



<MONTHDATE, YEAR>

<FIRST NAME> <LAST NAME>
<ADDRESS LINE 1>
<ADDRESS LINE 2>
<CITY>, <STATE> <ZIP>

<Subscriber ID>

Estimado(a) <FIRSTNAME> <LASTNAME>:

Esta carta es para informarle que <PLAN NAME> le ha provisto un suministro <temporal/limitado> <del siguiente medicamento/de los siguientes medicamentos>: <MEDICATIONLIST>.

<Este medicamento no está incluido/Estos medicamentos no están incluidos> en nuestra lista de medicamentos cubiertos (llamada "formulario") o está(n) incluido(s) en el formulario, pero está(n) sujeto(s) a ciertos límites, como se describe en detalle más abajo. Nuestros registros indican que usted es un <nuevo afiliado/afiliado actual> afectado por los cambios a la lista de medicamentos implementados este año por <PLAN NAME> y que usted está dentro de los primeros 90 días de cobertura de este año del plan. <Insert for members who do not reside in an LTC facility: Por lo tanto, si usted es un paciente ambulatorio, <PLAN NAME> está obligado a proporcionarle un suministro de al menos 30 días, a menos que la receta sea por menos tiempo y no indique renovaciones.> <Insert for members who reside in a LTC facility: Si usted es residente de un centro de cuidado a largo plazo, <PLAN NAME> tiene la obligación de proveerle un suministro de al menos 91 días y tal vez de hasta 98 días, de acuerdo con el incremento de la entrega, incluidas las renovaciones, si son necesarias (a menos que la receta indique menos tiempo).>

Es importante que usted comprenda que este es un suministro <temporal/limitado> de <este medicamento/estos medicamentos>. Antes de que se le acabe este suministro, usted debe hablar con <PLAN NAME> y/o su médico sobre la posibilidad de cambiar <el medicamento/los medicamentos> que está tomando actualmente, o solicitar una excepción a <PLAN NAME> para continuar la cobertura de <este medicamento/estos medicamentos>.

Si necesita asistencia para solicitar una excepción o desea obtener más información sobre nuestra política de transición, por favor llame a <Servicio al Cliente/Servicios a Miembros> al <PHONE NUMBER>. Los usuarios de TTY deben llamar al <TTY/TDD NUMBER>. Nos complaceremos en atender sus llamadas de <HOURS OF OPERATION>. Las instrucciones sobre cómo solicitar una excepción o cómo cambiar <su medicamento actual/sus medicamentos actuales> se incluyen al final de la carta.

La siguiente es una explicación de por qué <su medicamento no está cubierto/sus medicamentos no están cubiertos> o <está limitado/están limitados> de acuerdo con <PLAN NAME>.

**<Nombre del medicamento: <DRUG NAME>
Fecha en que fue dispensado: <DATE FILLED>**

Motivo de la notificación: Este medicamento no está cubierto en nuestra lista de medicamentos. Debido a que usted está dentro de sus primeros 93 días de cobertura con <PLAN NAME> para este año del plan, *<Insert for members who do not reside in a LTC facility>*: le hemos proporcionado un suministro para <DAYS SUPPLY> días. El número máximo de días de suministro permitidos es de 31 días, y no pagaremos por el medicamento después de la máxima cantidad de días de suministro a menos que usted obtenga una excepción a la lista de medicamentos de <PLAN NAME>.> *<Insert for members who reside in a LTC facility>*: le permitiremos renovar su receta hasta que le hayamos proporcionado un suministro para 93 días (a menos que la receta sea para menos días). A menos que usted obtenga una excepción a la lista de medicamentos de <PLAN NAME>, no pagaremos por el medicamento después de la máxima cantidad de días de suministro.>>

**<Nombre del medicamento: <DRUG NAME>
Fecha en que fue dispensado: <DATE FILLED>**

Motivo de la notificación: Este medicamento no está cubierto 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 estos límites por razones de seguridad. Debido a que usted está dentro de sus primeros 90 días de cobertura con <PLAN NAME> para este año del plan, *<Insert for members who do not reside in a LTC facility>*: le permitiremos que renueve su receta hasta que le hayamos proporcionado un suministro de 31 días, pero luego de utilizar el medicamento por esta máxima cantidad de días, ya no lo pagaremos, a menos que usted obtenga una excepción a la lista de medicamentos de <PLAN NAME>.> *<Insert for members who reside in a LTC facility>*: le permitiremos renovar su receta hasta que le hayamos proporcionado un suministro para 93 días (a menos que la receta sea para menos días). A menos que usted obtenga una excepción a la lista de medicamentos de <PLAN NAME>, no pagaremos por el medicamento después de la máxima cantidad de días de suministro.>>

**<Nombre del medicamento: <DRUG NAME>
Fecha en que fue dispensado: <DATE FILLED>**

Motivo de la notificación: Este medicamento requiere que su médico u otro profesional que recetó este medicamento cumpla ciertos requisitos antes de que usted pueda dispensar esta receta en su farmacia. Esto se denomina obtención de autorización previa. Debido a que usted está dentro de sus primeros 93 días de cobertura con <PLAN NAME> para este año del plan, *<Insert for members who do not reside in a LTC facility>*: le hemos proporcionado un suministro para <DAYS SUPPLY> días. El número máximo de días de suministro permitidos es de 31 días, y no pagaremos por el medicamento después de la máxima cantidad de días de suministro a menos que usted obtenga una autorización previa de <PLAN NAME> o una excepción a la autorización previa de <PLAN NAME>.> *<Insert for members who reside in a LTC facility>*: le permitiremos renovar su receta hasta que le hayamos proporcionado un suministro para 93 días (a menos que la receta sea para menos días). A menos que usted obtenga una autorización previa de <PLAN NAME>, no pagaremos por el medicamento después de la máxima cantidad de días de suministro.>>

**<Nombre del medicamento: <DRUG NAME>
Fecha en que fue dispensado: <DATE FILLED>**

Motivo de la notificación: Este medicamento será cubierto solo si usted prueba primero otros medicamentos, como parte de lo que denominamos programa de terapia escalonada. La terapia escalonada es la práctica de comenzar la terapia con medicamentos con un medicamento de bajo costo que nosotros consideramos seguro y eficaz, antes de pasar a otros medicamentos más costosos. Debido a que usted está dentro de sus primeros 93 días de cobertura con <PLAN NAME> para este año del plan, *<Insert for members who do not reside in a LTC facility>* le hemos proporcionado un suministro para <DAYS SUPPLY> días. El número máximo de días de suministro permitidos es de 31 días, y no pagaremos por el medicamento después de la máxima cantidad de días de suministro a menos que usted pruebe antes otros medicamentos de nuestra lista de medicamentos u obtenga una excepción al requisito de terapia escalonada de <PLAN NAME>.> *<Insert for members who reside in a LTC facility>* le permitiremos renovar su receta hasta que le hayamos proporcionado un suministro para 93 días (a menos que la receta sea para menos días). A menos que usted pruebe antes otros medicamentos de nuestra lista de medicamentos u obtenga una excepción al requisito de terapia escalonada de <PLAN NAME>, no pagaremos por el medicamento después de la máxima cantidad de días de suministro.>>

**<Nombre del medicamento: <DRUG NAME>
Fecha en que fue dispensado: <DATE FILLED>**

Motivo de la notificación: Este medicamento se cubrirá solo si usted prueba primero una versión genérica de este medicamento. Debido a que usted está dentro de sus primeros 93 días de cobertura con <PLAN NAME> para este año del plan, *<Insert for members who do not reside in a LTC facility>* le hemos proporcionado un suministro para <DAYS SUPPLY> días. El número máximo de días de suministro permitidos es de 31 días, y no pagaremos por el medicamento después de la máxima cantidad de días de suministro a menos que usted pruebe antes el medicamento genérico de nuestra lista de medicamentos u obtenga una excepción al requisito de terapia escalonada de <PLAN NAME>.> *<Insert for members who reside in a LTC facility>* le permitiremos renovar su receta hasta que le hayamos proporcionado un suministro para 93 días (a menos que la receta sea para menos días). A menos que usted pruebe antes el medicamento genérico de nuestra lista de medicamentos u obtenga una excepción de <PLAN NAME>, no pagaremos por el medicamento después de la máxima cantidad de días de suministro.>>

**<Nombre del medicamento: <DRUG NAME>
Fecha en que fue dispensado: <DATE FILLED>**

Motivo de la notificación: Este medicamento está cubierto en nuestra lista de medicamentos. Sin embargo, no pudimos proporcionarle la cantidad total recetada debido a los límites de cantidad del plan. No proporcionamos más de lo permitido por nuestros límites de cantidad, a menos que usted obtenga una excepción de <PLAN NAME>. Por favor comuníquese con <PLAN NAME> para discutir el proceso de excepciones. Nuestra información de contacto se indica a continuación.>

**<Nombre del medicamento: <DRUG NAME>
Fecha en que fue dispensado: <DATE FILLED>**

Motivo de la notificación: No pudimos proporcionarle la cantidad total recetada debido a los límites de cantidad del plan. No proporcionamos más de lo permitido por nuestros límites de cantidad, a menos que usted obtenga una excepción de <PLAN NAME>. Por favor comuníquese con <PLAN NAME> para discutir el proceso de excepciones. Nuestra información de contacto se indica a continuación.>

**<Nombre del medicamento: <DRUG NAME>
Fecha en que fue dispensado: <DATE FILLED>**

Motivo de la notificación: Este medicamento no está cubierto en nuestra lista de medicamentos. Cubriremos este medicamento por <DAYS SUPPLY> días mientras usted solicita una excepción a la lista de medicamentos de <PLAN NAME>. Si usted está tratando de obtener una excepción, consideraremos la posibilidad de autorizar la continuación de la cobertura hasta que se tome una decisión. Para obtener más información sobre el proceso de excepciones, por favor comuníquese con <PLAN NAME>. Nuestra información de contacto se indica a continuación.>

**<Nombre del medicamento: <DRUG NAME>
Fecha en que fue dispensado: <DATE FILLED>**

Motivo de la notificación: Este medicamento requiere autorización previa. Cubriremos este medicamento por <DAYS SUPPLY> días mientras usted solicita una excepción a la autorización previa de <PLAN NAME>. Por favor comuníquese con <PLAN NAME> para discutir el proceso de excepción. Nuestra información de contacto se indica a continuación.>

**<Nombre del medicamento: <DRUG NAME>
Fecha en que fue dispensado: <DATE FILLED>**

Motivo de la notificación: Este medicamento será cubierto solo si usted prueba primero otros medicamentos, como parte de lo que denominamos programa de terapia escalonada. La terapia escalonada es la práctica de comenzar la terapia con medicamentos con uno de bajo costo, que nosotros consideramos seguro y eficaz, antes de pasar a otros medicamentos más costosos. Cubriremos este medicamento por <DAYS SUPPLY> mientras usted solicita una excepción al requisito de terapia escalonada de <PLAN NAME>. Por favor comuníquese con <PLAN NAME> para discutir el proceso de excepciones. Nuestra información de contacto se indica a continuación.>

¿Cómo cambio mi receta?

Si **<su medicamento no está cubierto/sus medicamentos no están cubiertos>** en nuestra lista de medicamentos, o **<está cubierto/están cubiertos>** en nuestra lista de medicamentos pero requieren autorización previa, terapia escalonada o límite de cantidad, puede preguntarnos si cubrimos otro medicamento utilizado para tratar su condición médica. En caso de que cubramos otro medicamento para su condición, le recomendamos que pregunte a su médico si los medicamentos que cubrimos son una opción para usted. Si el médico le dice que ninguno de los medicamentos que cubrimos para tratar su condición es medicamento apropiado, usted tiene el derecho de solicitarnos una excepción. Usted también tiene derecho a solicitarnos una excepción si su médico le informa que el requisito de autorización previa, el límite de cantidad u otro límite que se aplique a un medicamento que usted está tomando no son medicamento apropiados para tratar su condición.

¿Cómo solicito una excepción?

El primer paso para solicitar una excepción es pedirle al médico que emitió la receta que se comunique con nosotros.

<CLIENT NAME>
<EX ADDRESS LINE 1>
<EX ADDRESS LINE 2>
<EX CITY>, <EX STATE> <EX ZIP>

Teléfono: <EX PHONE NUMBER>
Fax: <EX FAX NUMBER>

Su médico debe presentar una declaración que respalde su solicitud. Puede resultarle útil llevar este aviso con usted cuando vaya al médico, o puede enviarlo a su consultorio. 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 en usted. Si la excepción está relacionada con una autorización previa, un límite de cantidad u otro límite que hayamos establecido para ese medicamento, la declaración del médico debe indicar que requerir una autorización previa o establecer un límite no sería adecuado para tratar su condición o tendría efectos adversos en usted.

Una vez que la declaración del médico haya sido presentada, debemos notificarle nuestra decisión dentro de las 24 horas si la solicitud es abreviada, y antes de las 72 horas si se trata de una solicitud estándar. Su solicitud será abreviada si determinamos, o si su médico nos informa, que el esperar por una solicitud estándar puede comprometer gravemente su vida, su salud o su capacidad para recuperar la máxima funcionalidad.

¿Qué sucede si mi solicitud es denegada?

Si su solicitud es denegada, usted tiene derecho a apelar solicitando que reconsideremos nuestra decisión. Debe solicitar esta apelación dentro de los 60 días calendario desde la fecha de nuestra primera decisión. **<Usted debe presentar la solicitud estándar por escrito./Aceptamos solicitudes estándar por teléfono y por escrito.>** **<Aceptamos solicitudes abreviadas por teléfono y por escrito.>**

<CLIENT NAME>
<EX ADDRESS LINE 1>
<EX ADDRESS LINE 2>
<EX CITY>, <EX STATE> <EX ZIP>

Teléfono: <EX PHONE NUMBER>

Fax: <EX FAX NUMBER>

Si necesita ayuda para solicitar una excepción o desea obtener más información sobre nuestra política de transición (incluidos formatos o idiomas alternativos sobre esta política), por favor llame a <Servicio al Cliente/Servicios a Miembros> al <PHONE NUMBER>. Los usuarios de TTY deben llamar al <TTY/TDD Number>. Estamos disponibles de <HOURS OF OPERATION>.

Atentamente,

<PLANREPRESENTATIVE>

<'Ohana Health Plan, un plan ofrecido por WellCare Health Insurance of Arizona, Inc.> <WellCare es un plan de Cuidado Coordinado con un contrato de Medicare Advantage.> <Un patrocinador de la Parte D aprobado por Medicare.>

Los beneficiarios deben utilizar farmacias de la red para acceder a su beneficio de medicamentos con receta. Los beneficios, la lista de medicamentos, las farmacias de la red, las primas y/o los copagos/coseguros pueden cambiar a partir del 1 de enero de <2013>.

Este documento se encuentra disponible en idiomas alternativos. Para obtener información sobre los idiomas alternativos disponibles en su área, por favor llame a Servicio al Cliente al número indicado más arriba.