

**SOLICITUD DE DETERMINACIÓN DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE**

Este formulario puede ser enviado por correo o por fax:

Dirección:  
 CVS Caremark - Appeals Department  
 MC 109  
 PO Box 52000  
 Phoenix, AZ 85072-2000

Número de fax:  
 1-855-633-7673

Usted también puede solicitarnos una determinación de cobertura por teléfono al 1-855-675-7630, TTY/TDD 711, o a través de nuestro sitio Web: [www.healthfirst.org/mmp](http://www.healthfirst.org/mmp).

**Quién puede presentar una solicitud:** su médico recetante puede pedirnos una determinación de cobertura en su nombre. Si usted desea que otra persona (como un familiar o amigo) haga una solicitud en su nombre, esa persona debe ser su representante. Comuníquese con nosotros para informarse sobre cómo nombrar a su representante.

**Información del miembro**

Nombre del miembro		Fecha de nacimiento
Dirección del miembro		
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono	Número del miembro	

**Llene la siguiente sección SOLAMENTE si la persona que presenta esta solicitud no es el miembro o el médico recetante:**

Nombre del solicitante		
Relación del solicitante con el miembro		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono		

**Documentación de representación para solicitudes presentadas por otra persona aparte del miembro o el médico recetante del miembro:**

**Adjunte la documentación que demuestre la autoridad para representar al miembro (un Formulario de Autorización de Representación CMS-1696 lleno o su equivalente escrito). Para más información sobre cómo nombrar un representante, comuníquese con su plan o llame al 1-800-Medicare.**

**Nombre del medicamento recetado que usted solicita** (si lo sabe, incluya la concentración y la cantidad mensual solicitada):

**Tipo de solicitud de determinación de cobertura**

- Necesito un medicamento que no está en la lista de medicamentos cubiertos por el plan (excepción del formulario).\*
- He estado usando un medicamento incluido previamente en la lista de medicamentos cubiertos por el plan pero está siendo eliminado, o fue eliminado de esta lista, durante el año del plan (excepción del formulario).\*
- Solicito una autorización previa para el medicamento que mi médico me ha recetado.\*
- Solicito una excepción para el requisito de probar otro medicamento antes de obtener el medicamento recetado por mi médico (excepción al formulario).\*
- Solicito una excepción al límite del plan sobre la cantidad de comprimidos (límite de cantidad) que puedo recibir, de manera que pueda obtener la cantidad que se me recetó (excepción del formulario).\*
- Mi plan de medicamentos cobra un copago más alto por el medicamento que mi médico me recetó que lo que cobra por otro medicamento que trata mi condición, y yo deseo pagar el copago más bajo (excepción del nivel).\*
- He estado usando un medicamento que anteriormente estaba en un nivel de copago menor, pero que está siendo cambiado o fue cambiado a un nivel de copago mayor (excepción del nivel).\*
- Mi plan de medicamentos me cobró un copago más alto del debido por un medicamento.
- Deseo un reembolso por un medicamento recetado cubierto que pagué de mi bolsillo.

**\*NOTA: Si solicita una excepción al formulario o de nivel, el médico recetante TIENE QUE incluir una declaración que respalde su solicitud. Las solicitudes que están sujetas a una autorización previa (o a cualquier otro requisito de administración de uso) podrían requerir información de respaldo. Su médico recetante puede usar el formulario adjunto de “Información de apoyo para una solicitud de excepción o autorización previa” para respaldar su solicitud.**

Información adicional que debemos tomar en cuenta (*adjunte cualquier documento de respaldo*):

---

---

---

---

**Nota importante: Decisiones aceleradas**

Si usted o su médico recetante consideran que esperar 72 horas por una decisión estándar podría poner en serio riesgo su vida, salud o capacidad para recobrar el funcionamiento máximo, puede

solicitar una decisión acelerada (rápida). Si su médico recetante indica que la espera de 72 horas podría poner en grave riesgo su salud, le comunicaremos automáticamente una decisión en un plazo de 24 horas. Si usted no obtiene el respaldo de su médico para una solicitud acelerada, nosotros decidiremos si su caso requiere de una determinación acelerada. Usted no puede solicitar una decisión de cobertura acelerada si está solicitando el reembolso del pago de un medicamento que usted ya recibió.

**MARQUE ESTA CASILLA SI CONSIDERA QUE NECESITA UNA DECISIÓN EN LAS SIGUIENTES 24 HORAS (si usted tiene una declaración de respaldo de su médico, adjúntela a esta solicitud).**

<b>Firma:</b>	<b>Fecha:</b>
---------------	---------------

**Información de Respaldo para una Solicitud de Excepción o Autorización Previa**

Las solicitudes de EXCEPCIÓN AL FORMULARIO y DE NIVEL no pueden procesarse sin una declaración de respaldo del médico recetante. Las solicitudes de AUTORIZACIÓN PREVIA podrían requerir información de apoyo.

**SOLICITUD DE REVISIÓN ACELERADA:** Al marcar esta casilla y firmar abajo, certifico que la aplicación del plazo de revisión estándar de 72 horas p poner en grave riesgo la vida o salud del miembro, o su capacidad para recuperar el funcionamiento máximo.

Información del médico recetante			
Nombre			
Dirección			
Ciudad	Estado	Código postal	
Teléfono del consultorio:		Fax	
Firma del médico recetante			Fecha

Diagnóstico e información médica			
Medicamento(s):	Concentración y modo de administración:		Frecuencia:
Nueva receta O fecha de inicio del tratamiento:	Duración estimada del tratamiento:		Cantidad:
Estatura/Peso:	Alergias a medicamentos:	Diagnóstico:	
Razones para la solicitud			

**Medicamento(s) alternativo(s) contraindicado(s) o previamente probado(s), pero con resultados adversos; por ejemplo, toxicidad, alergia o fallo terapéutico** [Especifique abajo: (1) Medicamento(s) contraindicado(s) o probado(s); (2) resultado adverso de cada uno; (3) si hubo un fallo terapéutico, duración de la terapia por cada medicamento]

**El paciente está estable con su(s) medicamento(s) actual(es); riesgo elevado de resultado clínico significativamente adverso con el cambio de medicamento(s)** [Especifique abajo: Resultado clínico significativamente adverso anticipado]

**Necesidad médica de dosis en un formato diferente y/o de una mayor dosis** [Especifique abajo: (1) Formato de dosis y/o dosis probada(s); (2) explique la razón médica]

**Solicitud de excepción de nivel del formulario** [Especifique abajo: (1) Medicamentos del formulario, o preferentes, contraindicados, o probados y fallidos, o probados y no tan eficaces como el medicamento solicitado; (2) en caso de fallo terapéutico: duración del tratamiento con cada medicamento y resultado adverso; (3) si no fue tan eficaz: la duración del tratamiento con cada medicamento y resultado]

**Otra** (explique abajo)

**Explicación obligatoria:**

---

---

---

---

El Plan Cuidado Absoluto FIDA (Plan Medicare-Medicaid) de Healthfirst es un plan de atención administrada con un contrato con Medicare y con el Departamento de Salud del Estado de Nueva York (Medicaid) que brinda los beneficios de ambos programas a sus Participantes a través de la Demostración del Plan de Dobles Beneficios Completamente Integrados (Fully Integrated Duals Advantage, FIDA por sus siglas en inglés).

Los participantes deben utilizar farmacias de la red para tener acceso a sus beneficios de medicamentos recetados.

La lista de medicamentos cubiertos y/o las redes de farmacias y proveedores pueden cambiar durante el año. Le enviaremos un aviso antes de hacer cualquier cambio que pudiera afectarle.

Puede solicitar este aviso en otros formatos, como en formato Braille o en letra grande. Llame al 1-855-675-7630 o TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

Usted puede obtener esta información de forma gratuita en otros idiomas. Llame al 1-855-675-7630 y TTY/TDD 711, los 7 días de la semana de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. La llamada es gratuita.

You can get this information for free in other languages. Call 1-855-675-7630 and TTY/TDD: 711, 7 days a week from 8 am to 8 pm. The call is free.

El Plan Medicare de Healthfirst cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

El Estado de Nueva York ha creado un programa de defensoría (ombudsman) para participantes llamado la Red Independiente de Defensa del Consumidor (ICAN, por sus siglas en inglés) para proporcionar asistencia gratuita y confidencial sobre cualquier servicio ofrecido por el Plan Cuidado Absoluto FIDA (Plan

Medicare-Medicaid) de Healthfirst. Se puede contactar al Defensor (Ombudsman) para Participantes en el número gratuito 1-844-614-8800, TTY 711, o en línea en [icannys.org](http://icannys.org).