

SOLICITUD DE DETERMINACIÓN DE COBERTURA DE MEDICAMENTO CON RECETA MEDICARE

Este formulario puede enviarse a nosotros por correo o fax:

Dirección:
EmblemHealth Medicare PPO
Clinical Pharmacy Services
55 Water Street
New York, NY 10041

Número de fax:
877-300-9695

Usted también puede pedirnos una determinación de cobertura por teléfono al **877-444-7097** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., siete días a la semana o a través de nuestro sitio web en emblemhealth.com/medicare.

¿Quién puede hacer la solicitud? Su profesional autorizado para recetar podrá pedirnos una determinación de cobertura en su nombre. Si desea que otra persona (por ejemplo, un familiar o amistad) haga la solicitud por usted, dicha persona debe ser su representante. Comuníquese con nosotros para averiguar cómo designar un representante.

Información del inscrito

Nombre del inscrito		Fecha de nacimiento
Dirección del inscrito		
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono	N° ID de miembro del inscrito	

SOLO complete la siguiente sección si la persona que hace esta solicitud no es el inscrito o el profesional autorizado para recetar:

Nombre del solicitante		
Parentesco del solicitante con el inscrito		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono		

Documentación de representación para solicitudes hechas por una persona distinta al inscrito o el profesional autorizado para recetar del inscrito:

Anexe documentación que demuestra la autoridad para representar al inscrito (un Formulario de Autorización de Representación CMS-1696 completado o equivalente por escrito). Para más información sobre cómo designar un representante, comuníquese con su plan o con 1-800-MEDICARE.

Nombre del medicamento con receta que solicita (si se conoce, incluya la potencia y cantidad solicitada por mes):

Tipo de solicitud de determinación de cobertura

- Necesito un medicamento que no está en la lista de medicamentos cubiertos del plan (excepción de farmacopea).*
- He estado usando un medicamento que antes estaba incluido en la lista de medicamentos cubiertos del plan, pero que se está eliminando o fue eliminado de esta lista durante el año del plan (excepción de farmacopea).*
- Solicito la autorización previa del medicamento que el profesional autorizado para recetar me ha recetado.*
- Solicito una excepción al requisito de que pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que el profesional autorizado para recetar me ha recetado (excepción de farmacopea).*
- Solicito una excepción al límite del número de pastillas (límite de cantidad) que puedo recibir para que pueda obtener el número de pastillas recetado por el profesional autorizado para recetar (excepción de farmacopea).*
- Mi plan de medicamentos de receta cobra un copago más alto por el medicamento que el profesional autorizado para recetar me ha recetado de lo que cobra por otro medicamento que trata mi afección, y deseo pagar el copago más bajo (excepción de nivel).*
- He estado usando un medicamento que estuvo incluido anteriormente en un nivel de copago más bajo, pero que se está pasando o ha sido pasado a un nivel de copago más alto (excepción de nivel)*.
- Mi plan de medicamentos con receta me cobró un copago más alto de lo que debía haber cobrado por un medicamento.
- Deseo que se me reembolse un medicamento con receta cubierto que pagué de mi bolsillo.

***NOTA: Si está pidiendo una excepción de farmacopea o de nivel, su profesional autorizado para recetar DEBE proporcionar una declaración en apoyo de su solicitud. Las solicitudes sujetas a autorización previa (o cualquier requisito de administración de utilización) pueden requerir información de apoyo. Su profesional autorizado para recetar podrá utilizar el formulario anexo titulado “Información de Apoyo para una Solicitud de Excepción o Autorización Previa” para apoyar su solicitud.**

Información adicional que debemos considerar (*anexe cualesquier documentos de apoyo*):

Nota Importante: Decisiones aceleradas

Si usted o el profesional autorizado para recetar considera que una espera de 72 horas para una decisión estándar podría perjudicar gravemente su vida, estado de salud o capacidad para recuperar el funcionamiento máximo, podrá solicitar una decisión acelerada (rápida). Si su profesional autorizado para recetar indica que una espera de 72 horas podría perjudicar gravemente su estado de salud, le daremos automáticamente una decisión dentro de las 24 horas. Si no obtiene el apoyo de su profesional autorizado para recetar por una solicitud acelerada, decidiremos si su caso exige una decisión rápida. Usted no puede solicitar una determinación de cobertura acelerada si nos está pidiendo que le reembolsemos por un medicamento que ya recibió.

MARQUE ESTA CASILLA SI CREE QUE NECESITA UNA DECISIÓN DENTRO DE LAS 24 HORAS (si tiene una declaración de apoyo de su profesional autorizado para recetar, anéxela a esta solicitud).

Firma:

Fecha:

Información de Apoyo para una Solicitud de Excepción o Autorización Previa

Las solicitudes de EXCEPCIÓN DE FARMACOPEA y de NIVEL no pueden procesarse sin una declaración de apoyo del profesional autorizado para recetar. Las solicitudes de AUTORIZACIÓN PREVIA pueden necesitar información de apoyo.

SOLICITUD DE EVALUACIÓN ACELERADA: Al marcar esta casilla y firmar abajo, por este medio certifico que la aplicación del período de evaluación estándar de 72 horas podría perjudicar gravemente la vida o el estado de salud del inscrito, o la capacidad del inscrito de recuperar el funcionamiento máximo.

Información del profesional autorizado para recetar

Nombre

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Teléfono de consultorio

Fax

Firma del profesional autorizado para recetar

Fecha

Diagnóstico e Información Médica

Medicamento:

Potencia y vía de administración:

Frecuencia:

Receta nueva O fecha de inicio de terapia:

Duración prevista de la terapia:

Cantidad:

Estatura/Peso:

Alergias a medicamentos:

Diagnóstico:

Fundamento de la solicitud

- Medicamento(s) alternativo(s) contraindicado(s) o probado(s) anteriormente, pero con resultados adversos, p. ej., toxicidad, alergia o fracaso terapéutico** [Especificar abajo: (1) Medicamento(s) contraindicado(s) o probado(s); (2) resultado adverso para cada uno; (3) en caso de fracaso terapéutico, duración de la terapia con cada medicamento]
- El paciente se encuentra estable con el medicamento/medicamentos actuales; elevado riesgo de resultado clínico adverso significativo con cambio de medicamento** [Especificar abajo: resultado clínico adverso significativo previsto]
- Necesidad médica de forma posológica distinta y/o dosis más alta** [Especificar abajo: (1) Forma(s) posológica(s) y/o dosis probadas; (2) explicar el motivo médico]
- Solicitud de excepción de nivel de farmacopea** [Especificar abajo: (1) Medicamentos de farmacopea o preferidos contraindicados o probados y fracasados, y no tan eficaces como el medicamento solicitado (2) en caso de fracaso terapéutico, duración de la terapia con cada medicamento y resultado adverso; (3) si no es tan eficaz, duración de la terapia con cada medicamento y resultado]
- Otro** (explicar abajo)

Explicación requerida _____
