



6323 Seventh Avenue  
Brooklyn, NY 11220

**ВАШ(И) ПРЕПАРАТ(Ы) НЕ ВХОДИТ(ЯТ) В НАШ СПИСОК ОПЛАЧИВАЕМЫХ ПРЕПАРАТОВ  
(ФОРМУЛЯР)  
ЛИБО ПОДПАДАЕТ(ЮТ) ПОД ОПРЕДЕЛЕННЫЕ ОГРАНИЧЕНИЯ**

<DATE>

<PARTICIPANT NAME>

<ADDRESS>

<CITY, STATE ZIP>

Уважаемый(ая) <PARTICIPANT NAME>!

Настоящим письмом уведомляем Вас, что план Elderplan FIDA Total Care (Medicare-Medicaid Plan) предоставил Вам временный запас следующих рецептурных препаратов: <list medication(s) here>.

Этот препарат(ы) либо не включен(ы) в наш Список оплачиваемых препаратов («формуляр» или, кратко, «Список препаратов»), либо включен(ы) в Список препаратов, но на него (них) распространяются определенные ограничения, которые более подробно описаны ниже. Наш план обязан предоставить Вам временный запас следующих рецептурных препаратов на следующих условиях:

*[Insert for Participants who do not reside in an LTC facility: Мы обязаны предоставить амбулаторным пациентам запас препарата на срок до 90 дней. Если Ваш рецепт выписан на срок менее 90 дней, мы разрешим получить препарат несколько раз, на общий срок до 90 дней.]*

*[Insert for Participants who reside in an LTC facility: Для участников, проживающих в учреждении долгосрочного ухода, мы обязаны предоставить запас препарата на срок до 98 дней, в зависимости от лимитов выдачи. Если Ваш рецепт выписан на меньшее число дней, мы разрешим получить препарат несколько раз, на общий срок до 98 дней. (Обращаем Ваше внимание на то, что аптека учреждения долгосрочного ухода может отпускать препарат в меньших количествах во избежание излишних расходов).]*

Важно, чтобы Вы понимали, что данный запас препаратов является временным. Вам следует заблаговременно проконсультироваться с сотрудником плана, выписавшим рецепт врачом или Вашей междисциплинарной группой по поводу следующего:

- не следует ли Вам перейти на другой(ие) препарат(ы), входящий(е) в наш Список препаратов;
- не следует ли Вам обратиться за утверждением Вашего(их) препарата(ов), продемонстрировав, что вы отвечаете требованиям к покрытию;
- не следует ли Вам попросить предоставить Вам исключение из наших требований к покрытию препаратов.

Обращение за утверждением покрытия или предоставлением исключения из требований к покрытию называется запросом решения о страховом покрытии. Тот факт, что Вы продолжаете получать данный препарат в настоящее время, не означает, что поданный Вами запрос решения о страховом покрытии, в том числе о предоставлении исключения, утвержден. Если наш план или Ваша

междисциплинарная группа утвердят Ваш запрос о страховом покрытии, мы направим Вам письменное уведомление.

Если Вам нужна помощь в подаче запроса решения о страховом покрытии, в том числе о предоставлении исключения, или дополнительная информация о случаях, в которых мы покрываем временный запас препаратов, позвоните в Службу поддержки участников нашего плана или своему менеджеру по уходу по телефону 1-855-462-3167. Пользователям ТТУ следует звонить по номеру 711. С сотрудниками плана можно побеседовать в любой день недели с 8:00 до 20:00. Запрос решения о страховом покрытии можно подать в любое время. **Инструкции о том, как перейти с принимаемых Вами в настоящее время препаратов на другие, подать запрос решения о страховом покрытии, в том числе о предоставлении исключения, или обжаловать отказ, приведены в конце письма.**

Ниже приведены основания, по которым Ваши препараты не покрываются нашим планом, либо на них распространяются ограничения.

**[Наименование препарата:** <name of drug>

**Дата отпуска:** <date filled>

**Основание для уведомления:** Этот препарат не входит в наш Список препаратов. Если наш план или Ваша междисциплинарная группа не предоставят Вам исключения из правил, предусмотренных Списком препаратом, мы не будем продолжать оплачивать стоимость этого препарата после получения Вами его временного запаса на срок до [XX] дней, который мы обязаны покрыть.]

**[Наименование препарата:** <name of drug>

**Дата отпуска:** <date filled>

**Основание для уведомления:** Этот препарат не входит в наш Список препаратов. Кроме того, мы не смогли предоставить полное количество выписанного препарата, поскольку мы ограничиваем его количество, отпускаемое за раз. Это называется «количественным ограничением», и мы устанавливаем его из соображений безопасности. Помимо наложения количественных ограничений (норм отпуска препарата) по соображениям безопасности, мы не будем продолжать оплачивать стоимость этого препарата после получения Вами его запаса на срок до [XX] дней, который мы обязаны покрыть, если наш план или Ваша междисциплинарная группа не предоставят Вам исключения из правил, предусмотренных Списком препаратов.]

**[Наименование препарата:** <name of drug>

**Дата отпуска:** <date filled>

**Основание для уведомления:** Этот препарат входит в наш Список препаратов, однако требует получения предварительного разрешения. Если наш план или Ваша междисциплинарная группа не дадут Вам предварительное разрешение на основании того, что Вы отвечаете определенным требованиям, или не предоставят исключения из требования о получении предварительного разрешения, мы не будем продолжать оплачивать стоимость этого препарата после получения Вами его временного запаса на срок до [XX] дней, который мы обязаны покрыть.]

**[Наименование препарата:** <name of drug>

**Дата отпуска:** <date filled>

**Основание для уведомления:** Этот препарат входит в наш Список препаратов. Однако мы будем оплачивать стоимость этого препарата, только если Вы сперва попытаете использовать другой(ие) препарат(ы), <Insert Step 1 drug(s)>, в рамках программы «поэтапной терапии» (step therapy program). Поэтапная терапия требует начать лекарственное лечение с менее дорогого препарата, который мы считаем безопасным и эффективным, прежде чем переходить к другим, более дорогостоящим препаратам. Если Вы не сделаете попытки использовать другой(ие) препарат(ы), входящий(ие) в

наш Список препаратов, либо если наш план или Ваша междисциплинарная группа не предоставят Вам исключения из требования прохождения поэтапной терапии, мы не будем продолжать оплачивать стоимость этого препарата после получения Вами его временного запаса на срок до [XX] дней, который мы обязаны покрыть.]

**[Наименование препарата:** <name of drug>

**Дата отпуска:** <date filled>

**Основание для уведомления:** Этот препарат входит в наш Список препаратов. Тем не менее, мы будем оплачивать его стоимость только после того, как Вы сперва попытаете использовать его непатентованный (генерический) вариант. Если Вы не сделаете попытки использовать непатентованный (генерический) вариант препарата, входящий в наш Список препаратов, либо если наш план или Ваша междисциплинарная группа не предоставят Вам исключения из этого требования, мы не будем продолжать оплачивать стоимость этого препарата после получения Вами его временного запаса на срок до [XX] дней, который мы обязаны покрыть.]

**[Наименование препарата:** <name of drug>

**Дата отпуска:** <date filled>

**Основание для уведомления:** Этот препарат входит в наш Список препаратов, однако на него наложено количественное ограничение (quantity limit, QL). Мы не можем предоставить данный препарат в количестве, превышающем наше количественное ограничение, которое составляет <insert the QL>, если наш план или Ваша междисциплинарная группа не предоставят Вам исключения из этого правила.]

**[Наименование препарата:** <name of drug>

**Дата отпуска:** <date filled>

**Основание для уведомления:** Этот препарат не входит в наш Список препаратов. Мы оплатим 31-дневный запас этого препарата в период Вашего обращения в наш план или Вашу междисциплинарную группу за получением исключения из правила. Если Вы уже подали такой запрос, мы рассмотрим возможность продолжения покрытия препарата до принятия решения по Вашему запросу.]

**[Наименование препарата:** <name of drug>

**Дата отпуска:** <date filled>

**Основание для уведомления:** Этот препарат входит в наш Список препаратов и требует получения предварительного разрешения. Мы оплатим 31-дневный запас этого препарата в период рассмотрения Вашего запроса о его покрытии на основании предоставленного Вами подтверждения того, что Вы выполнили требования, касающиеся получения предварительного разрешения. Вы также можете обратиться к нам с просьбой предоставить Вам исключение из требования о предварительном разрешении, если считаете, что оно неприменимо к Вашей ситуации по медицинским основаниям.]

**[Наименование препарата:** <name of drug>

**Дата отпуска:** <date filled>

**Основание для уведомления:** Этот препарат входит в наш Список препаратов, однако его стоимость будет покрыта только после того, как Вы сперва попытаете использовать другие препараты в рамках нашей программы «поэтапной терапии» (step therapy). Поэтапная терапия требует начать лекарственное лечение с менее дорогого препарата, который мы считаем безопасным и эффективным, прежде чем переходить к другим, более дорогостоящим препаратам. Мы оплатим 31-дневный запас этого препарата в период рассмотрения Вашего запроса о его покрытии на основании предоставленного Вами подтверждения того, что Вы выполнили требования прохождения поэтапной терапии. Вы также можете обратиться к нам с просьбой предоставить Вам

исключение из требования поэтапной терапии, если Вы считаете, что оно неприменимо к Вашей ситуации по медицинским основаниям.]

### **Как перейти на прием другого рецептурного препарата?**

Если выписанный Вам препарат не входит в Список препаратов, либо входит, но на него наложено количественное ограничение, Вы можете узнать у нас, покрывается ли планом стоимость других препаратов, используемых для лечения Вашего заболевания, попросить нас утвердить покрытие Вашего препарата на основании того, что Вы отвечаете нашим требованиям, или попросить нас о предоставлении Вам исключения. Если мы покрываем стоимость других препаратов, используемых для лечения Вашего заболевания, мы рекомендуем Вам узнать у своего врача, подходит ли Вам один из покрываемых нами препаратов. У Вас есть право попросить нас предоставить Вам исключение из наших требований и покрыть стоимость первоначально выписанного(ых) препарата(ов). При подаче Вами такого запроса об исключении выписавший рецепт врач должен предоставить нам обоснование того, что требование получения предварительного разрешения на выписанный препарат, количественное ограничение либо иное ограничение, наложенное нами на принимаемый Вами препарат, неприемлемо с медицинской точки зрения в Вашем случае.

### **Как подать запрос решения о страховом покрытии, в том числе о предоставлении исключения?**

Вы или выписавший рецепт врач можете обратиться к нам с запросом решения о страховом покрытии, в том числе о предоставлении исключения из правила. Координация страхового покрытия рецептурных препаратов по плану Elderplan FIDA Total Care осуществляется организацией CVS/Caremark. Адрес: CVS/Caremark, P.O. Box 52000, MC109, Phoenix, AZ 85072-2000. Номер факса CVS/Caremark: 1-855-633-7673. Телефон CVS/Caremark: 1-866-443-0935. Линия работает круглосуточно, без выходных. Пользователям TTY/TDD следует звонить по телефону 711. Ваш менеджер по уходу может Вам в этом помочь.

Если Вы просите о покрытии стоимости препарата, не включенного в наш Список препаратов, или о предоставлении исключения из правил покрытия, то врач или другой медицинский работник, выписавший Вам рецепт, должен направить нам заявление в поддержку Вашего запроса. Рекомендуем взять данное уведомление с собой на прием к врачу, выписавшему препарат, или передать его в офис этого врача. Если запрос о предоставлении исключения касается препарата, не входящего в наш Список препаратов, то в заявлении врача или другого медицинского работника, выписавшего рецепт, должно быть указано, что запрашиваемый препарат необходим по медицинским показаниям для лечения Вашего заболевания, поскольку ни один из препаратов, входящих в наш Список препаратов, не будет столь же эффективным, как запрашиваемый препарат, или окажет на Вас негативное воздействие. Если запрос об исключении касается получения предварительного разрешения или иного требования к покрытию, наложенного нашим планом на препарат, входящий в Список препаратов, то в заявлении врача или другого медицинского работника, выписавшего рецепт, должно быть указано, что такое требование к покрытию неприемлемо при Вашем заболевании или его выполнение окажет на Вас негативное воздействие.

По получении Вашего запроса наш план или Ваша междисциплинарная группа должны известить Вас о своем решении в течение 24 часов, если запрос требует ускоренного рассмотрения, либо в течение 72 часов, если подан стандартный запрос. При подаче запросов об исключении из правил покрытия отсчет времени рассмотрения начинается с момента получения заявления врача или другого медицинского работника, выписавшего Вам рецепт, в поддержку запроса. Ваш запрос будет рассмотрен в ускоренном порядке, если наш план или Ваша междисциплинарная группа сочтут, либо Ваш врач или другой медицинский работник, выписавший Вам рецепт, сообщит нам, что Ваша жизнь, здоровье или способность восстановить функции организма в максимально возможном

объеме могут быть поставлены под серьезную угрозу в случае ожидания ответа на стандартный запрос.

### **Что делать, если мой запрос о покрытии будет отклонен?**

Если Ваш запрос будет отклонен, у Вас есть право подать апелляцию (просьбу пересмотреть принятое решение и выдать повторное заключение). Вы должны подать апелляцию в течение 60 календарных дней с даты нашего первоначального решения по Вашему запросу решения о страховом покрытии. Стандартные запросы принимаются по телефону и в письменном виде. Мы принимаем запросы об ускоренном рассмотрении по телефону и в письменном виде. Координация страхового покрытия рецептурных препаратов по плану Elderplan FIDA Total Care осуществляется организацией CVS/Caremark. Адрес: CVS/Caremark, P.O. Box 52000, MC109, Phoenix, AZ 85072-2000. Номер факса CVS/Caremark: 1-855-633-7673. Телефон CVS/Caremark: 1-866-443-0935. Линия работает круглосуточно, без выходных. Пользователям ТТТ/ТДД следует звонить по телефону 711. Инструкции о порядке подачи апелляций приведены в главе 9 Справочника участника; их также можно получить у менеджера по уходу, из Службы поддержки участников или программы по разрешению спорных вопросов (FIDA Participant Ombudsman).

Если Вам нужна помощь в подаче запроса решения о страховом покрытии, в том числе о предоставлении исключения, или дополнительная информация о случаях, в которых мы покрываем временный запас препаратов, позвоните в Службу поддержки участников нашего плана по телефону 1-855-462-3167 (ТТТ/ТДД: 711). С сотрудниками плана можно побеседовать в любой день недели с 8:00 до 20:00. Запрос решения о страховом покрытии можно подать в любое время. Вы также можете посетить наш веб-сайт по адресу [www.elderplanfida.org](http://www.elderplanfida.org).

С уважением,

Elderplan FIDA Total Care (Medicare-Medicaid Plan)

---

План Elderplan FIDA Total Care (Medicare-Medicaid Plan) является планом координируемого медицинского обслуживания, заключившим контракт с программой Medicare и Департаментом здравоохранения штата Нью-Йорк (Medicaid) на предоставление участникам льгот обеих программ в рамках полностью интегрированной демонстрационной системы услуг FIDA (Fully Integrated Duals Advantage).

В Список оплачиваемых препаратов (List of Covered Drugs), а также в списки аптек и поставщиков услуг, входящих в сеть плана, могут вноситься изменения. Мы будем направлять вам уведомления обо всех предстоящих изменениях, которые затрагивают вас.

Льготы могут изменяться 1 января каждого года.

В штате Нью-Йорк действует программа по разрешению спорных вопросов под названием Independent Consumer Advocacy Network (ICAN), в рамках которой участники нашего плана могут получить бесплатную конфиденциальную помощь, если у них возникнут какие-либо проблемы с услугами, предоставляемыми планом. С ICAN можно связаться по бесплатному телефону 1-844-614-8800 или через веб-сайт [icannys.org](http://icannys.org). (Пользователям ТТТ следует звонить по номеру 711, а затем следовать инструкциям для набора номера 844-614-8800.)

ATTENTION: If you speak a non-English language or require assistance in ASL, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-462-3167 (TTY: 711).

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

(Китайский) 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)。

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

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

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

(Итальянский) ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-855-462-3167 (TTY: 711).

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

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

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

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

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

(Урду) 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)۔

(Тагальский) 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).

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

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