*Instrucciones: Este modelo debe utilizarse para notificar a los beneficiarios dentro de los 3 días hábiles siguientes a la adjudicación del primer surtido temporal de que han recibido un suministro de transición de un medicamento porque aplican los requisitos de transición de la Parte D. Los planes deben incluir las explicaciones específicas adecuadas para la cobertura limitada de las opciones de abajo. El patrocinador puede reemplazar <Nombre del Plan> con “el Plan,” “nuestro Plan” o “su plan” en todo el aviso. El patrocinador debe utilizar el término “compuesto” en <enumerar aquí los medicamentos> o <nombre del medicamento> cuando un suministro de transición aplique a un compuesto.*

**SUS MEDICAMENTOS NO ESTÁN EN NUESTRA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS (FORMULARIO)**

**O ESTÁN SUJETOS A CIERTOS LÍMITES**

<FECHA>

<NOMBRE DEL MIEMBRO>

<DIRECCIÓN>

<CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL>

Estimado <NOMBRE DEL MIEMBRO>:

El propósito de esta carta es informarle que <Nombre del Plan> le ha provisto un suministro temporal de las siguientes recetas: <enumere medicamentos aquí>.

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

[*Insert for members who do not reside in an LTC facility:* Como paciente ambulatorio, debemos proporcionarle un máximo de *[insert supply limit (must be at least a 30-day supply)]*] del medicamento. Si su receta se ha redactado para menos días, permitiremos múltiples repeticiones de surtido para proporcionarle hasta un máximo de [*insert supply limit (must be at least a 30-day supply)*]del medicamento.] [*Insert for members who reside in a LTC facility:* Para un residente de un centro de cuidado a largo plazo, debemos proporcionar un máximo de [*insert supply limit (must be at least a 91-day supply and may be up to a 98-day supply, depending on the dispensing increment)*] del medicamento. Si su receta se ha redactado por menos días, permitiremos múltiples repeticiones de surtido para proporcionarle hasta un máximo de [*insert supply limit (must be at least a 91-day supply and may be up to a 98-day supply*)] del medicamento. (Tenga en cuenta que la farmacia de cuidado a largo plazo podría ofrecerle el medicamento en menores cantidades para evitar desperdiciarla).]

Es importante que entienda que este es un suministro temporal del medicamento. Bastante antes de que se le acabe el medicamento, debe hablar con <Nombre del Plan> y/o el profesional que redactó la receta sobre:

* cambiar el medicamento por otro que esté en el formulario, o
* solicitar una aprobación para el medicamento al demostrar que usted cumple con nuestros criterios para la cobertura, o
* solicitar una excepción a nuestros criterios para la cobertura.

Cuando solicita la aprobación de cobertura o una excepción a los criterios para la cobertura, esto se denomina determinaciones de cobertura. No debe asumir que cualquier determinación de cobertura, incluida cualquier excepción que ha solicitado o apelado, se ha aprobado simplemente por recibir más surtidos de un medicamento. Si aprobamos la cobertura, le enviaremos un aviso por escrito.

Si necesita ayuda para solicitar una determinación de cobertura, incluida una excepción, o si desea más información acerca de cuándo cubriremos un suministro temporal de un medicamento, comuníquese con nosotros al <número de teléfono gratuito>. Los usuarios de TTY deben llamar al <número TTY>. Representantes en directo están disponibles desde <días/horarios de operación cuando representantes en directo toman las llamadas>. Puede solicitarnos una determinación de cobertura en cualquier momento. **Instrucciones sobre cómo cambiar sus recetas actuales, cómo pedir una determinación de cobertura, incluida una excepción, y cómo apelar una denegación si no está de acuerdo con nuestra determinación de cobertura se explican al final de esta carta.**

Lo siguiente es una explicación específica de por qué sus medicamentos no están cubiertos o están limitados.

*[****Note****: Plans may include information about multiple temporary supplies in the same notice.]*

[**Nombre del Medicamento**: <*name of drug*>

**Fecha en que se surtió**: *<date filled*>

**Razón de la Notificación**: Este medicamento no está en nuestro formulario. [*Insert where applicable:* Además, una excepción previa que usted recibió para la cobertura de este medicamento expiró recientemente.] No seguiremos pagando por este medicamento después de que haya recibido el máximo de *[insert number]*días de suministro temporal que se nos exige que cubramos a menos que obtenga una excepción al formulario <a> <a adicional> de nosotros.]

[**Nombre del Medicamento**: <*name of drug*>

**Fecha en que se surtió**: <*date filled*>

**Razón de la notificación**: Este medicamento no está en nuestro formulario. Además, no podríamos proveer la cantidad completa que se ha recetado porque limitamos la cantidad de este medicamento que proporcionamos de una sola vez. Esto se llama límite de cantidad e imponemos esos límites por razones de seguridad. Además de imponer límites de cantidad cuando se dispense este medicamento por razones de seguridad, no seguiremos pagando por este medicamento después de que haya recibido el máximo suministro de *[insert number]*días que debemos cubrir a menos que obtenga una excepción al formulario de <Nombre del Plan>.]

[**Nombre del Medicamento**: <*name of drug*>

**Fecha en que se surtió**: <*date filled*>

**Razón de la notificación**: Este medicamento está en nuestro formulario, pero requiere autorización previa. A menos que obtenga una autorización previa de nosotros al demostrar que cumple determinados criterios, o que aprobemos su solicitud de una excepción a los requisitos de la autorización previa, no seguiremos pagando por este medicamento después de que haya recibido el suministro temporal máximo de [*insert number*] días que debemos cubrir.]

[**Nombre del Medicamento**: <*name of drug*>

**Fecha en que se surtió**: <*date filled*>

**Razón de la notificación**: Este medicamento está en nuestro formulario. Sin embargo, generalmente solo pagaremos por este medicamento si prueba primero otros medicamentos, específicamente <Inserte medicamentos de paso>, como parte de lo que llamamos una programa de terapia en etapas. La terapia en etapas es la práctica de comenzar la terapia con un medicamento de costo más bajo, seguro y efectivo antes de progresar a otros medicamentos más costosos. A menos que pruebe primero el otro medicamento en nuestro formulario, o que aprobemos su solicitud de una excepción al requisito de terapia en etapas, no seguiremos pagando por este medicamento después de que haya recibido el suministro temporal máximo de [*insert number*] días que debemos cubrir.]

**[Nombre del medicamento**: <*name of drug*>

**Fecha en que se surtió**: <*date filled*>

**Razón de la notificación**: Este medicamento está en nuestro formulario. Sin embargo, generalmente solo pagaremos por este medicamento si prueba primero una versión genérica de este medicamento. A menos que pruebe primero el medicamento genérico en nuestro formulario, o que aprobemos su solicitud de una excepción, no seguiremos pagando por este medicamento después de que haya recibido el suministro temporal máximo de [*insert number*] días que debemos cubrir.]

[**Nombre del Medicamento**: <*name of drug*>

**Fecha en que se surtió**: <*date filled*>

**Razón de la notificación**: Este medicamento está en nuestro formulario y está sujeto a un límite de cantidad (Quantity Limit, QL). No seguiremos proporcionando más de lo que permiten nuestro límite de cantidad, que es <inserte el límite de cantidad>, a menos que obtenga una excepción de <Nombre del Plan>.

***[Note****: The following choices are for Emergency Fill and Level of Care Change and are optional. However, we encourage plans to notify beneficiaries of Emergency Fill and Level of Care Change temporary supplies.]*

[**Nombre del Medicamento**: <*name of drug*>

**Fecha en que se surtió**: *<date filled*>

**Razón de la notificación**: Este medicamento no está en nuestro formulario. Cubriremos este medicamento por <días de suministro del reclamo presentado; debe ser al menos 31 días> mientras intenta obtener una excepción al formulario de <Nombre del Plan>. Si está intentando obtener una excepción ahora, consideraremos la posibilidad de permitir que continúe la cobertura hasta que se llegue a una decisión.

[**Nombre del Medicamento**: <*name of drug*>

**Fecha en que se surtió**: <*date filled*>

**Razón de la notificación**: Este medicamento está en nuestro formulario y requiere autorización previa. Cubriremos este medicamento por <días de suministro en el reclamo presentado; debe ser al menos 31 días> mientras intenta obtener cobertura al demostrarnos que cumple con los requisitos de autorización previa. También puede pedirnos una excepción a los requisitos de la autorización previa si cree que no deben aplicarse a usted por motivos médicos.

[**Nombre del Medicamento**: <*name of drug*>

**Fecha en que se surtió**: <*date filled*>

**Razón de la notificación**: Este medicamento está en nuestro formulario, pero se cubrirá solamente si prueba primero ciertos otros medicamentos como parte de nuestro programa de terapia en etapas. La terapia en etapas es la práctica comenzar la terapia con un medicamento que consideramos que es de costo más bajo, seguro y efectivo antes de progresar a otros medicamentos más costosos. Cubriremos este medicamento por <días de suministro en el reclamo presentado; debe ser al menos 31 días> mientras intenta obtener cobertura al demostrarnos que cumple con los criterios de la terapia en etapas. También puede pedirnos una excepción al requisito de la terapia en etapas si cree que no deben aplicarse a usted por motivos médicos.

**¿Qué tengo que hacer para cambiar 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 medicamentos usados para tratar su trastorno médico están en nuestro formulario, pedirnos que aprobemos la cobertura al demostrar que cumple con nuestros criterios pedirnos que hagamos una excepción. Le recomendamos que le pregunte al profesional que le receta sus medicamentos si este otro medicamento que cubrimos es una opción para usted. Usted tiene derecho a solicitar una excepción para que cubramos el medicamento que se le recetó originalmente. Si pide una excepción, el profesional que le receta sus medicamentos deberá proporcionarnos una declaración que explique por qué una autorización previa, límite de cantidad u otro límite que hemos puesto en su medicamento no es médicamente adecuado para usted.

**¿Qué tengo que hacer para solicitar una determinación de cobertura, incluida una excepción?**

Usted o el profesional que le receta pueden comunicarse con nosotros para solicitar una determinación de cobertura, incluida una excepción. <Dé la dirección, número de fax, y número de teléfono necesarios>.

Si solicita la cobertura de un medicamento que no está en nuestro formulario, o una excepción a una regla de cobertura, el profesional que le receta debe proporcionarle una declaración que apoye sus solicitud. Puede que sea útil llevarle este aviso al profesional que le receta o enviar una copia a su consultorio. Si una solicitud de excepción involucra un medicamento que no está en nuestro formulario, la declaración del profesional que le receta debe indicar que el medicamento solicitado es médicamente necesario para tratar su afección porque ninguno de los medicamentos de nuestro formulario tendría la misma efectividad que el medicamento solicitado o le causaría efectos adversos. Si la solicitud de excepción tiene que ver con una autorización previa u otra regla de cobertura que hemos impuesto en un medicamento de nuestro formulario, la declaración del profesional que le receta debe indicar que la regla de cobertura no sería apropiada para usted dada su afección, o que tendría efectos adversos para usted.

Debemos notificarle nuestra decisión a más tardar 24 horas después, si la solicitud se ha acelerado, o a más tardar 72 horas después si la solicitud es una solicitud estándar, a partir de la fecha en que recibimos su solicitud. Para excepciones, el plazo comienza cuando obtenemos una declaración de su médico. Su solicitud se acelerará si determinamos, o si el profesional que le receta, nos informa que su vida, salud o habilidad de recuperar sus funciones máximas se pondría en serio peligro si espera una decisión estándar.

**¿Qué pasa si se me niega la solicitud de cobertura?**

Si se le niega la solicitud de cobertura, tiene derecho a apelar pidiendo una revisión de la decisión anterior, que se llama una redeterminación. Debe solicitar esta apelación dentro de los 60 días de calendario siguientes a la fecha de nuestra decisión por escrito sobre su solicitud de determinación de cobertura. *[Insert one:* <Debe presentar una solicitud estándar por escrito.> o <Aceptamos solicitudes estándar por teléfono y por escrito.> Aceptamos solicitudes aceleradas por teléfono o por escrito. <Dé la dirección, número de fax, y número de teléfono necesarios>.

Si necesita ayuda para solicitar una determinación de cobertura, incluida una excepción, o si desea más información acerca de cuándo cubriremos un suministro temporal de un medicamento, comuníquese con nosotros al <número de teléfono gratuito>, <días/horarios de operación>. Los usuarios de TTY deben llamar al <número TTY>. Representantes en directo están disponibles desde <días/horarios de operación cuando representantes en directo toman las llamadas>. Puede solicitarnos una determinación de cobertura en cualquier momento. Usted también puede visitar a nuestro sitio web en <insertar dirección web>.

Atentamente,

<Representante del Plan>

*Pursuant to §30.5 of the Medicare Marketing Guidelines, this notice must be made available in any language that is the primary language of at least five (5) percent of the plan sponsor’s PBP service area.*