

SOLICITUD DE DETERMINACIÓN DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE

Puede enviarnos este formulario por correo o fax:



Dirección:

Preferred Care Partners, Inc.
Part D Coverage Determination
P.O. Box 25183,
Santa Ana, CA 92799

Número de fax:

1-844-403-1028

También puede pedirnos una determinación de cobertura por teléfono al 1-800-231-7201

Quién puede hacer una solicitud: El profesional que receta puede solicitarnos una determinación de cobertura en su nombre. Si usted desea que otra persona (como un familiar o amigo) presente una solicitud por usted, esa persona debe ser su representante. Comuníquese con nosotros para averiguar cómo nombrar a un representante.

Información del afiliado

Nombre del afiliado _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección del afiliado _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____ N.º de id. del afiliado _____

Llene la siguiente sección SOLO si la persona que presenta esta solicitud no es el afiliado ni el profesional que receta:

Nombre del solicitante _____

Relación del solicitante con el afiliado _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____

Documentación de representación para solicitudes presentadas por una persona que no es el afiliado ni el profesional que receta al afiliado:

Adjunte documentación que demuestre la autoridad para representar al afiliado (un Formulario de autorización de representante CMS-1696 llenado o documento escrito equivalente). Para obtener más información sobre cómo nombrar a un representante, comuníquese con su plan o llame al 1-800-Medicare.

Nombre del medicamento recetado que solicita (si lo sabe, incluya la dosis y la cantidad requerida por mes):

Tipo de solicitud de determinación de cobertura

- Necesito un medicamento que no está en la lista de medicamentos cubiertos del plan (excepción al formulario).*
- Utilizo un medicamento que anteriormente estaba incluido en la lista de medicamentos cubiertos del plan, pero se eliminará o se eliminó de esta lista durante el año del plan (excepción al formulario).*
- Solicito autorización previa para el medicamento que me recetó el profesional que me atiende.*
- Solicito una excepción al requisito de que pruebe otro medicamento antes de obtener el medicamento que me recetó el profesional que me atiende (excepción al formulario).*
- Solicito una excepción al límite del plan en la cantidad de píldoras (límite de cantidad) que puedo recibir para llegar a la cantidad de píldoras que me recetó el profesional que me atiende (excepción al formulario).*
- Mi plan de medicamentos cobra un copago más alto por el medicamento que me recetó el profesional que me atiende de lo que cobra por otro medicamento que trata mi condición, y deseo pagar el copago más bajo (excepción al nivel).*
- Utilizo un medicamento que anteriormente estaba incluido en un nivel de copago más bajo, pero que se pasará o se pasó a un nivel de copago más alto (excepción al nivel).*
- Mi plan de medicamentos me cobró un copago más alto del que debería haberme cobrado por un medicamento.
- Quiero que me reembolsen un medicamento recetado cubierto que pagué de mi bolsillo.

***NOTA: Si usted está solicitando una excepción al formulario o al nivel, el profesional que receta DEBE presentar una declaración que respalde su solicitud. Las solicitudes que están sujetas a una autorización previa (o a cualquier otro requisito de administración de la utilización) pueden requerir información de respaldo. El profesional que receta puede usar la "Información de respaldo para una solicitud de excepción o autorización previa" adjunta para respaldar su solicitud.**

Información adicional que debemos tener en cuenta (*adjunte la documentación de respaldo*):

Nota importante: decisiones rápidas

Si usted o el profesional que receta cree que esperar 72 horas una decisión estándar podría poner en grave peligro su vida, su salud o su capacidad para recuperarse completamente, puede solicitar una decisión rápida. Si el profesional que receta indica que una espera de 72 horas podría poner en grave peligro su salud, le concederemos automáticamente una decisión dentro de las 24 horas. Si usted no obtiene el respaldo del profesional que receta para una solicitud rápida, decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. Usted no puede solicitar una determinación de cobertura rápida si nos solicita que le hagamos un reembolso de un medicamento que ya recibió.

MARQUE ESTA CASILLA SI CREE QUE NECESITA UNA DECISIÓN DENTRO DE LAS 24 HORAS (si tiene una declaración de respaldo del profesional que receta, adjúntela a esta solicitud).

Firma de la persona que solicita la determinación de cobertura (el afiliado, el representante o el profesional que receta al afiliado):

Fecha:

Información de respaldo para una solicitud de excepción o autorización previa

Las solicitudes de EXCEPCIÓN AL FORMULARIO o AL NIVEL no pueden procesarse sin una declaración de respaldo del profesional que receta. Las solicitudes de AUTORIZACIÓN PREVIA pueden requerir información de respaldo.

SOLICITUD DE REVISIÓN RÁPIDA: Al marcar esta casilla y firmar a continuación, certifico que la aplicación del plazo de revisión estándar de 72 horas podría poner en grave peligro la vida o la salud del afiliado, o su capacidad para recuperar su máxima función.

Información del profesional que receta

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono del consultorio _____ Fax _____

Firma del profesional que receta _____ Fecha _____

Diagnóstico e información médica

Medicamento:	Dosis y vía de administración:	Frecuencia:
Receta nueva O Fecha en que comenzó el tratamiento:	Duración prevista del tratamiento:	Cantidad:
Peso/altura:	Alergias a medicamentos:	Diagnóstico:

Fundamento de la solicitud

- Medicamento(s) alternativo(s) contraindicado(s) o previamente probado(s) pero con resultados adversos, p. ej., toxicidad, alergia o fracaso terapéutico** [especifique a continuación: (1) Medicamento(s) contraindicado(s) o probado(s); (2) resultados adversos para cada uno; (3) si hubo fracaso terapéutico, duración del tratamiento con cada medicamento]
- El paciente está estable con el (los) medicamento(s) actual(es); alto riesgo de resultados clínicos adversos significativos con un cambio de medicamento** [especifique a continuación: Resultados clínicos adversos significativos previstos]

- Necesidad médica de formulación diferente o dosis más altas** [especifique a continuación: (1) Formulación o dosis probada(s); (2) explique el motivo médico]
 - Solicitud de excepción al nivel del formulario** [especifique a continuación: (1) Medicamentos del formulario o preferidos contraindicados o que se probaron y no dieron resultado, o que se probaron pero no resultaron tan eficaces como el medicamento solicitado; (2) si hubo fracaso terapéutico, duración del tratamiento con cada medicamento y resultado adverso; (3) si no resultaron tan eficaces, duración del tratamiento con cada medicamento y resultado]
 - Otro** (explique a continuación)
- Explicación requerida:** _____
