

<DATE>

<MEMBER NAME>

<ADDRESS>

<CITY, STATE ZIP>

Estimado/a <MEMBER NAME>:

El motivo de esta carta es para informarle que, a partir del <Effective Date of OIG Exclusion> no podremos seguir cubriendo los medicamentos recetados que sean [*Insert one* <recetados> < despachados><>distribuidos><fabricados>] por [*Insert one* <NAME OF PRESCRIBER> <NAME OF PHARMACY> <NAME OF DISTRIBUTOR><NAME OF MANUFACTURER>]. Tampoco podremos cubrir nuevas recetas ni resurtidos restantes de los medicamentos recetados que usted toma actualmente.

IEHP DualChoice Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) no puede cubrir medicamentos [*Insert one* <recetados> <despachados><distribuidos> <fabricados>] por [*Insert one* <NAME OF PRESCRIBER> <NAME OF PHARMACY> <NAME OF DISTRIBUTOR><NAME OF MANUFACTURER>] porque este/a ha sido excluido/a de participar en todos los programas federales de atención médica a partir del <Effective Date of Exclusion>, incluido el programa Medicare, por la Oficina del Inspector General (Office of Inspector General, OIG) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Los planes de Medicare tienen prohibido hacer pagos por los medicamentos que sean recetados, despachados o suministrados por personas y entidades excluidas. Para obtener más información sobre las exclusiones, puede visitar el sitio web del OIG en <http://oig.hhs.gov/fraud/exclusions.asp>.

*{Sponsors should insert at least one of the three sentences below.}*

[Por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347) si necesita ayuda para encontrar otra <farmacia>.] [Por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al
1-877-273-IEHP (4347) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347) si necesita ayuda para encontrar otro proveedor en su área que pueda recetarle sus medicamentos.] [Por favor, llame al profesional que le receta si necesita ayuda para encontrar otro medicamento.] Si tiene más preguntas sobre el estado de sus recetas, estamos disponibles de 8am-pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita.

Atentamente,

<Plan Representative>

IEHP DualChoice Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) es un Plan de Salud que tiene contratos con Medicare y Medi-Cal para proporcionar los beneficios de ambos programas a los afiliados.

Última actualización: <Date>