



<Street Address>
<City, State ZIP

< >

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

<DATE>
<MEMBER NAME>
<ADDRESS>
<CITY, STATE ZIP>

Estimado/a <MEMBER NAME>:

Deseamos informarle que <Plan Name> le ha proporcionado un suministro temporal del siguiente medicamento con receta: <list medication[s] here>.

Este medicamento o bien no está incluido en nuestra lista de medicamentos cubiertos (llamada nuestro formulario), o está incluido en el formulario, pero sujeto a ciertos límites como se detalla más adelante en esta carta. Se le exige a <Plan Name> que le proporcione un suministro temporal de este medicamento, como se indica a continuación:

[{Insert for members who do not reside in an LTC facility:} En el caso de pacientes externos, se nos exige que proporcionemos un suministro máximo de <insert supply limit (must be at least a 30-day supply)> del medicamento. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos obtener varias veces los medicamentos hasta llegar a 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 atención a largo plazo, se nos exige que proporcionemos 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 está indicada para menos días, permitiremos obtener varias veces los medicamentos hasta llegar a 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 atención a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el uso indebido).]

Es importante comprender que este es un suministro temporal de estos medicamentos. Mucho antes de que este medicamento se termine, usted debe hablar con <Plan Name> y/o la persona autorizada a dar recetas acerca de:

- cambiar el medicamento por otro medicamento que esté en nuestro formulario, o
- solicitar la aprobación para el medicamento, demostrando que cumple con los criterios de cobertura, o
- solicitar una excepción de nuestros criterios de cobertura.

Cuando solicita una aprobación para cobertura o una excepción de nuestros criterios de cobertura, estas se denominan determinaciones de cobertura. No asuma que toda determinación de cobertura, incluyendo las excepciones, que usted solicitó o apeló fue aprobada solo porque recibe 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 podremos cubrir un suministro temporal de un medicamento, comuníquese con nosotros al <toll free phone number>. Los usuarios de TTY deben llamar al <TTY number>. Un representante en persona se encuentra disponible desde <days/hours of operations when live representatives take calls>. Puede solicitarnos una determinación de cobertura en cualquier momento. **Al final de esta carta, se analizan las instrucciones sobre cómo modificar su 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 presenta una explicación específica de por qué su(s) medicamento(s) no <está/están> cubierto(s) o <está/están> limitado(s).

[Nombre del medicamento: <name of drug>

Fecha de obtención: <date filled>

Motivo de aviso: este medicamento no está en nuestro formulario. *[[Insert where applicable:]]* Además, una excepción previa que usted recibió para cobertura de este medicamento ha expirado recientemente.] No continuaremos pagando este medicamento después de que haya recibido el máximo de suministro temporal para <insert number> días que debemos cubrir a menos que obtenga una excepción <adicional> al formulario de nuestra parte.]

[Nombre del medicamento: <name of drug>

Fecha de obtención: <date filled>

Motivo de aviso: este medicamento no está en nuestro formulario. Además, no pudimos brindar la cantidad recetada completa, porque limitamos la cantidad de este medicamento que brindamos por una sola vez. Esto se llama límite de cantidad, y establecemos dichos límites por motivos de

{Modelo de carta de transición de la Parte D para 2017}

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 máximo para <insert number> días que estamos obligados a cubrir, a menos que obtenga una excepción al formulario por parte de <Plan Name>.]

[**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 la autorización previa de nuestra parte que indique que cumple con ciertos requisitos o que aprobamos su solicitud para una excepción a los requisitos para una autorización previa, no seguiremos pagando este medicamento después de que haya recibido el suministro temporario máximo de <insert number> días que estamos obligados a cubrir].

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

Fecha de obtención: <date filled>

Motivo de aviso: este medicamento está en nuestro formulario. 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 la terapia de medicamento 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 el otro medicamento que está en nuestro formulario primero, o que aprobemos su solicitud para una excepción a los requisitos para un tratamiento escalonado, no seguiremos pagando este medicamento después de que haya recibido el suministro temporal máximo de <insert number> días que estamos obligados a cubrir].

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

Fecha de obtención: <date filled>

Motivo de aviso: este medicamento está en nuestro formulario. Sin embargo, en general, solo pagaremos este medicamento si primero prueba una versión genérica de este. A menos que pruebe el medicamento genérico que está en nuestro formulario primero, o que aprobemos su solicitud para una excepción, no seguiremos pagando este medicamento después de que haya recibido el suministro temporal máximo de <insert number> días que estamos obligados a cubrir.]

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

Fecha de obtención: <date filled>

Motivo de aviso: este medicamento está en nuestro formulario y está sujeto a límites de cantidad (QL). No le brindaremos más de lo que permita nuestro QL, que es <insert the QL>, a menos que obtenga una excepción de <Plan Name>.

{Nota: *las siguientes opciones corresponden a un surtido de emergencia y un cambio en el nivel de atención, y son opcionales. No obstante, recomendamos a los planes que notifiquen a los beneficiarios sobre los suministros temporales de un surtido de emergencia y un cambio en el nivel de atención.*

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

Fecha de obtención: *<date filled>*

Motivo de aviso: este medicamento no está en nuestro formulario. Cubriremos este medicamento por *<days supply on filled claim – must be at least 31 days>* mientras consigue una excepción al formulario de *<Plan Name>*. Si se encuentra en el proceso de búsqueda de una excepción, consideraremos permitir la 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 nuestro formulario y requiere autorización previa. Cubriremos este medicamento por *<days supply on filled claim – must be at least 31 days>* mientras consigue cobertura demostrando que cumple con los requisitos de la autorización previa. También puede solicitarnos una excepción a los requisitos de una autorización previa, si considera que no deben 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 nuestro formulario, 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 la terapia de medicamento 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 por *<days supply on filled claim – must be at least 31 days>* mientras consigue cobertura demostrando que cumple con los criterios para un tratamiento escalonado. También puede solicitarnos una excepción al requisito para un tratamiento escalonado, si considera que no debe aplicarse a usted por razones médicas.

¿Cómo cambio mi medicamento con receta?

Si su medicamento no está en nuestro formulario, o está en nuestro formulario, pero hemos establecido un límite para ese medicamento, entonces 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 solicitarnos una excepción. Le recomendamos que consulte con la persona autorizada a dar recetas si este otro medicamento que sí cubrimos es una alternativa para usted. Tiene derecho a solicitarnos una excepción para que cubramos el medicamento que se le recetó originalmente. Si solicita una excepción, la persona

autorizada a dar recetas deberá proporcionarnos una declaración donde se indique por qué una autorización previa, límite de cantidad u otro límite que hayamos establecido para su medicamento no es apropiado para usted.

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

Usted o la persona autorizada a dar recetas puede comunicarse con nosotros para solicitar una determinación de cobertura, incluida una excepción. <Provide the necessary address, fax number, and phone number>.

Si solicita cobertura para un medicamento que no está en nuestro formulario, o una excepción a una norma de cobertura, la persona autorizada a dar recetas debe proporcionarle una declaración que respalde su solicitud. Puede resultar útil llevarle este aviso a la persona autorizada a dar recetas o enviarle 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 le causaría efectos adversos a usted. Si la solicitud de excepción involucra una autorización previa u otra norma de cobertura que hayamos impuesto a un medicamento de nuestro formulario, la declaración de la persona autorizada a dar recetas debe indicar que la norma de cobertura no es apropiada para usted debido a su afección o a que podría tener efectos adversos.

Debemos notificarle a usted de nuestra decisión en un plazo que no supere las 24 horas si la solicitud ha sido acelerada, o que no supere las 72 horas si la solicitud ha sido estándar, desde el momento en que recibimos la solicitud. Para las excepciones, el plazo comienza cuando obtenemos 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 de recuperar la función máxima puede verse gravemente perjudicada por esperar una decisión estándar.

¿Qué sucede si deniegan mi solicitud de cobertura?

Si le deniegan su solicitud de cobertura, tiene derecho a apelar solicitando una revisión de la decisión anterior, que se denomina redeterminación. Debe solicitar esta apelación dentro de los 60 días calendario desde la fecha de nuestra decisión comunicada por escrito sobre su solicitud de determinación de cobertura. *[Insert one: <Debe presentar una solicitud estándar por escrito.>* o <Aceptamos solicitudes estándares por teléfono y por escrito.> Aceptamos solicitudes aceleradas por teléfono y por escrito. <Provide the necessary address, fax number, and phone number>.

{Modelo de carta de transición de la Parte D para 2017}

Si necesita asistencia para solicitar una determinación de cobertura, incluida una excepción, o si desea obtener más información sobre cuándo podremos cubrir un suministro temporal de un medicamento, comuníquese con nosotros al <Toll-free Number>, <Days/Hours of Operation>. Los usuarios de TTY deben llamar al <TTY number>. Un representante en persona se encuentra disponible desde <days/hours of operations when live representatives take calls.> Puede solicitarnos una determinación de cobertura en cualquier momento. También puede visitar nuestro sitio web en <insert web address>.

Atentamente,

<Plan Representative>

{Conforme al inciso §30.5 de las Pautas de comercialización de Medicare, este aviso debe estar disponible en todos los idiomas que sean la lengua materna de al menos un cinco (5) por ciento del área de servicio de PBP del patrocinador del plan.}

Aetna Medicare es un plan PDP, HMO, PPO que tiene un contrato con Medicare. Nuestros planes SNP también tienen un contrato con los programas estatales de Medicaid. La inscripción en nuestros planes depende de la renovación del contrato.

El Formulario y la red de farmacias pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario.

Aetna cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. **ATENCIÓN:** Si habla un idioma que no sea inglés, se encuentran disponibles servicios gratuitos de asistencia de idiomas. Visite nuestro sitio web en www.aetnamedicare.com o llame al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación de miembro.

ESPAÑOL: **ATENCIÓN:** Si usted habla español, se encuentran disponibles servicios gratuitos de asistencia de idiomas. Visite nuestro sitio web en www.aetnamedicare.com o llame al número de teléfono que se indica en su tarjeta de identificación de afiliado.

繁體中文 (CHINO): 請注意：如果您說中文，您可以獲得免費的語言協助服務。請造訪我們的網站 www.aetnamedicare.com 或致電您的會員卡上的電話號碼。

Consulte la Evidencia de cobertura para obtener una descripción completa de los beneficios, las exclusiones, las limitaciones y las condiciones de cobertura del plan. Las características y la disponibilidad de los planes varían según el área de servicio.

<Agosto de 2016>

{Modelo de carta de transición de la Parte D para 2017}

Y0001_5040_8050_NM 09/2016

<CVS Code>

SM-0508-16 (9/16)

<Agosto de 2016>