



SOLICITUD DE DETERMINACIÓN DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE

Puede enviarnos este formulario por correo o fax:

Dirección:
Express Scripts
Attn: Medicare Reviews
P.O. Box 66571
St. Louis, MO 63166-6571

Número de fax:
1.877.328.9799

También puede solicitarnos una determinación de cobertura por teléfono llamando al 1.800.935.6103 o a través de nuestro sitio web, www.Express-Scripts.com.

Quién puede hacer una solicitud: El profesional que le receta puede solicitarnos una determinación de cobertura en su nombre. Si usted desea que otra persona (como un familiar o amigo) presente una solicitud en su nombre, esa persona debe ser su representante. Comuníquese con nosotros para enterarse de 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 de miembro del afiliado | |

Complete la siguiente sección ÚNICAMENTE 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 sobre la representación para solicitudes presentadas por una persona que no es el afiliado ni el profesional que le receta al afiliado:

Adjunte la documentación que muestre la autorización para representar al afiliado (un Formulario de autorización de representación CMS-1696 completado o un 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 está solicitando (si las conoce, incluya la concentración y la cantidad solicitada por mes): |
|---|



Tipo de solicitud de determinación de cobertura

- Necesito un medicamento que no se encuentra en la lista de medicamentos cubiertos del Plan (excepción del formulario).*
- He estado utilizando un medicamento que solía estar incluido en la lista de medicamentos cubiertos del Plan, pero que va a ser retirado o que fue retirado de la lista durante el año del Plan (excepción del formulario).*
- Solicito autorización previa para el medicamento recetado por el profesional que me receta.*
- Solicito una excepción al requisito de que pruebe otro medicamento antes de obtener el medicamento recetado por el profesional que me receta (excepción del formulario).*
- Solicito una excepción al límite del Plan para el número de comprimidos (límite de cantidad) que puedo recibir, de modo de poder obtener el número de comprimidos recetados por el profesional que me receta (excepción del formulario).*
- Mi plan de medicamentos cobra un copago por el medicamento recetado por el profesional que me receta que es superior al que cobra por otro medicamento utilizado para tratar mi afección, y yo quiero pagar el copago más bajo (excepción de nivel).*
- He estado utilizando un medicamento que solía estar incluido en un nivel de copago más bajo, pero que será cambiado o fue cambiado a un nivel de copago más alto (excepción de nivel).*
- Mi plan de medicamentos me cobró un copago más alto del que me debería haber cobrado por un medicamento.
- Deseo recibir un reembolso por un medicamento recetado cubierto que pagué de mi bolsillo.

***NOTA: Si está solicitando una excepción del formulario o una excepción de nivel, el profesional que le receta DEBE proporcionar una declaración en la cual respalde su solicitud. Es posible que sea necesario contar con información de respaldo en el caso de las solicitudes sujetas a autorización previa (o cualquier otro requisito de manejo de utilización). El profesional que le receta puede utilizar el documento adjunto, "Información de respaldo para una solicitud de excepción o autorización previa", para respaldar su solicitud.**

Información adicional que debemos considerar (*adjunte los documentos de respaldo*):

Si usted o el profesional que le receta consideran que esperar 72 horas por una decisión estándar podría dañar gravemente su vida, salud o capacidad de recuperación funcional máxima, puede solicitar una decisión acelerada (rápida). Si el profesional que le receta indica que esperar 72 horas podría dañar gravemente su salud, de forma automática le daremos una decisión en un plazo de 24 horas. Si usted no obtiene el respaldo del profesional que le receta para una solicitud acelerada, nosotros decidiremos si su caso requiere de una decisión rápida. Usted no puede solicitar una determinación de cobertura acelerada si nos está pidiendo que le pagemos un medicamento que ya recibió.

MARQUE ESTA CASILLA SI CONSIDERA QUE NECESITA UNA DECISIÓN EN UN PLAZO DE 24 HORAS (si tiene una declaración de respaldo del profesional que le receta, adjúntela a esta solicitud).

| | |
|---------------|---------------|
| Firma: | Fecha: |
|---------------|---------------|

Las solicitudes de EXCEPCIÓN del FORMULARIO y de 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 ACELERADA: Al marcar esta casilla y firmar a continuación, certifico que la aplicación del plazo de revisión estándar de 72 horas puede poner en grave peligro la vida o la salud del afiliado o la capacidad de recuperación funcional máxima del afiliado.

| | | |
|----------------------------------|--------|---------------|
| Nombre | | |
| Dirección | | |
| Ciudad | Estado | Código postal |
| Teléfono del consultorio | | Fax |
| Firma del profesional que receta | | Fecha |

| | | |
|---|--|--------------|
| Medicamento: | Concentración y vía de administración: | Frecuencia: |
| Nueva receta O Fecha de inicio del tratamiento: | Duración prevista del tratamiento: | Cantidad: |
| Estatura/Peso: | Alergias a medicamentos: | Diagnóstico: |

- Medicamento(s) alternativo(s) contraindicado(s) o ya probado(s), pero con un resultado adverso; p. ej., toxicidad, alergia o falla terapéutica** [Especificar a continuación: (1) Medicamento(s) contraindicado(s) o probado(s); (2) resultado adverso en cada caso; (3) si se trató de una falla terapéutica, duración del tratamiento con cada medicamento]
- El paciente se encuentra estable con el (los) medicamento(s) actual(es); alto riesgo de resultado clínico adverso significativo con el cambio de medicamento** [Especificar a continuación: Resultado clínico adverso significativo que se prevé]
- Necesidad médica de presentación diferente y/o de dosis más alta** [Especificar a continuación: (1) Presentación(es) y/o dosis probada(s); (2) explicar el motivo médico]
- Solicitud de excepción de nivel del formulario** [Especificar a continuación: (1) Medicamentos del formulario o preferidos contraindicados, o probados con resultado fallido, o probados sin tanta eficacia como el medicamento solicitado; (2) si se trata de una falla terapéutica, duración del tratamiento con cada medicamento y resultado adverso; (3) si no es tan eficaz, duración del tratamiento con cada medicamento y resultado]



Otro (explicar a continuación)

Explicación obligatoria _____
