

Formulario de Excepción al Límite de Cantidad de Medicare Parte D



Instrucciones:

- Por favor, complete todas las secciones aplicables en ambas páginas de manera completa y legible.
- Adjunte cualquier documentación adicional que sea importante para la revisión (p. ej., notas del expediente médico o datos de laboratorio, para respaldar la solicitud de excepción al formulario).
- Envíe por fax los formularios completados al (833) 434-0563.
- **La información contenida en este formulario es Información de Salud Protegida conforme a la ley HIPAA.**

Información sobre la Solicitud de Cobertura de un Medicamento No Incluido en el Formulario (Excepción al Formulario):

- Use este formulario para solicitar la cobertura de un medicamento en una cantidad que exceda los límites de cantidad del plan.
- Para procesar esta solicitud, proporcione documentación que explique por qué la cantidad permitida en el formulario sería menos efectiva o causaría efectos adversos para la condición del miembro.
- Proporcione información clínica u otra evidencia que respalde la necesidad médica de cubrir una cantidad del medicamento que exceda los límites de cantidad del plan.

Formulario de Excepción al Límite de Cantidad de Medicare Parte D

APELLIDO DEL MIEMBRO:

NOMBRE DEL MIEMBRO:

--	--

Medicamento / Información Médica y de Dispensación

Nombre del Medicamento: ☐ Marca ☐ Genérico (seleccione una opción)

Dosis/Concentración:	Frecuencia:	Duración del Tratamiento/N.º de Resurtidos:	Cantidad y Suministro para Días:
----------------------	-------------	---	----------------------------------

☐ Terapia Nueva ☐ Renovación ☐

Si es Renovación: Fecha de Inicio del Tratamiento:

Duración del Tratamiento (fechas específicas):

¿Cómo recibió el paciente el medicamento?

☐ Pagado bajo el nombre del seguro: _____ NÚMERO DE AUTORIZACIÓN PREVIA (SI SE CONOCE): _____

☐ Otro (explique): _____

Administración:

☐ Oral/SL ☐ Tópico ☐ Inyección ☐ IV ☐ Otro: _____

Lugar de Administración: ☐ Hogar del Paciente ☐ Centro de Cuidado a Largo Plazo

☐ Consultorio del Médico ☐ Agencia de Atención Médica a Domicilio ☐ Otro (explique): _____

☐ Centro de Infusión Ambulatoria ☐ Atención Hospitalaria Ambulatoria _____

1. ¿Ha probado el paciente algún otro medicamento para esta condición? ☐ SÍ (complete abajo) ☐ NO

Medicamento/Terapia (Especifique el nombre del medicamento y la dosis)	Duración del Tratamiento (Especifique las fechas)	Respuesta/Motivo del Fracaso/Alergia

2. Lista de Diagnósticos: _____ ICD-10: _____

3. INFORMACIÓN CLÍNICA REQUERIDA – Proporcione toda la información clínica pertinente para respaldar la revisión de la solicitud de excepción al límite de cantidad.

Proporcione información sobre tratamientos previos con el medicamento solicitado, en las cantidades permitidas por el límite de cantidad, que no hayan sido efectivos; o sobre cualquier característica física o mental relevante del miembro, o aspecto del régimen de tratamiento, que pudiera hacer que el tratamiento fuera ineficaz o afectar la adherencia del paciente.

☐ Archivos adjuntos

Declaración: Certifico que la información proporcionada es verdadera y exacta según mi leal saber y entender. Entiendo que el plan de salud, la aseguradora, el grupo médico o sus representantes designados pueden realizar una auditoría de rutina y solicitar la información médica necesaria para verificar la exactitud de lo indicado en este formulario.

Firma del prescriptor o verificación electrónica de identidad: _____ Fecha: _____

Aviso de confidencialidad: Los documentos que acompañan esta transmisión contienen información de salud confidencial protegida por privilegio legal. Si usted no es el destinatario previsto, se le notifica que está estrictamente prohibido divulgar, copiar o distribuir estos documentos, o tomar cualquier medida basándose en su contenido. Si recibió esta información por error, notifique de inmediato al remitente por fax y coordine la devolución o destrucción de los documentos.

Para solicitar una autorización previa, complete el Formulario de Autorización Previa para Medicamentos Recetados y envíelo, con documentación adicional si es necesaria, a cualquiera de los siguientes:

Fax: (833) 434-0563
 Electrónico: CoverMyMeds® website
 Correo: Judi Rx Attn: Claims Dept.
 9450 SW Gemini Dr., #87234
 Beaverton, OR 97008