



<Print_Date>

IEHP
P.O. Box 1800
Rancho Cucamonga, CA 91729-1800

Return Service Requested



<MEMBER FIRST NAME> <MEMBER LAST NAME>

<ADDRESS LINE 1>

<ADDRESS LINE 2>

<ADDRESS LINE 3>

<City> <ST> <ZIP>

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

Estimado/a <MEMBER FIRST NAME> <MEMBER LAST NAME>:

Deseamos informarle que [IEHP DualChoice Cal MediConnect Plan \(Medicare-Medicaid Plan\)](#) le ha proporcionado un suministro temporal del/de los siguiente[s] medicamento[s] con receta: <list medication[s] here>:

- <name of drug1>
- <name of drug2>
- <name of drug3>
- <name of drug4>
- <name of drug5>

Este/estos medicamento[s] o bien no está[n] incluido[s] en nuestra lista de medicamentos cubiertos (denominada Formulario), o bien sí está[n] incluido[s] en el Formulario, pero está[n] sujeto[s] a ciertos límites, como se detalla más adelante en esta carta. [IEHP DualChoice Cal MediConnect Plan \(Medicare-Medicaid Plan\)](#) debe proporcionarle un suministro temporal de este/estos medicamento[s]. Si su receta está indicada para menos días que <XX> días, permitiremos que realice múltiples resurtidos por un máximo de <XX> del medicamento.

Es importante que usted entienda que este es un suministro temporal de este/estos medicamento(s). Mucho antes de que este/estos medicamento[s] se termine[n], debe comunicarse con [IEHP DualChoice Cal MediConnect Plan \(Medicare-Medicaid Plan\)](#) o con la persona autorizada a dar recetas para:

- cambiar el/los medicamento[s] por otro[s] que esté[n] en nuestro formulario,

- solicitar la aprobación del/de los medicamento[s], demostrando que cumple con nuestros criterios de cobertura,
- 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 asumir 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 [1-877-273-4347](tel:1-877-273-4347). Los usuarios de TTY deben llamar al [1-800-718-4347](tel:1-800-718-4347). Los representantes en persona están disponibles de **8am – 8pm (hora del Pacífico)**, **7 días de la semana incluidos festivos**. Puede pedirnos que tomemos una determinación de cobertura en cualquier momento. **Al final de la carta, encontrará las instrucciones sobre cómo cambiar su[s] medicamento[s] con receta, cómo solicitar una determinación de cobertura, incluida una excepción, y cómo apelar una denegación si no está de acuerdo con nuestra determinación de cobertura.**

La siguiente es una explicación concreta de por qué su[s] medicamento[s] no **<está/están>** cubierto[s] o **<está/están>** limitado[s].

[Nombre del medicamento: *<DrugName>*

Fecha de obtención: *<FillDate>*

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 **<XX>** días como máximo que estamos obligados a cubrir, a menos que obtenga una excepción al Formulario **<adicional>** por nuestra parte.]

[Nombre del medicamento: *<DrugName>*

Fecha de obtención: *<FillDate>*

Motivo de aviso: este medicamento no se encuentra en nuestro Formulario. Además, no pudimos brindar la cantidad recetada completa porque limitamos la cantidad de este medicamento que brindamos una sola vez. Esto se llama límite de cantidad y establecemos dichos límites por motivos de seguridad. Además de establecer límites sobre la cantidad de este medicamento que se entrega por razones de seguridad, no seguiremos pagando este medicamento después de que haya recibido el suministro para **<XX>** días como máximo que estamos obligados a cubrir, a menos que obtenga una excepción al Formulario por parte de [IEHP DualChoice Cal MediConnect Plan \(Medicare-Medicaid Plan\)](#)]

[Nombre del medicamento: *<DrugName>*

Fecha de obtención: *<FillDate>*

Motivo de aviso: este medicamento se encuentra en nuestro Formulario, pero requiere autorización previa. A menos que obtenga autorización previa de nuestra parte demostrando 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 **<XX>** días como máximo que estamos obligados a cubrir.]

[Nombre del medicamento: *<DrugName>*

Fecha de obtención: *<FillDate>*

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 *<Insert Step drug(s)>*, como parte de lo que llamamos programa de tratamiento escalonado. El tratamiento escalonado consiste en la práctica de comenzar el tratamiento con medicamentos 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 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 *<XX>* días como máximo que estamos obligados a cubrir.]

[Nombre del medicamento: *<DrugName>*

Fecha de obtención: *<FillDate>*

Motivo de aviso: este medicamento se encuentra 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 de nuestro Formulario primero, o que aprobemos su solicitud para una excepción, no continuaremos pagando por este medicamento después de que haya recibido el suministro temporal para *<XX>* días como máximo que estamos obligados a cubrir.]

[Nombre del medicamento: *<DrugName>*

Fecha de obtención: *<FillDate>*

Motivo de aviso: este medicamento está en nuestro Formulario y está sujeto al límite de cantidad (QL). No continuaremos brindando más de lo que permitan nuestros límites de cantidad, que es *<XX>*, a menos que obtenga una excepción de [IEHP DualChoice Cal MediConnect Plan \(Medicare-Medicaid Plan\)](#).]

[Nombre del medicamento: *<DrugName>*

Fecha de obtención: *<FillDate>*

Motivo de aviso: este medicamento no se encuentra en nuestro Formulario. Cubriremos este medicamento durante *<XX>* días mientras usted trata de obtener una excepción al Formulario de parte de [IEHP DualChoice Cal MediConnect Plan \(Medicare-Medicaid Plan\)](#). Si se encuentra en el proceso de búsqueda de una excepción, consideraremos permitir una cobertura continua hasta que se tome una decisión.]

[Nombre del medicamento: *<DrugName>*

Fecha de obtención: *<FillDate>*

Motivo de aviso: este medicamento se encuentra en nuestro Formulario y requiere autorización previa. Cubriremos este medicamento durante *<XX>* días mientras trata de obtener cobertura, demostrando que cumple con los requisitos para autorización previa. También puede solicitarnos una excepción a los requisitos para una autorización previa si considera que no deberían aplicarse a usted por razones médicas.]

[Nombre del medicamento: *<DrugName>*

Fecha de obtención: *<FillDate>*

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 el tratamiento con medicamentos 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 durante <XX> días mientras trata de obtener cobertura, demostrando que cumple con los criterios del tratamiento escalonado. También puede solicitarnos una excepción al requisito para un tratamiento escalonado si considera que no debería aplicarse a usted por razones médicas.]

¿Cómo cambio mi medicamento con receta?

Si su[s] medicamento[s] no se encuentra[s] en nuestro Formulario, o está[n] en nuestro Formulario pero hemos establecido un límite sobre este/estos, puede consultarnos qué otro[s] medicamento[s] utilizado[s] para tratar su afección médica está[n] 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[s] medicamento[s] que cubrimos es/son una opción para usted. Tiene derecho a solicitarnos una excepción para que cubramos el/los medicamento[s] que fue[ron] recetado[s] 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 contactarse con nosotros para solicitar una determinación de cobertura, incluida una excepción. [IEHP DualChoice](#), [IEHP Pharmaceutical Services Department](#), P.O. Box 1800, Rancho Cucamonga, CA, 91729-1800, Fax 909-890-2058, y Teléfono 1-877-273-4347.

Si solicita cobertura para un medicamento que no está en nuestro Formulario, o para una excepción a la norma 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 medicamento necesario para tratar su afección, porque ninguno de los medicamentos del Formulario tendría resultados tan buenos como el medicamento solicitado o porque estos podrían tener efectos adversos para usted. Si la solicitud de excepción implica una autorización previa u otra norma de cobertura que hayamos establecido sobre un medicamento del Formulario, la declaración de la persona autorizada a dar recetas debe indicar que la norma 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. **[Debe presentar por escrito una solicitud estándar.]** **[Aceptamos solicitudes estándares por teléfono y por escrito.]** Aceptamos solicitudes aceleradas por teléfono y por escrito. [IEHP DualChoice](#), [IEHP Pharmaceutical Services Department](#), P.O. Box 1800, Rancho Cucamonga, CA, 91729-1800, Fax 909-890-2058, y Teléfono 1-877-273-4347.

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 [1-877-273-4347](#), [8am – 8pm \(hora del Pacífico\)](#), [7 días de la semana incluidos festivos](#). Los usuarios de TTY deben llamar al [1-800-718-4347](#). Los representantes en persona están disponibles de [8am – 8pm \(hora del Pacífico\)](#), [7 días de la semana incluidos festivos](#). Puede pedirnos que tomemos una determinación de cobertura en cualquier momento. También puede visitar nuestro sitio web en [www.iehp.org](#).

Atentamente,

[IEHP Pharmaceutical Services Department](#)

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

[H5355_001_HSRX_20002_S Accepted \(11/20/2019\)](#)