



Enviar el formulario completo por fax al: 1-855-633-7673  
En caso de preguntas, llamar al: 1-844-740-0625  
Las 24 horas del día, los 7 días de la semana  
Los usuarios de teléfono de texto (TTY) deben llamar al: 711

## **Información importante sobre la Cobertura de Medicamentos Recetados**

---

A:	De:
Fax:	Páginas:

---

Obj: Solicitud de cobertura de un medicamento que no está en el formulario: Responda.

- Llene la Solicitud adjunta de Cobertura de un Medicamento que no están en el Formulario.
- Para prevenir retrasos en el proceso de revisión, llene todos los campos solicitados.
- Los formularios completos deben enviarse por fax al: 1-855-633-7673. No es necesario enviar por fax esta portada.

## **Información sobre esta Solicitud de cobertura de un medicamento que no está en el formulario**

---

Use este formulario para solicitar la cobertura de un medicamento que no está en el formulario. Para procesar esta solicitud, se requiere documentación que indique que todas las alternativas del formulario no serían igualmente eficaces o que tendrían efectos adversos. Proporcione información clínica u otras pruebas que sustenten la necesidad médica del medicamento que no está en el formulario, incluyendo medicamentos anteriores antes probados para esta condición en particular. Si la excepción al formulario se aprueba, el medicamento será reembolsado al copago del nivel de marca más alto para el año calendario.

Usted puede hacer una solicitud rápida, indicando esto en la parte superior del formulario adjunto. Si solicita una revisión rápida y firma el formulario adjunto, usted certifica que el aplicar el tiempo de revisión estándar de 72 horas podría poner en serio peligro la vida o la salud del miembro o la capacidad del miembro de recobrar sus funciones al máximo.

**La información en el formulario adjunto es información protegida y está sujeta a todos los reglamentos de privacidad y seguridad bajo la ley HIPAA.**

La privacidad del miembro es importante para nosotros. Nuestros empleados están capacitados sobre la forma apropiada de manipular la información privada de salud de nuestros miembros.

**AVISO DE CONFIDENCIALIDAD:** Esta comunicación y cualquier documento adjunto podrían contener información confidencial y/o privilegiada para uso de los destinatarios designados arriba indicados. Si usted no es el destinatario indicado, se le notifica que ha recibido esta comunicación por error y que queda prohibida cualquier revisión, divulgación, difusión, distribución o copia del mismo o de su contenido. Si ha recibido esta comunicación por error, notifique al remitente de inmediato por teléfono y destruya todas las copias de esta comunicación y cualquier anexo.



Enviar el formulario completo por fax al: 1-855-633-7673  
 En caso de preguntas, llamar al: 1-844-740-0625  
 Las 24 horas del día, los 7 días de la semana  
 Los usuarios de teléfono de texto (TTY) deben llamar al: 711  
 Solicitud de Revisión Acelerada

**Solicitud de cobertura de un medicamento que no está en el formulario**

Información del paciente	Información del médico que emite la receta y de la farmacia
Nombre: _____	Nombre: _____
ID del miembro:    _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Especialidad: _____
ID de Medicare:    _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	DEA:                                    _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Fecha de nacimiento: ___/___/___   Sexo: M / F (marque uno)	NPI:                                    _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Dirección: _____	Dirección: _____
Ciudad: _____	Ciudad: _____
Estado: _____   Código postal: _____	Estado: _____   Código postal: _____
Teléfono: _____	Teléfono: _____   Fax: _____
¿Residente de un hogar de ancianos?    SÍ/NO (marque uno)	Nombre de la farmacia: _____
¿Es un paciente con cuidados a domicilio? SÍ/NO (marque uno)	NCPDP:                                    _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
	NPI:                                    _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
	Teléfono: _____   Fax: _____

**Los siguientes elementos debajo de esta línea son sólo para uso del médico**

**Información del medicamento solicitado**

Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_

El medicamento es: De marca/Genérico (marque uno)   Potencia: \_\_\_\_\_   Forma de dosificación: \_\_\_\_\_

Cantidad por 30 días: \_\_\_\_\_   El medicamento solicitado es: Una nueva receta / una repetición (marque uno)

Instrucciones: \_\_\_\_\_   Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Código ICD-10: \_\_\_\_\_ Las revisiones estándar se realizarán en menos de 72 horas. Es posible recibir una revisión rápida si usted certifica que el plazo de la revisión estándar pondría en serio peligro la salud de su paciente. Para solicitar una revisión rápida, simplemente indíquelo en la parte superior de esta página.

**Criterios de solicitud de cobertura de un medicamento que no está en el formulario**

**Justificación médica:** Incluya la justificación médica para la solicitud de excepción del medicamento que no está en el formulario. Indique por qué todas las alternativas en el formulario, en cualquiera de los niveles del formulario para el tratamiento de una condición similar no serían eficaces o causarían efectos adversos. Indique los medicamentos previos y dosis intentados en este paciente, condición y fechas o fechas aproximadas o duración del tratamiento (si se conoce). Documente los efectos adversos que requieren la suspensión y/o la razón de la ineficacia percibida. Adjunte páginas adicionales de ser necesario .

- Si todos los agentes en el formulario no son eficaces, especifique los fracasos anteriores de tratamiento.  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- Si todos los agentes en el formulario tendrían efectos adversos, especifique la historia anterior de efectos adversos.  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



Si el paciente prefiere el medicamento que no está en el formulario, explique sus razones médicas:

---

---

Si no se ha probado alternativas disponibles en el formulario anteriormente, marque esta casilla.

**Firma del médico que emite la receta** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_