

## SOLICITUD PARA LA DETERMINACIÓN DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE

Este formulario puede ser enviado a nosotros por correo o fax

Dirección:

Part D Exceptions

PO Box 407

Boys Town, NE 68010

Número de fax:

1-866-632-7946

También puede solicitar una determinación de cobertura por teléfono al 1-800-546-5677 (24 horas al día, siete días a la semana) Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-706-4757 o por medio de nuestro sitio web en <https://secure.pti-nps.com/CoverageDetermination/>

**¿Quién puede hacer una solicitud?** Su médico puede solicitar una determinación de cobertura en su nombre. Si desea que otra persona (como un familiar o amigo) para hacer una solicitud para usted, esa persona debe ser su representante. Póngase en contacto con nosotros para saber cómo nombrar a un representante.

### Información del afiliado

Nombre Del Afilado \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección Del Afilado \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Número de identificación de miembro del afiliado \_\_\_\_\_

**Complete la siguiente sección sólo si la persona que hace esta petición no es el afiliado o prescriptor:**

Nombre del solicitante \_\_\_\_\_

Relación con el afiliado \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

**Representación de la documentación en las solicitudes realizadas por alguien que no sea el afiliado o prescriptor del afiliado:**

**Adjunte documentación que demuestre la autoridad para representar al afiliado (una forma de autorización de representación completada CMS-1696 o un equivalente por escrito). Para más información sobre el nombramiento de un representante, póngase en contacto con su plan o 1-800-Medicare.**

**Nombre del medicamento recetado que usted está solicitando (si se conoce, incluye la fuerza y la cantidad solicitada por mes):**

**Tipo de Solicitud de Determinación de Cobertura**

- Necesito un medicamento que no está en la lista del plan de medicamentos cubiertos (excepción al formulario).\*
- He estado usando un medicamento que estaba previamente incluido en la lista del plan de medicamentos cubiertos, pero está siendo eliminado o fue removido de esta lista durante el año del plan (excepción al formulario).\*
- Solicito autorización previa para el medicamento que mi prescriptor ha prescrito.\*
- Solicito una excepción al requisito de que yo pruebe otro medicamento antes de obtener el medicamento que mi prescriptor recetó (excepción al formulario).\*
- Solicito una excepción al límite del plan en el número de pastillas (límite de cantidad) que puedo recibir para que yo pueda obtener el número de pastillas que mi prescriptor recetó (excepción al formulario).\*
- Mi plan de medicamentos carga un copago más alto por el medicamento que mi prescriptor prescribe lo que les cobra a otro medicamento que trata a mi condición, y quiero pagar el copago más bajo (excepción al nivel).\*
- He estado usando un medicamento que estaba previamente incluido en nivel de copago más bajo, pero se está moviendo o fue trasladado a un nivel de copago más alto (excepción al nivel).\*
- Mi plan de recetas me cobró un copago más alto por un medicamento de lo que debería.
- Quiero recibir un reembolso por un medicamento recetado cubierto que he pagado de mi bolsillo.

---

**\*Tenga en cuenta: Si usted está pidiendo un formulario o por excepción de niveles, su médico debe proveer una declaración apoyando su solicitud. Solicitudes que están sujetos a autorización previa (o cualquier otro requisito de la utilización de gestión), podrán exigir la información. Su médico puede utilizar el anexo "Información de apoyo para una solicitud de excepción o de autorización previa" para apoyar su solicitud.**

---

Información adicional que debemos considerar (adjuntar los documentos de apoyo):

---

---

---

---

**Nota importante: Las decisiones aceleradas**

Si usted o su prescriptor cree que esperar 72 horas para una decisión estándar podría afectar seriamente su vida, salud, o capacidad de recuperar su máxima funcionalidad, usted puede pedir una decisión acelerada (rápida). Si su médico indica que esperar 72 horas podría afectar seriamente su salud, nosotros automáticamente le daremos una decisión dentro de 24 horas. Si

usted no obtiene el apoyo de su prescriptor para una solicitud acelerada, nosotros decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. Usted no puede solicitar una determinación de cobertura acelerada, si nos está pidiendo que le pagemos por un medicamento que ya ha recibido.

**Marque esta casilla si usted cree que necesita una decisión dentro de 24 horas (si tiene una declaración de su médico, adjúntelo a esta solicitud).**

**Firma de la persona que solicita la determinación de cobertura (el afiliado, o prescriptor del afiliado o su representante):**

Fecha: \_\_\_\_\_

**Información de apoyo para una solicitud de excepción o autorización previa**

**Formulario y solicitudes en Excepción de Niveles no pueden ser procesados sin declaración a favor de indicación médica. Solicita AUTORIZACIÓN PREVIA podrán exigir información.**

**SOLICITUD DE REVISIÓN URGENTE: Al marcar esta casilla y firmar abajo, certifico que la aplicación del plazo de 72 horas de revisión estándar puede ser un grave peligro para la vida o la salud de la persona inscrita o la capacidad para recuperar la función máxima de la persona inscrita.**

**La Información del Prescriptor**

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono de la oficina \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

**Firma Del Prescriptor** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**Diagnóstico y la información médica**

Medicación:	La fuerza y ruta de administración:	Frecuencia:
Nueva prescripción o Fecha de terapia Iniciada:	Duración prevista de la terapia:	Cantidad:
Altura / Peso:	Alergias a medicamentos:	Diagnóstico:

**Justificación de la solicitud**

- **Medicamento(s) alternativo(s) contraindicados o probados previamente, pero con resultados adversos, por ejemplo, toxicidad, alergias, o el fracaso terapéutico [Especifique abajo: (1) Drogas contraindicada o intentado, (2) cada resultado adverso, (3) si fracaso terapéutico, la duración de la terapia en cada medicamento]**
- **Paciente se encuentra estable en el medicamento actual; alto riesgo de significativos resultados clínicos adversos con cambio de medicación [Especifique abajo:**

---

significativos resultados clínicos adversos anticipados]

- Necesidad médica de la forma de dosificación y dosis diferentes / o más alto [Especifique abajo: (1) Forma de dosificación y / o la dosificación intentado, (2) explicar la razón médica]
- Solicitud de excepción de nivel del formulario [Especifique abajo: (1) Formulario de medicamentos preferidos o contraindicados o intentado y han fracasado, o tratado y no es tan efectivo que el medicamento solicitado; (2) si hay fracaso terapéutico, la duración del tratamiento con cada medicamento y los resultados adversos, (3) si no es tan efectiva , la duración de la terapia en cada medicamento y los resultados]
- Otros (explique abajo)

Explicación Requerida:: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_