

Se uno dei Suoi farmaci non è incluso nel nostro Elenco dei farmaci, oppure è incluso pur prevedendo di essere soggetto a limitazioni, Lei potrà chiederci quali altri farmaci, utilizzati per trattare la Sua condizione medica sono, inclusi nel nostro Elenco dei farmaci e di approvare la copertura dimostrandoci che rispetta i nostri criteri oppure richiederci un'eccezione. La invitiamo a chiedere a chi le prescrive il farmaco se l'altro farmaco da noi coperto possa essere un'opzione per Lei. Lei ha diritto di richiederci un'eccezione per coprire il farmaco originariamente prescritto. Se richiede un'eccezione, chi le prescrive il farmaco sarà tenuto a fornirci una dichiarazione che motivi la ragione per cui l'autorizzazione preliminare o il limite quantitativo o di altra natura che abbiamo applicato al farmaco non risulti appropriato al Suo caso da un punto di vista medico.

### **Come posso richiedere la determinazione della copertura, incluse le eccezioni?**

Lei o chi le prescrive il farmaco può contattarci per richiedere la determinazione della copertura, incluse le eccezioni. Il Gestore dei benefici farmaceutici (Pharmacy Benefit Manager, PBM) di Elderplan FIDA Total Care è CVS/Caremark. L'indirizzo di CVS/Caremark è P.O. Box 52000, MC109, Phoenix, AZ 85072-2000. Il numero di fax di CVS/Caremark è 1-855-633-7673. Il numero di telefono di CVS/Caremark è 1-866-443-0935, disponibile 24 ore su 24, 7 giorni su 7. I non udenti possono chiamare il 711. Il Suo gestore delle cure può aiutarla in questa richiesta.

Se richiede la copertura di un farmaco non incluso nel nostro Elenco dei farmaci oppure un'eccezione alla regola di copertura, chi le prescrive il farmaco sarà tenuto a fornire una dichiarazione a sostegno della Sua richiesta. Potrebbe esserle utile portare il presente avviso a chi le prescrive il farmaco oppure inviargliene una copia in ufficio/ambulatorio. Qualora la richiesta di eccezione sia relativa a un farmaco non incluso nel nostro Elenco dei farmaci, la dichiarazione di chi le prescrive il farmaco dovrà indicare che il farmaco richiesto è necessario da un punto di vista medico per trattare la Sua condizione, in quanto tutti gli altri farmaci inclusi nel nostro Elenco dei farmaci sarebbero meno efficaci del farmaco richiesto oppure avrebbero effetti avversi su di Lei. Qualora la richiesta di eccezione implichi una regola di copertura prevista per un farmaco incluso nell'Elenco dei farmaci, la dichiarazione di chi le prescrive il farmaco dovrà indicare che la regola di copertura non sarebbe appropriata per Lei data la Sua condizione oppure che avrebbe effetti avversi su di Lei.

Il nostro Piano o il Suo team interdisciplinare deve farle pervenire la rispettiva decisione entro 24 ore in caso di richiesta urgente, oppure entro 72 ore in caso di richiesta standard, entrambe a partire dalla ricezione della Sua richiesta. Per le eccezioni, farà fede il momento della ricezione della dichiarazione di chi le prescrive il farmaco. La Sua richiesta sarà considerata urgente se il nostro Piano o il Suo team interdisciplinare determineranno, o se chi le prescrive il farmaco ci informerà, che la Sua vita, salute o capacità di riottenere la massima funzionalità potrebbero essere seriamente compromesse nell'attesa di una decisione standard.

### **Cosa succede se la mia richiesta di copertura viene respinta?**

Se la Sua richiesta di copertura viene respinta, Lei ha il diritto di presentare ricorso chiedendo una revisione della decisione precedente, altrimenti detta "nuova risoluzione". Dovrà presentare tale ricorso entro sessanta (60) giorni solari dalla data della nostra decisione, resa in forma scritta, sulla richiesta di determinazione di copertura. [Accettiamo richieste standard per telefono e per iscritto.](#) Accettiamo richieste urgenti per telefono e per iscritto. Il Gestore dei benefici farmaceutici (Pharmacy Benefit Manager, PBM) di Elderplan FIDA Total Care è CVS/Caremark. L'indirizzo di CVS/Caremark è P.O. Box 52000, MC109, Phoenix, AZ 85072-2000. Il numero di fax di CVS/Caremark è 1-855-633-7673. Il numero di telefono di CVS/Caremark è 1-866-443-0935, disponibile 24 ore su 24, 7 giorni su 7. I non udenti possono chiamare il 711. . Le istruzioni su come presentare di un ricorso sono contenute nel Capitolo 9 del Manuale del Partecipante, oppure possono esserle fornite dal Suo gestore delle cure, dal reparto Servizi per i Partecipanti (Participant Services) o dai difensori civici del piano FIDA.

Qualora Le servisse assistenza per richiedere la determinazione della copertura, comprese le eccezioni, o nel caso in cui desiderasse maggiori informazioni sulle tempistiche di copertura di una fornitura temporanea di un farmaco, contatti il reparto Servizi per i Partecipanti (Plan Participant) del piano al numero 1-855-462-3167, non udenti 711. Il personale telefonico è disponibile 7 giorni su 7, dalle 8 alle 20. Potrà richiedere la determinazione di copertura in qualsiasi momento. Può inoltre visitare il nostro sito internet all'indirizzo [www.elderplanfida.org](http://www.elderplanfida.org).

Distinti saluti,

## Piano Elderplan FIDA Total Care (Medicare-Medicaid Plan)

---

Elderplan FIDA Total Care (Medicare-Medicaid Plan) è un piano di cure gestite che stipula contratti sia con Medicare, sia con il Dipartimento di Sanità dello Stato di New York (Medicaid) per fornire i benefici di entrambi i programmi ai Partecipanti tramite la dimostrazione denominata FIDA (Fully Integrated Duals Advantage).

L'Elenco dei farmaci coperti e/o le reti di fornitori e farmacie possono subire variazioni nel corso dell'anno. Le invieremo un avviso prima di apportare qualsiasi cambiamento che possa influire su di Lei.

I benefici possono subire variazioni a partire dal 1° gennaio di ogni anno.

Lo Stato di New York ha creato un programma con difensori civici denominato "Independent Consumer Advocacy Network" (ICAN) per fornire ai Partecipanti un'assistenza gratuita e riservata su qualsiasi servizio offerto dal nostro Piano. Può contattare l'ICAN al numero verde 1-844-614-8800 oppure online all'indirizzo [icannys.org](http://icannys.org). I non udenti possono chiamare il numero 711, quindi seguire le indicazioni per selezionare il numero 844-614-8800.

**ATTENZIONE:** Se non è madrelingua inglese o richiede assistenza nella lingua dei segni americana (ASL), sono a Sua disposizione servizi gratuiti di assistenza linguistica. Chiami il numero 1-855-462-3167 (non udenti: 711).

(Spagnolo) **ATENCIÓN:** si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-462-3167 (TTY: 711).

(Cinese) 注意: 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 1-855-462-3167 (TTY: 711)。

(Russo) **ВНИМАНИЕ:** Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-462-3167 (телетайп: 711).

(Creolo francese) **ATANSYON:** Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-855-462-3167 (TTY: 711).

(Coreano) 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-462-3167 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

(Italiano) **ATTENZIONE:** In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiami il numero 1-855-462-3167 (non udenti: 711).

(Yiddish) אויפגעקוזאם: אויב איר רעדט אידיש, זענען פארהאן פאר אייך שפראך הילף סערוויסעס פריי פון אפצאל. רופט 1-855-462-3167 (TTY: 711).

(Bengali) লক্ষ্য করুনঃ যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে ফোন করুন 1-855-462-3167 (TTY: 711).

(Polacco) **UWAGA:** Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-855-462-3167 (TTY: 711).

(Arabo) ملحوظة: إذا كنت تتحدث لغة غير الإنجليزية أو تحتاج إلى مساعدة في ASL، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك مجاناً.  
اتصل برقم (TTY: 711) 1-855-462-3167.

(Francese) ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-462-3167 (ATS: 711).

(Urdu) خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں  
1-855-462-3167 (TTY: 711).

(Tagalog) PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-462-3167 (TTY: 711).

(Greco) ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-855-462-3167 (TTY: 711).

(Albanese) KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-855-462-3167 (TTY: 711).