



ELDERPLAN  
55 WATER ST FL 46  
NEW YORK, NY 10041-3211

(270) 90000000001



MBRFIRST MBRLAST  
2211 SANDERS RD  
207713  
NORTHBROOK, IL 60062-6150

16 de octubre de 2023

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

Estimado/a MBRFIRST MBRLAST:

Queremos informarle que Elderplan For Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP) le ha dado un suministro temporal del siguiente medicamento: COMPOUND CAP 70MG.

Este medicamento bien sea no está incluido en nuestra lista de medicamentos cubiertos (llamado formulario) o está incluido en el formulario, pero está sujeto a ciertos límites, como se describe en más detalle más abajo. Elderplan está obligado a proporcionarle un suministro temporal de este medicamento. Si su receta es por menos días de 30, permitiremos múltiples repeticiones para darle un máximo de 30 días de suministro temporal de medicamento.

Es importante entender que este es un suministro temporal de este medicamento. Mucho antes de que se le acabe este medicamento, usted debería hablar con Elderplan y/o su médico sobre:

- Cambiar el medicamento por otro medicamento que esté en nuestro formulario, o
- Solicitar la aprobación del medicamento demostrando que usted cumple con nuestros criterios de cobertura, o
- Solicitar una excepción a nuestros criterios de cobertura.

Cuando solicita la aprobación de cobertura o una excepción a nuestros criterios de cobertura, eso se conoce como determinaciones de cobertura. No asuma que ninguna determinación de cobertura, incluyendo una excepción, que ha solicitado o apelado ha sido aprobada sólo porque recibe repeticiones de un medicamento. Si aprobamos la cobertura, entonces le enviaremos otro aviso por escrito.

Si necesita asistencia para solicitar una determinación de cobertura, incluyendo una excepción, o si desea obtener más información sobre cuándo cubriremos un suministro temporal de un medicamento,

H3347\_EPS17300\_C  
5246\_60014TMPA1SP

comuníquese con Servicio al Cliente al 1-866-490-2102. Los usuarios de teléfono de texto deben llamar al 711. Hay representantes disponibles 24 horas al día, 7 días a la semana. Puede pedirnos una decisión de cobertura en cualquier momento. También puede visitar nuestro sitio Web en [www.elderplan.org](http://www.elderplan.org).

**Las instrucciones sobre cómo cambiar su receta actual, cómo pedir una determinación de cobertura, incluyendo una excepción y cómo apelar un rechazo si está en desacuerdo con nuestra determinación de cobertura están al final de esta carta.**

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

**Nombre del medicamento:** COMPOUND CAP 70MG

**Fecha de despacho:** 10/1/2024

**Razón de la notificación:** Este medicamento no está en nuestro formulario. No seguiremos pagando por este medicamento hasta que haya recibido el máximo suministro temporal de 30 días que estamos obligados a cubrir, a menos que obtenga una excepción al formulario.

### **¿Cómo cambio mi receta?**

Si su medicamento no está en nuestro formulario, o si está en nuestro formulario, pero hemos impuesto un límite en el mismo, puede preguntarnos qué otro medicamento en nuestro formulario se usa para tratar su enfermedad, puede pedirnos que aprobemos la cobertura demostrando que cumple con nuestros criterios o puede pedirnos una excepción. Le animamos a que le pregunte a su profesional de salud si este otro medicamento que cubrimos es una opción para usted. Usted tiene el derecho de solicitar una excepción de nosotros para cubrir el medicamento que le fue recetado originalmente. Si usted solicita una excepción, su profesional de salud deberá enviarnos una declaración que explique por qué la autorización previa, el límite de cantidad u otro límite impuesto en su medicamento no son médicamente apropiados para usted.

### **¿Cómo solicito una decisión de cobertura, incluyendo una excepción?**

Usted, su representante o su profesional de salud pueden comunicarse con nosotros en su nombre para solicitar una determinación de cobertura, incluyendo una excepción. Comuníquese con nosotros a: CVS/Caremark Part D Appeals and Exceptions P.O. Box 52000, MC109 Phoenix, AZ 85072-2000; Teléfono: 1-866-490-2102; TTY: 711; Fax: 1-855-633-7673; 24 horas al día, 7 días a la semana.

Si usted solicita cobertura de un medicamento que no está en nuestro formulario o una excepción a una regla de cobertura, su profesional de salud debe proporcionar una declaración que apoye su solicitud. Podría ser útil llevarse este aviso consigo cuando vaya a ver al médico o enviar una copia a su consultorio. Si la solicitud de excepción se relaciona con un medicamento que no está en nuestro formulario, la declaración del profesional de salud debe indicar que el medicamento solicitado es necesario médicamente para tratar su condición, porque todos los demás medicamentos en nuestro formulario tendrían menor eficacia que el medicamento cubierto o tendrían un efecto adverso para usted. Si la solicitud de excepción se relaciona con una autorización previa u otras reglas de cobertura que hemos impuesto en un medicamento que está en nuestro formulario, la declaración del profesional de salud debe indicar que la regla de cobertura no sería apropiada para usted dada su enfermedad o que tendría efectos adversos para usted.

Debemos notificarle sobre nuestra decisión a más tardar dentro de las siguientes 24 horas, si la solicitud es urgente, o 72 horas si la solicitud es estándar, a partir de la fecha en la que recibamos su solicitud. Para las excepciones, el plazo comienza cuando obtenemos la declaración del profesional de salud. Su solicitud será

urgente si determinamos, o el profesional de salud nos informa, que su vida, salud o habilidad de recobrar sus plenas funciones podrían estar en serio peligro si espera por una solicitud estándar.

### **¿Qué pasa si mi solicitud es denegada?**

Si su solicitud de cobertura es denegada, usted tiene el derecho de apelar, solicitando una revisión de la decisión anterior, lo cual se conoce como redeterminación. Debe solicitar esta apelación dentro de los 60 días calendario siguientes a la fecha de nuestra decisión por escrito en su solicitud de determinación de cobertura. Aceptamos solicitudes estándar por teléfono y por escrito. Aceptamos solicitudes rápidas por teléfono y por escrito. Comuníquese con nosotros a: CVS Caremark Part D Appeals and Exceptions P.O. Box 52000, MC109 Phoenix, AZ 85072-2000; Teléfono: 1-866-490-2102; TTY: 711; Fax: 1-855-633-7673; 24 horas al día, 7 días a la semana.

Atentamente,

Elderplan

El formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario. Esta no es una lista completa de los medicamentos que cubre nuestro plan. Para consultar un listado completo o si tiene otras preguntas, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para los miembros de Elderplan al 1-800-353-3765 (los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711) de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, o visite [www.elderplan.org](http://www.elderplan.org).

# Multi-Language Insert

## Multi-language Interpreter Services

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-866-490-2102. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

**Spanish:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-866-490-2102. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-866-490-2102。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

**Chinese Cantonese:** 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-866-490-2102。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-866-490-2102. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

**French:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-866-490-2102. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-866-490-2102 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-866-490-2102. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-866-490-2102. 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

**Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-866-490-2102. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

**Arabic:** إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-866-490-2102. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-866-490-2102 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

**Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-866-490-2102. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portuguese:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-866-490-2102. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-866-490-2102. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-866-490-2102. Ta usługa jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-866-490-2102 にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサービスです。

**Armenian:** Մեր ունեւոր բանավոր թարգմանչի անվճար ծառայություններ, որոնց օգնությամբ կստանաք մեր բժշկական ապահովագրության կամ դեղերի ծրագրի վերաբերյալ բոլոր հնարավոր հարցերի պատասխանները: Թարգմանչի ծառայություններ պատվիրելու համար պարզապես զանգահարեք 1-866-490-2102: Անձնակազմի որևէ անդամ, որը խոսում է անգլերեն կամ այլ լեզվով, կարող է օգնել ձեզ: Ծառայությունն անվճար է:

**Cambodian:** មានផ្តល់ជូនសេវាកម្រិតដោយឥតគិតថ្លៃ ដើម្បីឆ្លើយទៅនឹងសំណួរណាមួយ ដែលអ្នកអាចមានអំពីគម្រោងសុខភាព ឬឱសថរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែ សូមទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខ 1-866-490-2102 ។ នោះនឹងអ្នកដែលអាចនិយាយភាសាខ្មែរនឹងជួយអ្នក។ នេះគឺជាសេវាឥតគិតថ្លៃ។

**Farsi:**

ما خدمات مترجم رایگان داریم تا به هر سوالی که ممکن است در مورد طرح سلامت یا در مورد داروی خود داشته باشید پاسخ دهیم. برای دریافت مترجم، کافیهست با ما تماس بگیرید 1-866-490-2102. فردی که به زبان انگلیسی/زبان شما صحبت می‌کند می‌تواند به شما کمک کند. این خدمت، رایگان است.

**Hawaiian:** Loa'a ke kōkua unuhi 'ōlelo no ka pane 'ana i kāu mau nīnau no kā mākou papa hana olakino a lā'au lapa'au paha. Ke makemake 'oe e kauoha no kēia kōkua, e kelepona mai iā mākou ma ka helu 1-866-490-2102. Na kekahi kanaka 'ōlelo Hawai'i e kōkua iā 'oe. He kōkua uku 'ole.

**Ilocano:** Adda libre a serbisiomi a panagipatarus tapno masungbatan ti aniaman a saludsodmo panggep iti planomi iti salun-at wenno agas. Tapno makaala iti agipatarus, tawagandakami laeng iti 1-866-490-2102. Matulungannaka ti Ilocano ti pagsasaona. Libre daytoy a serbisyo.

**Samoan:** Ua i ai la matou 'au'aunaga fa'amatala'upu fai fua e leai se totogi e tali ai ni au fesili e ono i ai e uiga i le soifua maloloina pe o alafua tau fuala'au. Ina ia maua se fa'amatala'upu, na o le vili mai o matou 'i le 1-866-490-2102. 'O se tasi e tautala i le Gagana Fa'asāmoa e mafai ona fesoasoani iate 'oe. 'O lenei 'au'aunaga e fai fua.