



SOLICITUD DE DETERMINACIÓN DE COBERTURA DE MEDICARE PARA MEDICAMENTOS RECETADOS

Este formulario puede ser enviado por correo o por fax:

Dirección:
CVS Caremark Part D Services
MC 109
PO Box 52000
Phoenix, AZ 85072-2000

Número de fax:
1-855-633-7673

Usted también puede solicitar una determinación de cobertura llamando al 1-888-260-1010, TTY 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, o a través de nuestro sitio web en www.healthfirst.org/medicare.

Quién puede presentar una solicitud: El médico que le dio la receta puede pedirnos 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 informarse sobre cómo nombrar a su representante.

Información del afiliado

Nombre del afiliado:		Fecha de nacimiento:
Dirección del afiliado:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono:	Nº de identificación del afiliado	

Llene la siguiente sección SOLAMENTE si la persona que presenta esta solicitud no es el afiliado o el médico que le dio la receta:

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

Documentación de representación para solicitudes presentadas por una persona que no sea el afiliado o el médico que le dio la receta: Adjunte la documentación que demuestre la autoridad para representar al afiliado (un formulario de Nombramiento de un Representante (CMS-1696) completado o un equivalente escrito). Para más información sobre cómo nombrar un representante, comuníquese con su plan o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 o visitar www.mymedicare.gov.

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 anteriormente 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 del formulario).*
- Solicito una excepción al límite del plan sobre la cantidad de pastillas (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 afección médica, y yo deseo efectuar el copago más bajo (excepción del nivel)*.
- He estado usando un medicamento que anteriormente estaba incluido en un nivel de copago menor, pero que está siendo cambiado o fue cambiado a un nivel de copago más alto (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 respecto del formulario o del nivel, el médico que le dio la receta DEBE 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. El médico que le dio la receta puede usar el formulario adjunto de "Información de respaldo para una solicitud de excepción o autorización previa" para justificar la solicitud.**

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

Nota importante: Decisiones aceleradas

Si usted o el médico que le dio la receta 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 el médico que le dio la receta 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 ya recibió.

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

Firma de la persona que solicita la determinación de cobertura (el afiliado, el médico que le dio la receta o el representante):	Fecha:
--	--------

Información de respaldo para una solicitud de excepción o autorización previa

Las solicitudes de EXCEPCIÓN RESPECTO DEL FORMULARIO y DEL NIVEL no pueden procesarse sin una declaración de respaldo del médico que le dio la receta. Las solicitudes de AUTORIZACIÓN PREVIA podrían requerir información de apoyo.

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

Información del médico que dio la receta		
Nombre:		
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono del consultorio:	Fax:	
Firma del médico que dio la receta:		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 y Peso:	Alergias a medicamentos:	Diagnóstico:

Razones para la solicitud
<input type="checkbox"/> 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]
<input type="checkbox"/> 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]
<input type="checkbox"/> 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]
<input type="checkbox"/> 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]
<input type="checkbox"/> Otra (explique abajo)
Explicación obligatoria:

<hr/> <hr/> <hr/>

Healthfirst Health Plan, Inc., ofrece planes HMO que tienen contratos con el gobierno federal. El Plan Medicare de Healthfirst tiene un contrato con el programa Medicaid de Nueva York para el Plan Atención Integral (HMO SNP) de Healthfirst y un Acuerdo de Coordinación de Beneficios con el Departamento de Salud del Estado de Nueva York para el Plan Mejor Calidad de Vida (HMO SNP) de Healthfirst. La inscripción en el Plan Medicare de Healthfirst está sujeta a la renovación del contrato.

El formulario, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. A usted se le notificará al respecto cuando sea necesario.

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.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-305-0408 (TTY/TDD 1-888-867-4132).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-866-305-0408 (TTY/TDD 1-888-542-3821)。