



6323 Seventh Avenue
Brooklyn, NY 11220

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

<DATE>

<PARTICIPANT NAME>

<ADDRESS>

<CITY, STATE ZIP>

Estimado/a <PARTICIPANT NAME>:

Deseamos informarle que Elderplan FIDA Total Care (Medicare-Medicaid Plan) le ha proporcionado un suministro temporal, del/los siguiente(s) medicamento(s) con receta: <list medication(s) here>.

Este/Estos medicamento(s) o bien no está incluido/están incluidos en nuestra Lista de medicamentos cubiertos (denominado Formulario o Lista de medicamentos, para abreviar), o sí está incluido/están incluidos en la Lista de medicamentos, pero sujeto/sujetos a ciertos límites, como se detalla más adelante en esta carta. Se requiere que nuestro plan que le proporcione un suministro temporal de este/estos medicamento(s), tal como se especifica a continuación:

[Insert for Participants who do not reside in an LTC facility: En el entorno de paciente externo, se requiere que proporcionemos un suministro del medicamento de hasta 90 días. Si su receta está indicada para menos de 90 días, permitiremos obtener varias veces los medicamentos hasta llegar a un suministro de 90 días del medicamento.]

[Insert for Participants who reside in an LTC facility: Para un residente de un centro de atención a largo plazo, se requiere que proporcionemos un suministro del medicamento para 98 días como máximo, en función del incremento de provisión. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos obtener varias veces los medicamentos hasta llegar a un suministro máximo del medicamento para 98 días. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar un uso indebido).]

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 termine(n), debe comunicarse con nuestro Plan, la persona autorizada a dar recetas o su equipo interdisciplinario (Interdisciplinary Team, IDT) acerca de:

- cambiar el/los medicamento(s) por otro(s) que está(n) en nuestra Lista de medicamentos, o
- solicitar aprobación del/los medicamento(s) demostrando que cumple con nuestros criterios de cobertura, o
- solicitar una excepción a nuestros criterios de cobertura.

Cuando solicita la aprobación para la cobertura o una excepción a los criterios de cobertura, eso se denomina determinaciones de cobertura. No debe asumir que las determinaciones de cobertura, incluidas las excepciones, que usted solicitó o apeló fueron aprobadas solo porque obtiene más resurtidos de un medicamento. Si nuestro Plan o su IDT aprueban 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 nuestro Departamento de Servicios para participantes del Plan o su Administrador de atención al 1-855-462-3167. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Los representantes en persona están disponibles los 7 días a la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Puede solicitar una determinación de cobertura en cualquier momento. **Al final de la carta, encontrará las instrucciones sobre cómo cambiar su(s) medicamento(s) con receta, 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 de por qué su(s) medicamento(s) no está(n) cubierto(s) o está(n) limitado(s).

[Nombre del medicamento: <name of drug>

Fecha de obtención: <date filled>

Motivo de aviso: este medicamento no se encuentra en nuestra Lista de medicamentos. No seguiremos pagando este medicamento después de que haya recibido un suministro temporal para hasta [XX] días que estamos obligados a cubrir a menos que obtenga una excepción a la Lista de medicamentos por parte de nuestro Plan o su IDT.]

[Nombre del medicamento: <name of drug>

Fecha de obtención: <date filled>

Motivo de aviso: este medicamento no se encuentra en nuestra Lista de medicamentos. Además, no pudimos brindar la cantidad recetada completa porque limitamos la cantidad de este medicamento que brindamos una sola vez. Esto se llama límite de cantidad y establecemos dichos límites por motivos de seguridad. Además de establecer límites sobre la cantidad que se entrega de este medicamento por razones de seguridad, no seguiremos pagando este medicamento después de que haya recibido el suministro para hasta [XX] días que estamos obligados a cubrir a menos que obtenga una excepción a la Lista de medicamentos por parte de nuestro plan o su IDT.]

[Nombre del medicamento: <name of drug>

Fecha de obtención: <date filled>

Motivo de aviso: este medicamento se encuentra en nuestra Lista de medicamentos, pero requiere autorización previa. A menos que obtenga autorización previa de nuestro Plan o su IDT demostrando que cumple con ciertos requisitos, o a menos que aprobemos su solicitud para una excepción a los requisitos de la autorización previa, no continuaremos pagando este medicamento después de que haya recibido el suministro temporal para hasta [XX] días que estamos obligados a cubrir.]

[Nombre del medicamento: <name of drug>

Fecha de obtención: <date filled>

Motivo de aviso: este medicamento se encuentra en nuestra Lista de medicamentos. 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 medicamentos 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 nuestra Lista de medicamentos primero, o que nosotros o su IDT aprobemos su solicitud para una excepción a los requisitos del tratamiento escalonado, no continuaremos pagando este medicamento después de que haya recibido el suministro temporal para hasta [XX] días que estamos obligados a cubrir.]

[Nombre del medicamento: <name of drug>

Fecha de obtención: <date filled>

Motivo de aviso: este medicamento se encuentra en nuestra Lista de medicamentos. Sin embargo, en general, solo pagaremos este medicamento si primero prueba una versión genérica de este. A menos que pruebe el medicamento genérico de nuestra Lista de medicamentos primero, o que nosotros o su IDT aprobemos su solicitud para una excepción, no continuaremos pagando este medicamento después de que haya recibido el suministro temporal para hasta [XX] días que estamos obligados a cubrir.]

[Nombre del medicamento: <name of drug>

Fecha de obtención: <date filled>

Motivo de aviso: este medicamento está en nuestra Lista de medicamentos y está sujeto al límite de cantidad (QL). No seguiremos proporcionando más de lo que permita nuestro límite de cantidad (el límite de cantidad es <insert the QL>), a menos que obtenga una excepción de nuestro Plan o su IDT.]

[Nombre del medicamento: <name of drug>

Fecha de obtención: <date filled>

Motivo de aviso: este medicamento no se encuentra en nuestra Lista de medicamentos. Cubriremos este medicamento con un suministro para 31 días mientras usted trata de obtener una excepción a la Lista de medicamentos de parte de nuestro Plan o su IDT. Si se encuentra en el proceso de búsqueda de una excepción, consideraremos permitir una cobertura continua hasta que se tome una decisión.]

[Nombre del medicamento: <name of drug>

Fecha de obtención: <date filled>

Motivo de aviso: este medicamento se encuentra en nuestra Lista de medicamentos y requiere autorización previa. Cubriremos este medicamento durante 31 días mientras trata de obtener cobertura demostrando que cumple con los requisitos para una autorización previa. También puede solicitarnos una excepción a los requisitos para una autorización previa si considera que no deberían aplicarse a usted por razones médicas.]

[Nombre del medicamento: <name of drug>

Fecha de obtención: <date filled>

Motivo de aviso: este medicamento se encuentra en nuestra Lista de medicamento, pero en general, tendrá cobertura 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 31 días mientras trata de obtener cobertura demostrando que cumple con los requisitos para una autorización previa. 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(n) en nuestra Lista de medicamentos, o está(n) en nuestra Lista de medicamentos pero hemos establecido un límite sobre él/ellos, puede consultarnos qué otro(s) medicamento(s) utilizado(s) para tratar su afección médica está(n) en nuestra Lista de medicamentos, solicitarnos que aprobemos la cobertura demostrando que cumple con nuestros criterios, o solicitar una excepción. Le recomendamos que consulte con la persona autorizada a dar recetas si otro(s) medicamento(s) que cubrimos 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 autorizada a dar recetas 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 desde el punto de vista médico para usted.

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

Usted o la persona autorizada a dar recetas deberá contactarse con nosotros para solicitar una determinación de cobertura, incluida una excepción. El administrador de beneficios de farmacia (Pharmacy Benefit Manager, PBM) de Elderplan FIDA Total Care es CVS/Caremark. La dirección de CVS/Caremark es P.O. Box 52000, MC109, Phoenix, AZ 85072-2000. El número de fax de CVS/Caremark es 1-855-633-7673. El número de teléfono de CVS/Caremark es 1-866-443-0935, el cual está disponible los 7 días de la semana, durante las 24 horas. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711. Su Administrador de atención puede ayudarle con esto.

Si solicita cobertura para un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos, o para una excepción a la regla de cobertura, la persona autorizada a dar recetas debe proporcionar una declaración que respalde su solicitud. Puede ser útil que lleve este aviso cuando visite a la persona autorizada a dar recetas o que envíe una copia a su consultorio. Si la solicitud de excepción involucra un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos, la declaración de la persona autorizada a dar recetas debe indicar que el medicamento solicitado es medicamento necesario para tratar su afección porque ninguno de los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos 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 regla de cobertura que hayamos establecido sobre un medicamento de nuestra Lista de medicamentos, la declaración de la persona autorizada a dar recetas debe indicar que la regla de cobertura no sería apropiada dada su afección o porque podría tener efectos adversos para usted.

Nuestro Plan o su IDT deben notificarle sobre su decisión dentro de las 24 horas, si la solicitud ha sido acelerada, o dentro de las 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 autorizada a dar recetas. Su solicitud será acelerada si nuestro Plan o su IDT determina, 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 decisión 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 este recurso 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 estándar por teléfono y por escrito.](#) Aceptamos solicitudes aceleradas por teléfono y por escrito. El administrador de beneficios de farmacia (Pharmacy Benefit Manager, PBM) de Elderplan FIDA Total Care es CVS/Caremark. La dirección de CVS/Caremark es P.O. Box 52000, MC109, Phoenix, AZ 85072-2000. El número de fax de CVS/Caremark es 1-855-633-7673. El número de teléfono de CVS/Caremark es 1-866-443-0935, el cual está disponible los 7 días de la semana, durante las 24 horas. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711. . El Capítulo 9 de su Manual para los participantes incluye instrucciones para presentar una apelación; también puede obtener estas instrucciones a través de su administrador de atención, el Departamento de Servicios para participantes o del Defensor de los participantes de FIDA.

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 nuestro Departamento de Servicios para participantes del Plan al 1-855-462-3167, los usuarios de TTY/TTD deben llamar al 711. Los representantes en persona están disponibles los 7 días a la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Puede solicitarnos una determinación de cobertura en cualquier momento. También puede visitar nuestro sitio web en www.elderplanfida.org.

Atentamente.

Elderplan FIDA Total Care (Medicare-Medicaid Plan)

Elderplan FIDA Total Care (Medicare-Medicaid Plan) es un plan de atención administrada que tiene un contrato con Medicare y con el Departamento de Salud del Estado de New York (Medicaid) para brindar los beneficios de ambos programas a los participantes a través de la demostración del programa Fully Integrated Duals Advantage (FIDA).

La Lista de medicamentos cubiertos o las redes de farmacias y proveedores pueden cambiar durante el año. Le enviaremos un aviso antes de que implementemos un cambio que le afecte.

Los beneficios pueden cambiar el 1.º de enero de cada año.

El estado de New York ha creado un programa del Defensor de los participantes llamado Red de Defensa del Consumidor Independiente (Independent Consumer Advocacy Network, ICAN) para brindarles a los participantes asistencia gratuita y confidencial con cualquiera de los servicios que ofrece nuestro Plan. Puede comunicarse con la ICAN al número telefónico gratuito 1-844-614-8800 o por Internet en icannys.org. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711 y seguir los pasos para marcar 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 1-800-353-3765 (TTY: 711).

(Español) ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-353-3765 (TTY: 711).

(Chino) 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 1-800-353-3765 (TTY: 711)。

(Ruso) ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-353-3765 (телетайп: 711).

(Francés criollo:) ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-353-3765 (TTY: 711).

(Coreano) 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-353-3765 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

(Italiano) ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-353-3765 (TTY: 711).

1-800- אויפמערקזאם: אויב איר רעדט אידיש, זענען פארהאן פאר אייך שפראך הילף סערוויסעס פריי פון אפצאל. 1-800-353-3765 (TTY: 711).

(Bengalí) লক্ষ্য করুনঃ যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন 1-800-353-3765 (TTY: 711)।

(Polaco) UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-353-3765 (TTY: 711).

(Árabe) ملحوظة: إذا كنت تتحدث لغة غير الإنجليزية أو تحتاج إلى مساعدة في ASL، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك مجاناً. اتصل برقم 1-800-353-3765 (TTY: 711).

(Francés) ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-353-3765 (ATS: 711).

(Urdu) خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-800-353-3765 (TTY: 711)

(Tagalo) PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-353-3765 (TTY: 711).

(Griego) ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-800-353-3765 (TTY: 711).

(Albanés) KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-800-353-3765 (TTY: 711).