



6323 Seventh Avenue
Brooklyn, NY 11220

<Date>

<MEMBER NAME>

<MEMBER ADDRESS>

<MEMBER CITY, STATE ZIP>

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

Estimado(a) <Member Name>:

Deseamos informarle que Elderplan le ha proporcionado un suministro temporal, del siguiente medicamento con receta: <name of drug>.

Este medicamento no está incluido en nuestra lista de medicamentos cubiertos (denominada Formulario), o si está incluido en el Formulario, pero está sujeto a ciertos límites, como se detalla más adelante en esta carta. Se requiere que Elderplan le proporcione un suministro temporal de este medicamento. Si su medicamento con receta está indicado para menos de <MonthSupply> días, permitiremos obtener varias veces los medicamentos hasta llegar a un suministro máximo del medicamento para <MonthSupply> días.

Es importante que usted entienda que este es un suministro temporal de este medicamento. Mucho antes de que se termine este medicamento, debe comunicarse con Elderplan o con la persona autorizada a dar recetas acerca de lo siguiente:

- cambiar el medicamento por otro que esté en nuestro Formulario,
- solicitar aprobación del medicamento, 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 suponer que las determinaciones de cobertura, incluidas las excepciones, que usted solicitó o apeló fueron aprobadas solo porque obtiene más resurtidos de un medicamento. Si aprobamos 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 nosotros al 1-866-490-2102. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Los representantes en persona están disponibles 7 días a la semana, las 24 horas del día. Puede pedirnos que tomemos una

H3347_EPS16457_C_Translation
5246_60014TMPA1SP

determinación de cobertura en cualquier momento. **Al final de la carta, encontrará las instrucciones sobre cómo cambiar su medicamento con receta actual, cómo solicitar una determinación de cobertura (incluida una excepción) y cómo apelar una denegación si no está de acuerdo con nuestra determinación de cobertura.**

A continuación se encuentra(n) la explicación(es) de por qué su medicamento no está cubierto o está limitado.

NO SE ENCUENTRA EN EL FORMULARIO MOTIVO TF (N) 1A, 1B y 1C:

Nombre del medicamento: <name of drug>

Fecha de obtención: <date filled>

Motivo de aviso: este medicamento no se encuentra en nuestro Formulario. No seguiremos pagando este medicamento después de que haya recibido el suministro temporal para <MonthSupply> días como máximo que estamos obligados a cubrir a menos que obtenga una excepción al Formulario por nuestra parte.

AUTORIZACIÓN PREVIA MOTIVO TF (P) 2A, 2B y 2C:

Nombre del medicamento: <name of drug>

Fecha de obtención: <date filled>

Motivo de aviso: este medicamento se encuentra en nuestro Formulario, pero requiere autorización previa. A menos que obtenga autorización previa de nuestra parte que demuestre que cumple con ciertos requisitos, o que aprobemos su solicitud para una excepción a los requisitos de la autorización previa, no continuaremos pagando por este medicamento después de que haya recibido el suministro temporal para <MonthSupply> días como máximo que estamos obligados a cubrir.

TRATAMIENTO ESCALONADO MOTIVO TF (S) 3A, 3B y 3C:

Nombre del medicamento: <name of drug>

Fecha de obtención: <date filled>

Motivo de aviso: este medicamento se encuentra en nuestro Formulario. Sin embargo, en general, solo pagaremos este medicamento si primero prueba otro(s) medicamento(s), concretamente <AltDrugsS>, como parte de lo que llamamos programa de tratamiento escalonado. El tratamiento escalonado consiste en la práctica de comenzar el tratamiento con medicamentos que consideramos seguros, eficaces y de menor costo, antes de pasar a otros medicamentos más costosos. A menos que pruebe otro(s) medicamento(s) de nuestro Formulario primero, o que aprobemos su solicitud para una excepción a los requisitos del tratamiento escalonado, no continuaremos pagando por este medicamento después de que haya recibido el suministro temporal para <MonthSupply> días como máximo que estamos obligados a cubrir.

LÍMITE DE CANTIDADES MOTIVO TF (Q) 4A, 4B y 4C:

Nombre del medicamento: <name of drug>

Fecha de obtención: <date filled>

Motivo de aviso: este medicamento está en nuestro Formulario y está sujeto a un límite de cantidad (QL). No continuaremos brindando más de lo que permitan nuestros QL, que es <AltDrugsQ>, a menos que obtenga una excepción de Elderplan.

¿Cómo cambio mi medicamento con receta?

Si su medicamento no se encuentra en nuestro Formulario, o está en nuestro Formulario pero hemos establecido un límite sobre él, puede consultarnos qué otro medicamento utilizado para tratar su afección médica está en nuestro Formulario, 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 medicamento que cubrimos es una opción para usted. Tiene derecho a solicitarnos una excepción para que cubramos el medicamento que fue recetado 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 comunicarse con nosotros para solicitar una determinación de cobertura, incluida una excepción. Comuníquese con nosotros a: CVS/Caremark P.O. Box 52000, MC109, Phoenix, AZ 85072-2000; Número de teléfono: 1-866-490-2102; TTY: 711; Fax: 1-855-633-7673 durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

Si solicita cobertura para un medicamento que no está en nuestro Formulario o 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 nuestro Formulario, la declaración de la persona autorizada a dar recetas debe indicar que el medicamento solicitado es médicamente necesario para tratar su afección porque ninguno de los medicamentos de nuestro Formulario sería tan efectivo 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 del Formulario, 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.

Debemos notificarle sobre nuestra 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 determinamos, 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 solicitud 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. Comuníquese con nosotros a: CVS/Caremark P.O. Box 52000, MC109, Phoenix, AZ 85072-2000; Número de teléfono: 1-866-490-2102; TTY: 711; Fax: 1-855-633-7673 durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

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 nosotros al 1-866-490-2102 los 7 días de la semana, las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Los representantes en persona están disponibles las 24 horas del día, los 7 días a la semana. Puede pedirnos que tomemos una determinación de cobertura en cualquier momento. También puede visitar nuestro sitio web www.elderplan.org.

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.

Elderplan, Inc.
Aviso sobre no discriminación: la discriminación es ilegal

Elderplan/HomeFirst cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Elderplan, Inc. no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Elderplan/HomeFirst:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera efectiva con nosotros, como por ejemplo:
 - Intérpretes de lenguaje de señas calificados.
 - Información por escrito en otros formatos (letra de imprenta grande, audio, formatos electrónicos accesibles, etc.).
- Proporciona servicios de idiomas gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como por ejemplo:
 - Intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Coordinador de derechos civiles. Si considera que Elderplan/HomeFirst no le ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado de otra manera debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo ante el coordinador de derechos civiles:

Civil Rights Coordinator
6323 7th Ave
Brooklyn, NY, 11220
Teléfono: 1-877-326-9978, TTY: 711
Fax: 1-718-759-3643

Puede presentar un reclamo en persona o por correo, teléfono o fax. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, el Coordinador de derechos civiles está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos, de manera electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por teléfono o correo postal a la siguiente dirección:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Hay formularios de quejas disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Servicios de interpretación multilingües

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).

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

(Chinese) 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)。

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

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

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

(Italian) 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).

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

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

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

(Arabic) 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).

(French) 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)۔

(Tagalog) 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).

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

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