



SOLICITUD DE DETERMINACIÓN DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS DE RECETA DE MEDICARE

Nos puede enviar este formulario por correo o fax:

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

Número de fax:  
**1-877-300-9695**

También puede solicitarnos una determinación de cobertura por teléfono llamando al **1-877-444-7097** (TTY: **711**), de 8 am a 8 pm, los siete días de la semana, o a través de nuestro sitio web en <http://www.emblemhealth.com/medicare>.

**Quién puede hacer una solicitud:** Su profesional autorizado para recetar puede solicitarnos una determinación de cobertura en su nombre. Si desea que otra persona (como un familiar o amigo) la solicite en su nombre, esa persona debe ser su representante. Contáctenos para aprender a nombrar un representante.

**Información de la persona inscrita**

|                                  |   |                     |
|----------------------------------|---|---------------------|
| Nombre de la persona inscrita    |   | Fecha de nacimiento |
| Dirección de la persona inscrita |   |                     |
| Ciudad                           | Estado  | Código postal       |
| Teléfono                         | Número de identificación del miembro de la persona inscrita |                     |

**Complete la siguiente sección SOLAMENTE si la persona que hace esta solicitud no es la persona inscrita o el profesional autorizado para:**

|  |        |               |
|--|--------|---------------|
| Nombre del solicitante                           |        |               |
| Relación del solicitante con la persona inscrita |        |               |
| Dirección  |        |               |
| Ciudad   | Estado | Código postal |
| Teléfono   |        |               |

**Documentación de representación para solicitudes realizadas por otro individuo que no sea la persona inscrita o el profesional autorizado para recetar:**

Adjunte documentación que muestre la autoridad para representar a la persona inscrita (un Formulario de Autorización de Representación CMS-1696 completo o un escrito equivalente). Para obtener más información sobre el nombramiento de un representante, comuníquese con su plan o al 1-800-Medicare.

**Nombre del medicamento de receta que está solicitando** (si se conoce, incluya la concentración y la cantidad solicitadas 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 formulario).\*
- He estado usando un medicamento que anteriormente estaba incluido en la lista de medicamentos cubiertos del plan, pero que está siendo eliminado o se ha eliminado de esta lista durante el año del plan (excepción de formulario).\*
- Solicito autorización previa para el medicamento recetado por el profesional autorizado para recetar.\*
- Solicito una excepción al requisito de probar otro medicamento antes de obtener el medicamento recetado por el profesional autorizado para recetar (excepción de formulario).\*
- Solicito una excepción al límite del plan sobre la cantidad de píldoras (límite de cantidad) que puedo recibir para poder obtener la cantidad de píldoras recetadas por el profesional autorizado para recetar (excepción de formulario).\*
- El copago que mi plan de medicamentos cobra por el medicamento recetado por el profesional autorizado para recetar es más costoso que el copago que cobra por otro medicamento que trata mi afección, y quiero pagar el copago más bajo (excepción de nivel).\*
- He estado usando un medicamento que anteriormente estaba incluido en un nivel de copago más bajo, pero que se está moviendo o se movió a un nivel de copago más alto (excepción de nivel).\*
- Mi plan de medicamentos me cobró un copago más alto del que corresponde por un medicamento.
- Deseo que se me reembolse un medicamento de receta cubierto que pagué de mi bolsillo.

**\*NOTA: Si está solicitando una excepción de formulario o de nivel, el profesional autorizado para recetar DEBE proporcionar una declaración que respalde su solicitud. Es posible que las solicitudes que están sujetas a autorización previa (o cualquier otro requisito de gestión de la utilización) requieran información de respaldo. El profesional autorizado para recetar puede usar la "Información de respaldo para una solicitud de excepción o una autorización previa" adjunta para respaldar su solicitud.**

---

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

### Nota importante: Decisiones expeditivas

Si usted o el profesional autorizado para recetar creen que esperar 72 horas para una decisión estándar podría dañar seriamente su vida, su salud o su capacidad para recuperar su funcionalidad máxima, puede solicitar una decisión expeditiva (rápida). Si el profesional autorizado para recetar indica que esperar 72 horas podría dañar seriamente su salud, automáticamente le daremos una decisión dentro de las 24 horas. Si no obtiene el respaldo del profesional autorizado para recetar para una solicitud expeditiva, decidiremos si su caso requiere una decisión acelerada. No puede solicitar una determinación de cobertura expeditiva si nos está pidiendo que le devolvamos el pago de un medicamento que ya recibió.

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

Firma:

Fecha:

ATTENTION: If you speak [insert language], language assistance services, free of charge, are available to you. Call 877-444-7097 (TTY: 711). ATENCIÓN: Si usted habla español, tiene a su disposición, gratis, servicios de ayuda para idiomas. Llame al 877-444-7097 (TTY: 711).

## Información de respaldo para una Solicitud de excepción o Autorización previa

LAS SOLICITUDES DE EXCEPCIÓN DE FORMULARIO y NIVEL no se pueden procesar sin la declaración de respaldo del profesional autorizado para recetar. Es posible que las solicitudes de AUTORIZACIÓN PREVIA requieran información de respaldo.

**SOLICITUD DE REVISIÓN EXPEDITIVA: 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 de la persona inscrita o la capacidad de la persona inscrita para recuperar su funcionalidad máxima.**

| Información del profesional autorizado para recetar |        |               |
|---|--------|---------------|
| Nombre  |        |               |
| Dirección   |        |               |
| Ciudad  | Estado | Código postal |
| Teléfono de oficina                                 |        | Fax           |
| Firma del profesional autorizado para recetar       |        | Fecha         |

| Diagnóstico e información médica               |  |              |
|--|--|--------------|
| Medicamento:                                   | Concentración y vía de administración: | Frecuencia:  |
| Nueva receta O fecha en que inició la terapia: | Duración prevista de la terapia:       | Cantidad:    |
| Altura/peso:                                   | Alergias a medicamentos:               | Diagnóstico: |

| Justificación de la solicitud  |
|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Medicamento(s) alternativo(s) contraindicado(s) o previamente probado(s), pero con un resultado adverso, por ejemplo, toxicidad, alergia o falla terapéutica</b> [Especifique a continuación: (1) Medicamento(s) contraindicado(s) o probado(s); (2) resultado adverso de cada uno; (3) si hubo una falla terapéutica, duración de la terapia con cada medicamento]  |
| <input type="checkbox"/> <b>El paciente se encuentra estable con el(los) medicamento(s) actual(es); alto riesgo de un resultado clínico adverso significativo con cambio de medicación</b> [Especifique a continuación: Resultado clínico adverso significativo previsto]  |
| <input type="checkbox"/> <b>Necesidad médica de diferentes formas de dosificación y/o dosis más altas</b> [Especifique a continuación: (1) Forma(s) de dosificación y/o dosificación(es) probada(s); (2) explique la razón médica]   |
| <input type="checkbox"/> <b>Solicitud de excepción de nivel de formulario</b> [Especifique a continuación: (1) Medicamentos preferidos o incluidos en el formulario contraindicados o probados y suspendidos, o probados y no tan efectivos como el medicamento solicitado; (2) si hay una falla terapéutica, duración de la terapia con cada medicamento y resultado adverso; (3) si no es tan efectivo, duración de la terapia con cada medicamento y resultado] |
| <input type="checkbox"/> <b>Otro</b> (explicar a continuación)   |
| <b>Explicación obligatoria</b> _____   |
| _____  |
| _____  |

Group Health Incorporated (GHI) es un plan PPO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en GHI depende de la renovación del contrato. GHI es una empresa de EmblemHealth.