

**TexanPlus® HMO**

<Return Address 1>

<Return Address 2>

<Return Address City, State Zip>

**TexanPlus® HMO**

A WellCare Company

<Date>

<MEMBER NAME>

<MEMBER ADDRESS>

<MEMBER CITY, STATE ZIP>

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

Estimado/a <Member Name>:

Queremos informarle que TexanPlus® HMO le ha dado un suministro temporal del siguiente medicamento: <list medication here>.

Este medicamento bien sea no está incluido en nuestra lista de medicamentos cubiertos (llamado formulario) o está incluido en el formulario, pero está sujeto a ciertos límites, como se describe en más detalle más abajo. TexanPlus HMO está obligado a proporcionarle un suministro temporal de este medicamento, de la siguiente forma:

*[Insert for members who do not reside in an LTC facility:* En entornos ambulatorios, estamos obligados a darle un suministro máximo de [XX] días de medicamento. Si su receta es por menos días, permitiremos múltiples repeticiones para darle un máximo de [XX] días de suministro de medicamento.] *[Insert for members who reside in a LTC facility:* Para los residentes de instituciones de cuidados a largo plazo, estamos obligados a darle un suministro máximo de [XX] días de medicamento. Si su receta es por menos días, permitiremos múltiples repeticiones para darle un máximo de [XX] días de suministro de medicamento. (Note que la farmacia de cuidados a largo plazo podría suministrar el medicamento en menores cantidades a la vez para evitar el malgasto).]

Es importante entender que este es un suministro temporal de este medicamento. Mucho antes de que se le acabe este medicamento, usted debería hablar con TexanPlus HMO y/o su médico sobre:

- Cambiar el medicamento por otro medicamento que esté en nuestro formulario, o
- Solicitar la aprobación del medicamento demostrando que usted cumple con nuestros criterios de cobertura, o
- Solicitar una excepción a nuestros criterios de cobertura.

Y0067\_S\_RX\_MbrTransLtr\_0717 IA 07/06/2017

©WellCare 2017

5246\_60014TMPA1SP

Cuando usted solicite la aprobación de cobertura o una excepción a nuestros criterios de cobertura, esto se conoce como determinaciones de cobertura. No asuma que ninguna determinación de cobertura, incluyendo una excepción, que usted ha solicitado o apelado ha sido aprobada sólo porque usted reciba repeticiones de un medicamento. Si aprobamos la cobertura, entonces le enviaremos otro aviso por escrito.

Si usted necesita asistencia para solicitar una determinación de cobertura, incluyendo una excepción, o si desea obtener más información sobre cuándo cubriremos un suministro temporal de un medicamento, comuníquese con nosotros al 1-866-230-2513, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. en su hora local (los usuarios de TTY deben llamar al 711), los 7 días de la semana. Hay representantes disponibles de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. en su hora local (los usuarios de TTY deben llamar al 711), los 7 días de la semana. Usted puede pedirnos una decisión de cobertura en cualquier momento. **Las instrucciones sobre cómo cambiar su receta actual, cómo pedir una determinación de cobertura, incluyendo una excepción y cómo apelar un rechazo si usted está en desacuerdo con nuestra determinación de cobertura se incluye al final de esta carta.**

La siguiente es una explicación de por qué su medicamento no está cubierto o está limitado.

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

**Fecha de despacho:** <date filled>

**Razón de la notificación:** Este medicamento no está en nuestro formulario. No seguiremos pagando por este medicamento hasta que usted haya recibido el máximo suministro temporal de <XX> días que estamos obligados a cubrir, a menos que usted obtenga una excepción al formulario.]

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

**Fecha de despacho:** <date filled>

**Razón de la notificación:** Este medicamento no está en nuestro formulario. Adicionalmente, no podremos darle el monto completo que le fue recetado porque limitamos el monto de este medicamento que surtimos a la vez. Esto se conoce como límite de cantidad e imponemos dichos límites por razones de seguridad. Además de imponer límites de cantidad debido a razones de seguridad, no seguiremos pagando por este medicamento hasta que usted haya recibido el máximo suministro temporal de <XX> días que estamos obligados a cubrir, a menos que usted obtenga una excepción al formulario.]

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

**Fecha de despacho:** <date filled>

**Razón de la notificación:** Este medicamento está en nuestro formulario, pero requiere autorización previa. A menos que usted obtenga autorización previa de nosotros indicando que usted cumple con ciertos requisitos, o que aprobemos su solicitud de excepción a los requisitos de autorización previa, no seguiremos pagando por este medicamento después de que usted haya recibido el máximo suministro temporal de <XX> días que estamos obligados a cubrir.]

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

**Fecha de despacho:** <date filled>

**Razón de la notificación:** Este medicamento está en nuestro formulario. Sin embargo, usualmente sólo pagaremos por este medicamento si usted prueba primero otros medicamentos, específicamente <Insert Step drug(s)>, como parte de lo que llamamos programa de terapia escalonada. La terapia

escalonada es la práctica de comenzar una terapia de medicamentos con lo que consideramos que es un medicamento seguro, eficaz y de menor costo, antes de progresar a otros medicamentos más costosos. A menos que usted pruebe otros medicamentos en nuestro formulario, o que aprobemos su solicitud de excepción al requisito de terapia escalonada, no seguiremos pagando por este medicamento después de que usted haya recibido el máximo suministro temporal de <XX> días que estamos obligados a cubrir.]

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

**Fecha de despacho:** <date filled>

**Razón de la notificación:** Este medicamento está en nuestro formulario. Sin embargo, usualmente sólo pagaremos por este medicamento si usted prueba primero una versión genérica de este medicamento. A menos que usted pruebe primero el medicamento genérico en nuestro formulario, o que aprobemos su solicitud de excepción, no seguiremos pagando por este medicamento después de que usted haya recibido el máximo suministro temporal de <XX> días que estamos obligados a cubrir.]

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

**Fecha de despacho:** <date filled>

**Razón de la notificación:** Este medicamento está en nuestro formulario y está sujeto a límites de cantidad (QL). No le daremos más de lo que nuestros límites de cantidad permiten, es decir <QL will be entered here> a menos que usted obtenga una excepción de TexanPlus HMO.]

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

**Fecha de despacho:** <date filled>

**Razón de la notificación:** Este medicamento no está en nuestro formulario. Cubriremos este medicamento por <XX> días mientras usted busca obtener una excepción al formulario de TexanPlus HMO. Si usted está en el proceso de solicitar una excepción, consideraremos permitirle seguir teniendo cobertura hasta que se tome una decisión.]

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

**Fecha de despacho:** <date filled>

**Razón de la notificación:** Este medicamento está en nuestro formulario y requiere autorización previa. Cubriremos este medicamento por un suministro de <XX> días mientras usted trata de obtener cobertura mostrándonos que usted cumple con los requisitos de autorización previa. Usted también puede pedirnos una excepción a los requisitos de autorización previa si usted cree que no deben aplicarse a usted por razones médicas.]

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

**Fecha de despacho:** <date filled>

**Razón de la notificación:** Este medicamento está en nuestro formulario, pero usualmente estará cubierto sólo si usted prueba primero ciertos otros medicamentos, como parte de nuestro programa de terapia escalonada. La terapia por pasos es la práctica de comenzar una terapia de medicamentos con lo que consideramos que es un medicamento seguro, eficaz y de menor costo, antes de progresar a otros medicamentos más costosos. Cubriremos este medicamento por un suministro de <XX> días mientras usted trata de obtener cobertura mostrándonos que usted cumple con los criterios de terapia escalonada. Usted también puede pedirnos una excepción a los requisitos de terapia escalonada si usted cree que no deben aplicarse a usted por razones médicas.]

### **¿Cómo cambio mi receta?**

Si su medicamento no está en nuestro formulario, o si está en nuestro formulario, pero hemos impuesto un límite en el mismo, usted puede preguntarnos qué otro medicamento en nuestro formulario se usa para tratar su condición médica, puede pedirnos que aprobemos la cobertura mostrándole que cumple con nuestros criterios o puede pedirnos una excepción. Le animamos a que le pregunte a nuestro profesional de salud si este otro medicamento que cubrimos es una opción para usted. Usted tiene el derecho de solicitar una excepción de nosotros para cubrir el medicamento que le fue recetado originalmente. Si usted solicita una excepción, su profesional de salud deberá enviarnos una declaración que explique por qué la autorización previa, el límite de cantidad u otro límite impuesto en su medicamento no es médicamente apropiado para usted.

### **¿Cómo solicito una decisión de cobertura, incluyendo una excepción?**

Usted o su profesional de salud pueden comunicarse con nosotros para solicitar una determinación de cobertura, incluyendo una excepción. <Proporcione la dirección, el número de fax y el número de teléfono necesarios>.

Si usted solicita cobertura de un medicamento que no está en nuestro formulario o una excepción a una regla de cobertura, su profesional de salud debe proporcionar una declaración que apoye su solicitud. Podría ser útil llevarse este aviso consigo cuando vaya a ver al médico o enviarlo a su consultorio. Si la solicitud de excepción se relaciona con un medicamento que no está en nuestro formulario, la declaración del profesional de salud debe indicar que el medicamento solicitado es necesario médicamente para tratar su condición, porque ninguno de los demás medicamentos en nuestro formulario tendrían menor eficacia que el medicamento cubierto o tendrían un efecto adverso para usted. Si la solicitud de excepción se relaciona con una autorización previa u otras reglas de cobertura que hemos impuesto en un medicamento que está en nuestro formulario, la declaración del profesional de salud debe indicar que la regla de cobertura no sería apropiada para usted dada su condición o que tendría efectos adversos para usted.

Debemos notificarle sobre nuestra decisión a más tardar dentro de las siguientes 24 horas, si la solicitud es urgente, o 72 horas si la solicitud es estándar, a partir de la fecha en la que recibamos su solicitud. Para las excepciones, el plazo comienza cuando obtenemos la declaración del profesional de salud. Su solicitud será urgente si determinamos, o el profesional de salud nos informa, que su vida, salud o habilidad de recobrar sus plenas funciones podrían estar en serio peligro si espera por una solicitud estándar.

### **¿Qué pasa si mi solicitud es denegada?**

Si su solicitud de cobertura es denegada, usted tiene el derecho de apelar, solicitando una revisión de la decisión anterior, lo cual se conoce como redeterminación. Usted debe solicitar esta apelación dentro de los 60 días calendarios siguientes a la fecha de nuestra decisión por escrito en su solicitud de determinación de cobertura. Aceptamos solicitudes estándar por teléfono y por escrito. Aceptamos solicitudes si demora por teléfono y por escrito. <Proporcione la dirección, el número de fax y el número de teléfono necesarios>.

Si usted necesita asistencia para solicitar una determinación de cobertura, incluyendo una excepción, o si desea obtener más información sobre cuándo cubriremos un suministro temporal de un

medicamento, comuníquese con nosotros al 1-866-230-2513, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. en su hora local (los usuarios de TTY deben llamar al 711), los 7 días de la semana. Hay representantes disponibles de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. en su hora local (los usuarios de TTY deben llamar al 711), los 7 días de la semana. Usted puede pedirnos una decisión de cobertura en cualquier momento. Usted también puede visitar nuestro sitio Web en [www.TexanPlus.com](http://www.TexanPlus.com).

Atentamente,

TexanPlus HMO

TexanPlus HMO es un plan de Medicare Advantage con un contrato de Medicare. La inscripción en TexanPlus HMO depende de la renovación del contrato. El formulario, red de farmacias, y/o red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario.

TexanPlus HMO cumple con las leyes federales que protegen los derechos civiles correspondientes y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Español: ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-736-7442 (TTY: 711). Chino: 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 1-888-736-7442 (TTY: 711)。