

SOLICITUD DE DETERMINACIÓN DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE

Este formulario debe enviarse por correo o por fax:

AHM- Pharmacy Department
P.O. Box 11320 San Juan, P.R. 00922

1-866-207-1704 / 787-993-3262

Usted también puede solicitar una determinación de cobertura por teléfono al 1-888-620-1919 o a través de nuestro sitio web al www.ahmpr.com.

Quién puede presentar una solicitud: El médico o persona que emite la receta puede pedirnos una determinación de cobertura en nombre de usted. Si usted desea que otra persona (tal como un familiar o amigo) haga la solicitud por usted, esa persona debe ser su representante. Comuníquese con nosotros para saber cómo designar a un representante.

Información del miembro

Nombre del miembro _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección del miembro _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____ No. de identificación del miembro _____

Llene la siguiente sección SÓLO si la persona que hace esta solicitud no es el beneficiario:

Nombre de la persona que presenta la solicitud

Relación con el miembro _____

Dirección: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____

Documentos de representación para solicitudes presentadas por otra persona distinta al miembro o al médico o persona que receta:

Anexe la documentación que muestre la autoridad de representar al miembro (un formulario completo de autorización de representación CMS-1696 o un equivalente por escrito). Para obtener más información sobre cómo designar a un representante, comuníquese con su plan o al 1-800-Medicare.

Nombre del medicamento recetado que solicita (si se conoce, incluya la potencia y la cantidad solicitada al mes):

Tipo de solicitud de determinación de cobertura

- Necesito un medicamento que no está en la lista de medicamentos cubiertos del plan (excepción al formulario).*
- He estado usando un medicamento que estaba previamente incluido en la lista del plan de medicamentos cubiertos, pero que ha sido retirado de la lista durante este año del plan (excepción del formulario).*
- Solicito autorización previa para el medicamento que mi médico o persona que receta me ha recetado.*
- Solicito una excepción al requisito de que pruebe otro medicamento antes de recibir el que mi médico me recetó (excepción del formulario).*
- Solicito una excepción al límite del plan de la cantidad de pastilla (límite de cantidad) que puedo recibir para que pueda recibir el número de pastillas que me fueron recetadas (excepción del formulario).*
- Mi plan de medicamentos cobra un elevado copago por el medicamento que me ha sido recetado respecto a lo que cobra por otro medicamento que trata mi condición y quiero pagar el copago más bajo (excepción de niveles).*
- He estado usando un medicamento que anteriormente estaba incluido en un nivel más bajo de copago, pero que ha pasado a un nivel más alto de copago (excepción de niveles).*
- Mi plan de medicamento me cobró un copago más elevado por un medicamento del que debía.
- Quiero recibir un reembolso por un medicamento recetado que pagué de mi bolsillo.

***NOTA: Si usted solicita una excepción del formulario o de los niveles, su médico o persona que receta DEBE presentar una declaración que apoye su solicitud. Las solicitudes que están sujetas a autorización previa (o a cualquier otro requisito de manejo de uso) podrían requerir información de soporte. Su médico o persona que receta puede usar el siguiente "Formulario de información de soporte para una solicitud de excepción o autorización previa".**

Información adicional que debemos considerar (*adjunte cualquier documento de soporte*):

Nota importante: Decisiones sin demora

Si usted o su médico creen que el esperar 72 horas por una decisión estándar podría poner en serio peligro su vida, su salud o su capacidad de recobrar su máxima habilidad, usted puede solicitar una decisión sin demora (rápida). Si su médico indica que el esperar 72 horas podría poner en serio peligro su vida, automáticamente le daremos una decisión dentro de las siguientes 24 horas. Si usted no recibe el apoyo de su médico, nosotros decidiremos si su condición de salud requiere de una decisión rápida. Usted no puede pedir una determinación de cobertura rápida si usted nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que usted ya compró.

MARQUE ESTA CASILLA SI CREE QUE NECESITA UNA DECISIÓN DENTRO DE LAS SIGUIENTES 24 HORAS (si usted tiene una declaración de soporte de su médico, adjúntela a esta solicitud).

Firma de la persona que solicita la determinación de cobertura (el miembro o el médico o persona que emite la receta, o el representante):

Fecha: _____

Información de soporte para una solicitud de excepción o autorización previa

Las solicitudes de excepción del FORMULARIO y DE NIVELES no pueden procesarse sin una declaración de soporte del médico o persona que emite la receta. Las solicitudes de AUTORIZACIÓN PREVIA podrían requerir de información de soporte.

SOLICITUD DE REVISIÓN RÁPIDA: Al marcar esta casilla y firmar más abajo, certifique que el esperar un lapso de 72 horas para una revisión estándar podría poner en grave peligro la vida o la salud del miembro o su habilidad de recuperar sus plenas funciones.

Información del médico o persona que receta

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono del consultorio _____ Fax _____

Firma del médico o persona que receta _____ Fecha _____

Diagnóstico e información médica

Medicamento:	Potencia y vía de administración:	Frecuencia:
Nueva receta O fecha de inicio de la terapia:	Duración esperada de la terapia:	Cantidad:
Estatura/peso:	Alergias a medicamentos:	Diagnóstico:

Explicación de la solicitud

- Los medicamentos alternos son contraindicados o fueron probados anteriormente con efectos adversos, como por ejemplo, toxicidad, alergia o fracaso terapéutico** Especifique abajo: (1) Medicamentos contraindicados o probados; (2) resultado adverso ante cada uno; (3) en caso de fracaso terapéutico, duración de la terapia con cada medicamento
- El paciente está estable utilizando el(los) medicamento(s) actuales; alto riesgo de resultandos clínicos adversos con el cambio en medicamento(s)** Especifique abajo: Resultado clínico adverso anticipado
- Necesidad médica de dosis diferente y/o de una dosis mayor** Especificar abajo: (1) Formas de dosis y/o dosis probadas; (2) explicar las razones médicas
- Solicitud de excepción de niveles del formulario** Especificar abajo: (1) Medicamento del formulario o preferente contraindicado probado y fracasado, o probado sin resultados tan eficaces como el medicamento solicitado; (2) si hay fracaso terapéutico, duración de la terapia en cada medicamento y resultado adverso; (3) si no es tan eficaz, duración de la terapia para

cada medicamento y resultado

Otro (explicar abajo)

Explicación requerida: _____
