



<Address Line 1>, <Address Line 2>

<City>, <State> <Zip>

**Aviso sobre dos cuestiones relacionadas con la cobertura de la Parte D para su(s) medicamento(s) con receta <DRUG NAME(S)>**

<DATE>

<ENROLLEE NAME>

<ADDRESS>

<CITY, STATE ZIP>

Estimado(a) <ENROLLEE NAME>:

Queremos informarle sobre dos cuestiones importantes relacionadas con lo(s) siguiente(s) medicamento(s) con receta:

**Nombre del(de los) medicamento(s):**<DRUG NAME(S)>

**Fecha(s) en que fue(fueron) dispensado(s):** <DATE FILLED>

**Recetado(s) por:** <PRESCRIBER NAME>

Hay **dos cuestiones diferentes** y ambas necesitan su atención. Para continuar la cobertura de su(s) medicamento(s) <DRUG NAME(S)> recetado(s) por <PRESCRIBER NAME>, usted debe abordar las siguientes cuestiones:

**Cuestión 1: Este(Estos) medicamento(s) no está(n) incluido(s) en nuestra lista de medicamentos cubiertos (también llamada “lista de medicamentos”) o está(n) incluido(s) en la lista pero sujeto(s) a ciertos límites, como se describe en más detalle más abajo en esta carta.** <PLAN NAME> debe proporcionarle un suministro temporal de este(estos) medicamento(s). Una vez que haya recibido un suministro temporal por <insert transition supply limit> días, dejaremos de pagar este(estos) medicamento(s), a menos que usted cambie a otro(s) medicamento(s) incluido(s) en nuestra lista de medicamentos, demuestre que cumple nuestros criterios o se le otorgue una excepción. (Consulte la página <PAGE #> de esta carta para ver cómo resolver esta cuestión).

**Cuestión 2: Su proveedor no está inscrito en Medicare.** Aun si usted cambia a otro(s) medicamento(s) de nuestra lista de medicamentos o recibe aprobación para este(estos), <PLAN NAME> solo puede cubrir estos medicamentos recetados por <PRESCRIBER NAME> hasta a un suministro de 3 meses o hasta el <DATE>, lo que ocurra primero, a menos que <PRESCRIBER NAME> se inscriba en Medicare. (Consulte la página <PAGE #> de esta carta para ver cómo resolver esta cuestión 2).

Lea las siguientes páginas para obtener más información acerca de cada una de estas cuestiones y los pasos que puede seguir para solucionarlas. Después de leer esta carta, si todavía tiene dudas o necesita ayuda, comuníquese con:

- <PLAN NAME> al <NUMBER> o al <NUMBER> (usuarios de TTY), los <DAYS> de <TIME> a <TIME>, hora del <TIME ZONE(S)>.



<Address Line 1>, <Address Line 2>  
<City>, <State> <Zip>

- El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) de <STATE>, al <NUMBER>, también está disponible para ayudar a los beneficiarios de Medicare.
- Medicare, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), está disponible en cualquier momento, las 24 horas del día, los 7 días de la semana para brindarle asistencia. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Atentamente,

<PLAN NAME>



<Address Line 1>, <Address Line 2>  
<City>, <State> <Zip>

## **CUESTIÓN 1: SU(S) MEDICAMENTO(S) NO ESTÁ(N) INCLUIDO(S) EN NUESTRA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS (LISTA DE MEDICAMENTOS) O ESTÁ(N) SUJETO(S) A CIERTOS LÍMITES**

### **¿Qué es la cuestión 1?**

Queremos informarle que <PLAN NAME> le ha proporcionado un suministro temporal del(de los) siguiente(s) medicamento(s): <list medications[s] here>.

Este(Estos) medicamento(s) no está(n) incluido(s) en nuestra lista de medicamentos cubiertos (llamada “lista de medicamentos”) o está(n) incluido(s) en la lista pero sujeto(s) a ciertos límites, como se describe en más detalle más abajo en esta carta. <PLAN NAME> debe proporcionarle un suministro temporal de este(estos) medicamento(s) de la siguiente manera:

*[Insert for members who do not reside in a LTC facility: <En el entorno ambulatorio, estamos obligados a proporcionar un suministro máximo de [insert supply limit (must be at least a 30-day supply)] días del medicamento. Si su receta es por menos días, le permitiremos múltiples renovaciones para proporcionarle un máximo de [insert supply limit (must be at least a 30-day supply)] días del medicamento.> [Insert for members who reside in a LTC facility: <Para un residente de un centro de cuidado a largo plazo, debemos proporcionarle 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)] días del medicamento. Si su receta es por menos días, le permitiremos múltiples renovaciones para proporcionarle un máximo de [insert supply limit (must be at least a 91-day supply and may be up to a 98-day supply)] días del medicamento. (Por favor tenga en cuenta que la farmacia especializada en productos de cuidado a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en cantidades menores para evitar que se desperdicie).>]*

Es importante que usted comprenda que este es un suministro temporal del(de los) medicamento(s). Mucho antes de que se le acabe(n) este(estos) medicamento(s), debe hablar con <PLAN NAME> y/o la persona que le expidió su receta sobre:

- cambiar por otro(s) medicamento(s) que esté(n) en nuestra lista de medicamentos; o
- solicitar la aprobación del(de los) medicamento(s) demostrando que reúne nuestros criterios de cobertura; o
- solicitar una excepción de nuestros criterios de cobertura.

Cuando usted solicita la aprobación de cobertura o una excepción a los criterios de cobertura, se denominan determinaciones de cobertura. No debe suponer que cualquier determinación de cobertura, incluidas las excepciones que haya solicitado o apelado, ha sido aprobada solo para recibir más renovaciones del medicamento. Si aprobamos la cobertura, luego le enviaremos otro aviso por escrito. **Las instrucciones sobre cómo cambiar su(s) medicamento(s) con receta actual(es), cómo solicitar una determinación de cobertura, incluidas las excepciones, y cómo apelar una denegación si usted no está de acuerdo con nuestra determinación de cobertura, se incluyen al final de esta carta.**



<Address Line 1>, <Address Line 2>

<City>, <State> <Zip>

La siguiente es una explicación específica de por qué su(s) medicamento(s) no está(n) cubierto(s) o su cobertura es limitada.

*[Nota: Los planes pueden incluir información sobre múltiples suministros temporales en el mismo aviso].*

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

**Fecha en que fue dispensado:** <date filled>

**Motivo de la notificación:** Este medicamento no está en nuestra lista de medicamentos. *[Insert where applicable: Además, recientemente caducó una excepción anterior que usted recibió para la cobertura de este medicamento.]* No seguiremos pagando este medicamento una vez que usted haya recibido el suministro temporal máximo de *[insert number]* días que estamos obligados a cubrir, a menos que usted obtenga una excepción <adicional> a la lista de medicamentos de nuestra parte.>

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

**Fecha en que fue dispensado:** <date filled>

**Motivo de la notificación:** Este medicamento no está en nuestra lista de medicamentos. Además, no pudimos proporcionarle la cantidad total recetada porque limitamos la cantidad de este medicamento que entregamos de una sola vez. Esto se llama límite de cantidad y aplicamos este límite por razones de seguridad. Además de aplicar límites de cantidad por motivos de seguridad, no seguiremos pagando este medicamento una vez que usted haya recibido el suministro máximo de *[insert number]* días que estamos obligados a cubrir, a menos que usted obtenga una excepción a la lista de medicamentos de <Plan Name>. >

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

**Fecha en que fue dispensado:** <date filled>

**Motivo de la notificación:** Este medicamento está en nuestra lista de medicamentos pero requiere una autorización previa. A menos que obtenga una autorización previa demostrándonos que reúne ciertos requisitos, o que aprobemos su solicitud de una excepción a los requisitos de autorización previa, no seguiremos pagando este medicamento una vez que haya recibido el suministro temporal máximo de *[insert number]* días que estamos obligados a cubrir.>

**<Nombre del medicamento:** <Nombre del medicamento>

**Fecha en que fue dispensado:** <date filled>

**Motivo de la notificación:** Este medicamento está cubierto en lista de medicamentos. Sin embargo, generalmente solo pagaremos este medicamento si primero prueba otros medicamentos, específicamente <Insert Step drug(s)>, como parte de lo que llamamos un programa de terapia escalonada.. La terapia escalonada es la práctica de comenzar la terapia con un medicamento de bajo costo que nosotros consideramos seguro y eficaz antes de pasar a otros



<Address Line 1>, <Address Line 2>

<City>, <State> <Zip>

medicamentos más costosos. A menos que primero pruebe el(los) otro(s) medicamento(s) en nuestra lista de medicamentos, o que aprobemos su solicitud de una excepción al requisito de terapia escalonada, no seguiremos pagando este medicamento una vez que haya recibido el suministro temporal máximo de *[insert number]* días que estamos obligados a cubrir.

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

**Fecha en que fue dispensado:** <date filled>

**Motivo de la notificación:** Este medicamento está en nuestra lista de medicamentos. Sin embargo, generalmente solo pagaremos este medicamento si prueba primero una versión genérica. A menos que primero pruebe el medicamento genérico en nuestra lista de medicamentos, o que aprobemos su solicitud de una excepción, no seguiremos pagando este medicamento una vez que haya recibido el suministro temporal máximo de *[insert number]* días que estamos obligados a cubrir.>

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

**Fecha en que fue dispensado:** <date filled>

**Motivo de la notificación:** Este medicamento está cubierto por nuestra lista de medicamentos y está sujeto a un límite de cantidad (QL). No seguiremos proveyendo más de lo que nuestros límites de cantidad permiten, que es <insert the QL>, a menos que usted obtenga una excepción de <Plan Name>.>

*[Nota: Las siguientes opciones son para renovaciones de emergencia y cambios en el nivel de cuidado, y son opcionales. Sin embargo, recomendamos a los planes notificar a los beneficiarios sobre los suministros temporales para las renovaciones de emergencia y cambios en el nivel de cuidado].*

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

**Fecha en que fue dispensado:** <date filled>

**Motivo de la notificación:** Este medicamento no está en nuestra lista de medicamentos. Cubriremos este medicamento por <days supply on filled claim – must be at least 31 days> mientras usted solicita una excepción a la lista de medicamentos de <Plan Name>. Si usted está en el proceso de obtener una excepción, consideraremos la posibilidad de autorizar la continuación de la cobertura hasta que se tome una decisión. >

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

**Fecha en que fue dispensado:** <date filled>

**Motivo de la notificación:** Este medicamento está en nuestra lista de medicamentos y requiere una autorización previa. Cubriremos este medicamento por <days supply on filled claim – must be at least 31 days> días mientras usted intenta obtener la cobertura demostrándonos que reúne los requisitos de la autorización previa. También puede solicitarnos una excepción a los requisitos de la autorización previa si cree que no deberían aplicarse a su caso por razones médicas.>

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



<Address Line 1>, <Address Line 2>

<City>, <State> <Zip>

**Fecha en que fue dispensado:** *<date filled>*

**Motivo de la notificación:** Este medicamento está en nuestra lista de medicamentos, pero generalmente solo estará cubierto si usted prueba antes otros medicamentos como parte de nuestro programa de terapia escalonada. La terapia escalonada es la práctica de comenzar la terapia con un medicamento de bajo costo que nosotros consideramos seguro y eficaz antes de pasar a otros medicamentos más costosos. Cubriremos este medicamento por *<days supply on filled claim – must be at least 31 days>* días mientras usted intenta obtener la cobertura demostrándonos que reúne los criterios de la terapia escalonada. También puede solicitarnos una excepción al requisito de terapia escalonada si cree que no debería aplicarse a su caso por razones médicas.>

### **¿Qué debo hacer con respecto a la cuestión 1?**

Usted debe *ya sea* cambiar de medicamento(s) *o bien* obtener la aprobación de <PLAN NAME> para continuar recibiendo la cobertura de <DRUG NAME(s)>.

#### *¿Cómo cambio mi receta?*

Si su(s) medicamento(s) no está(n) cubierto(s) por nuestra lista de medicamentos, o si está(n) cubierto(s) pero le(les) aplicamos un límite, usted puede preguntarnos qué otro(s) medicamento(s) usado(s) para tratar su condición médica está(n) incluido(s) en la lista de medicamentos, solicitarnos que aprobemos la cobertura demostrando que satisface nuestros criterios o solicitarnos una excepción. Le recomendamos que consulte a su médico si este(estos) otro(s) medicamento(s) que cubrimos es(son) una opción para usted. Usted tiene derecho a solicitarnos una excepción para cubrir el(los) medicamento(s) que le(s) fue(fueron) recetado(s) originalmente. Si solicita una excepción, la persona que expidió su receta deberá proporcionarnos una declaración que explique por qué una autorización previa, un límite de cantidad u otro límite que hayamos aplicado a su medicamento no es medicamento apropiado para usted.

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

Usted o la persona que expidió su receta pueden comunicarse con nosotros para solicitar una determinación de cobertura, incluida una excepción. <PROVIDE THE NECESSARY ADDRESS, FAX NUMBER, AND PHONE NUMBER>.



<Address Line 1>, <Address Line 2>

<City>, <State> <Zip>

Si está solicitando la cobertura de un medicamento que no está en nuestra lista de medicamentos, o una excepción a una regla de cobertura, la persona que expidió su receta debe proporcionar una declaración que respalde su solicitud. Puede resultarle útil llevar este aviso con usted cuando visite al médico, o enviarle una copia a su consultorio. Si la solicitud de excepción se refiere a un medicamento que no está en nuestra lista de medicamentos, la declaración del médico debe indicar que el medicamento solicitado es medicamento necesario para tratar su condición debido a que los medicamentos que cubrimos no serían tan eficaces como el medicamento solicitado o tendrían efectos adversos para usted. Si la solicitud de excepción está relacionada con una autorización previa u otra regla de cobertura que hayamos establecido para un medicamento en nuestra lista de medicamentos, la declaración del médico debe indicar que la regla de cobertura no sería adecuada para su condición o tendría efectos adversos para usted.

Una vez que hayamos recibido su solicitud, debemos notificarle nuestra decisión dentro de las 24 horas si la solicitud ha sido abreviada, o dentro de las 72 horas si la solicitud es estándar. Para las excepciones, el plazo comienza cuando obtenemos la declaración de su médico. Su solicitud será abreviada si determinamos o si su médico nos informa que su vida, salud o capacidad de recuperar su máxima funcionalidad podrían verse seriamente perjudicadas en caso de una decisión estándar.

*¿Qué pasa si mi solicitud de cobertura es denegada?*

Si su solicitud de cobertura es denegada, usted tiene derecho a apelar solicitando una revisión de la decisión anterior, lo cual se llama redeterminación. Usted debe solicitar esta apelación dentro de los 60 días calendario a partir de la fecha de nuestra decisión escrita respecto de su solicitud de determinación de cobertura. *[Insert one: <Usted debe presentar una solicitud estándar por escrito>. or <Aceptamos solicitudes estándar por teléfono y por escrito.>]* Aceptamos solicitudes abreviadas por teléfono y por escrito. <PROVIDE THE NECESSARY ADDRESS, FAX NUMBER, AND PHONE NUMBER>.

**¿Qué sucede si necesito ayuda con la cuestión 1?**

Si necesita ayuda para solicitar una determinación de cobertura, incluida una excepción, o si desea obtener más información sobre cuándo cubriremos un suministro temporal de un medicamento, comuníquese con nosotros llamando al <TOLL FREE NUMBER>, <DAYS/HOURS OF OPERATION>. Los usuarios de TTY deben llamar al <TTY NUMBER>. Los representantes están disponibles de <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>.

**También debe tomar medidas para abordar la cuestión 2. Consulte la página siguiente para aprender más sobre esta cuestión y lo que puede hacer.**



<Address Line 1>, <Address Line 2>

<City>, <State> <Zip>

## **CUESTIÓN 2: SU PROVEEDOR NO ESTÁ INSCRITO EN MEDICARE**

Además de la cuestión 1 con su medicamento, hay un problema con la cobertura por parte de <PLAN NAME> de los medicamentos recetados por el proveedor. Usted también debe abordar esta cuestión a fin de seguir recibiendo cobertura para sus recetas de <DRUG NAME(S)> de <PRESCRIBER NAME>.

### **¿Qué es la cuestión 2?**

<PRESCRIBER NAME> no se ha inscrito en Medicare. A menos que lo haga, <PLAN NAME> solo puede cubrir sus recetas para <DRUG NAME(S)> hasta un suministro de 3 meses para cada medicamento o hasta el <DATE>, lo que ocurra primero. [*When prescriber is a contract provider, MAPDs and Cost plans, use this language: <Le estamos enviando este aviso para ayudarle a evitar cualquier interrupción en su cobertura de este(estos) medicamento(s).>*] [*When prescriber is a non-contract provider, MAPDs and Cost plans, and all other Part D plans, use this language: <Le estamos enviando este aviso para que usted pueda tomar medidas a fin de evitar una interrupción en su cobertura de estos medicamentos.>*.]

Medicare ahora requiere que los médicos y la mayoría de los otros proveedores que recetan medicamentos se inscriban en Medicare para que sus recetas sean cubiertas por la Parte D de Medicare. Esto tiene como fin prevenir la estafa a Medicare y mejorar la calidad del cuidado de las personas con Medicare. La mayoría de los proveedores de la Parte D ya están inscritos; sin embargo, <PRESCRIBER NAME> no lo está.

[*When prescriber is a contract provider, MAPDs and Cost plans, use this language:*

<<PLAN NAME> se comunicará con <PRESCRIBER NAME> inmediatamente para preguntarle si se inscribirá en Medicare, a fin de que sus recetas futuras para <drug name(s)> sigan estando cubiertas por <PLAN NAME>. Aun si él/ella no desea aceptar Medicare para los servicios médicos, <PRESCRIBER NAME> puede inscribirse en Medicare solo para recetar medicamentos. Si <PRESCRIBER NAME> no se inscribe en Medicare y usted quiere que sus recetas para <DRUG NAME(S)> sigan estando cubiertas después del <DATE>, le ayudaremos a encontrar otro proveedor en la red de <PLAN NAME> que esté inscrito en Medicare.>]

[*When prescriber is a non-contract provider, MAPDs and Cost plans, and all other Part D plans, use this language:*

### **<¿Qué debo hacer con respecto a la cuestión 2?**

Si usted cree que puede necesitar más recetas para <DRUG NAME(S)> de <PRESCRIBER NAME>, tiene **3 opciones principales**:

- 1) Comunicarse con <PRESCRIBER NAME> inmediatamente y preguntarle si se inscribirá en la Parte D de Medicare, para que sus recetas futuras para <DRUG NAMES> sigan estando cubiertas por <PLAN NAME>. Aun si él/ella no desea aceptar Medicare para los servicios médicos, puede inscribirse en Medicare solo para





<Address Line 1>, <Address Line 2>

<City>, <State> <Zip>

recetar medicamentos. Es importante que usted hable con <PRESCRIBER NAME> inmediatamente porque el proceso de inscripción en la Parte D puede demorar un tiempo.

- 2) Si <PRESCRIBER NAME> no se inscribirá en Medicare y usted quiere que sus recetas para <DRUG NAME(S)> sigan estando cubiertas después del <DATE>, debe encontrar otro proveedor que esté inscrito en Medicare. Luego, deberá comunicarse con el nuevo proveedor tan pronto como sea posible para hablar sobre su(s) receta(s).
- 3) Si <PRESCRIBER NAME> no se inscribirá en Medicare y usted quiere seguir recibiendo sus recetas para <DRUG NAME(S)>, deberá pagar el costo total para estos medicamentos en el futuro.>>

Queremos que sepa que los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) han estado llevando a cabo una amplia campaña de contacto durante más de un año para tratar de asegurarse de que los proveedores de la Parte D conozcan este nuevo requisito. <OPTIONAL: Además, <PLAN NAME> se comunicó con <PRESCRIBER NAME> para informarle sobre este nuevo requisito <el <DATE(s)>> <por anticipado>.> Sin embargo, de acuerdo con los registros disponibles más recientes, <PRESCRIBER NAME> no está inscrito en Medicare.

### **¿Qué puedo hacer si tengo preguntas o necesito ayuda con la cuestión 2?**

- Comuníquese con <PLAN NAME> al <NUMBER> o al <NUMBER> (usuarios de TTY), los <DAYS> de <TIME> a <TIME>, hora del <TIME ZONE>. [*PDPs use this language: <Podemos ayudarle a verificar el estado más reciente de su proveedor en Medicare.>*]
- El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) de <STATE>, al <PHONE>, también está disponible para ayudar a los beneficiarios de Medicare.
- Si tiene alguna pregunta sobre el nuevo requisito de Medicare o necesita ayuda para encontrar un nuevo proveedor que esté inscrito en Medicare, por favor comuníquese con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), en cualquier momento, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). También puede visitar <https://www.medicare.gov/physiciancompare/search.html> para buscar un nuevo proveedor. *Nota:* Cambiarse a otro plan de la Parte D de Medicare no resolverá la cuestión 2 ya que <PRESCRIBER NAME> no se ha inscrito en Medicare.



<Address Line 1>, <Address Line 2>

<City>, <State> <Zip>

<'Ohana Health Plan, un plan ofrecido por WellCare Health Insurance of Arizona, Inc.> <WellCare/Easy Choice Health Plan> (HMO) <, una compañía de WellCare,> es una Organización de Medicare Advantage con un contrato de Medicare. La inscripción en <WellCare/'Ohana/EasyChoice> (HMO) depende de la renovación del contrato.

<WellCare (PDP) es un patrocinador de la Parte D aprobado por Medicare. La inscripción en WellCare (PDP) depende de la renovación del contrato.> Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Comuníquese con el plan para más información. Es posible que se apliquen limitaciones, copagos y restricciones. <Los beneficios, las primas y/o los copagos/el coseguro> pueden cambiar el 1 de enero de cada año. <La lista de medicamentos, red de farmacias y/o red de proveedores> puede cambiar en cualquier momento. Usted recibirá una notificación cuando sea necesario. <WellCare/'Ohana/Easy Choice> utiliza una lista de medicamentos. Por favor comuníquese con <WellCare/'Ohana/Easy Choice> para detalles.

†Otras/Otros <farmacias/médicos/proveedores> están disponibles en nuestra red.

<COMPANY>, cumple con las leyes federales aplicables sobre derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

ATTENTION: If you speak <Spanish><or><Chinese>, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-xxx-xxx-xxxx (TTY: 1-xxx-xxx-xxxx).

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-xxx-xxx-xxxx (TTY: 1-xxx-xxx-xxxx).

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-xxx-xxx-xxxx (TTY: 1-xxx-xxx-xxxx)。