



SOLICITUD PARA DETERMINACIÓN DE COBERTURA POR MEDICAMENTOS RECETADOS

Este formulario lo puede enviar por correo o por fax:

Dirección:
Simply Healthcare Plans, Inc.
9250 West Flagler Street,
Suite 600
Miami, FL 33174-3460
Atención: Departamento de Farmacia

Número de Fax:
1-877-577-9045

Usted también puede pedirnos una determinación de cobertura por teléfono llamando al 1-877-577-0115; TTY 711 o a través de nuestro sitio web en www.mysimplymedicare.com.

Quién Puede Presentar una Solicitud: El médico que recetó el medicamento puede solicitar una determinación de cobertura en su nombre. Si usted desea que otra persona (como un miembro de la familia o un amigo) haga una solicitud en su nombre, esa persona debe ser su representante. Comuníquese con nosotros para obtener información acerca de cómo nombrar un representante.

Información del Afiliado

Nombre del Afiliado _____ Fecha de Nacimiento _____
Dirección del Afiliado _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Teléfono _____ # de Identificación de Afiliado _____

Llene la siguiente sección SOLO si la persona que está haciendo la solicitud no es el afiliado o el médico que recetó el medicamento:

Nombre del Solicitante _____
Relación del Solicitante al Afiliado _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Teléfono _____

Documentación de Representación para solicitudes hechas por alguien que no sea el afiliado o el médico recetador del afiliado:

Adjuntar documentación que muestre la autoridad para representar al afiliado (Un Formulario de Autorización de Representación CMS-1696 lleno o un equivalente por escrito). Para obtener más información sobre el nombramiento de un representante, comuníquese con su plan o llame a 1-800-Medicare.

Nombre del medicamento recetado que está solicitando (si lo sabe, incluir la concentración y la cantidad solicitada por mes):

Tipo de Solicitud de Determinación de Cobertura

- Necesito un medicamento que no figura en la lista de medicamentos cubiertos del plan (excepción de formulario).*
- He estado usando un medicamento que antes estaba incluido en la lista de medicamentos cubiertos del plan, pero se está retirando o fue retirado de esta lista durante el año del plan (excepción de formulario).*
- Solicito autorización previa para el medicamento que mi médico recetó.*
- Solicito una excepción al requisito de que pruebe otro medicamento antes de obtener el medicamento que mi médico recetó (excepción de formulario).*
- Solicito una excepción al límite del plan en cuanto al número de pastillas (límite a la cantidad) que puedo recibir para que pueda obtener el número de pastillas que mi médico recetó (excepción de formulario).*
- Mi plan de medicamentos cobra un copago más alto por el medicamento que mi médico recetó de lo que cobra por otro medicamento que se usa para tratar mi condición, y quiero pagar el copago más bajo (excepción de nivel).*
- He estado usando un medicamento que antes estaba incluido en un nivel más bajo de copago, pero se está moviendo a o se movió a un nivel de copago más alto (excepción de nivel).*
- Mi plan de medicamentos me cobró un nivel de copago más alto por un medicamento de lo que debería haber cobrado.
- Quiero recibir un reembolso por un medicamento recetado cubierto que pagué como desembolso personal.

***NOTA: Si usted está pidiendo una excepción de formulario o de nivel, el médico recetador DEBE proveer una declaración que respalde su solicitud. Las solicitudes que están sujetas a autorización previa (o cualquier otro requisito de manejo de utilización), podría requerir información de respaldo. Su médico puede utilizar el formulario "Información de Respaldo para una Solicitud de Excepción o Autorización Previa" que se adjunta para apoyar su solicitud.**

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

Nota Importante: Decisiones Aceleradas

Si usted o su médico considera que el esperar 72 horas para una decisión estándar podría poner en peligro su vida, su salud, o la capacidad de recuperar la función máxima, puede pedir una decisión acelerada (rápida). Si su médico indica que el esperar 72 horas podría perjudicar seriamente su salud, automáticamente le daremos una decisión dentro de 24 horas. Si usted no obtiene el apoyo de su médico para una solicitud acelerada, decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. Usted no puede pedirnos una determinación de cobertura acelerada si usted nos está pidiendo que paguemos por un medicamento que ya ha recibido.

MARQUE ESTA CASILLA SI USTED CONSIDERA QUE NECESITA UNA DECISIÓN DENTRO DE 24 HORAS (si usted tiene una declaración de respaldo de su médico, favor de adjuntarla a esta solicitud).

Firma de la persona que está solicitando la determinación de cobertura (el afiliado, el médico recetador del afiliado o el representante): _____

Fecha: _____

Información de Respaldo para una Solicitud de Excepción o Autorización Previa

Las solicitudes para **EXCEPCIONES DE FORMULARIO O NIVEL** no pueden ser procesadas sin una declaración de respaldo de un médico. Es posible que las solicitudes para **AUTORIZACIONES PREVIAS** requieran información de respaldo.

SOLICITUD PARA REVISIÓN ACELERADA: Al marcar esta casilla y firmar a continuación, yo certifico que el aplicar el plazo para una revisión estándar de 72 horas podría poner en peligro la vida o la salud del afiliado o la capacidad de recuperar la función máxima del afiliado.

Información del Médico Recetador

Nombre _____
 Dirección _____
 Ciudad _____ Estado ____ Código Postal _____
 Teléfono de la Consulta _____ Fax _____
 Firma del Médico Recetador _____ Fecha _____

Diagnóstico e Información Médica

Medicamento:	Concentración y Vía de Administración:	Frecuencia:
Receta Nueva O Fecha en que se Inició la Terapia:	Duración Prevista de la Terapia:	Cantidad:
Altura/Peso:	Alergias a Medicamentos:	Diagnóstico:

Medicamento(s) alternativo(s) contraindicado o tratado previamente, pero con resultados adversos, por ejemplo, toxicidad, alergias o fracaso terapéutico [Especificar a continuación: (1) Medicamento(s) contraindicado o tratado; (2) resultado adverso para cada uno; 3) si fracaso terapéutico, duración del tratamiento para cada medicamento(s)].

Paciente se encuentra estable con el(los) medicamento(s) que está tomando actualmente; alto riesgo de resultados clínicos adversos significativos con un cambio de medicamento [Especificar a continuación: Resultados clínicos adversos significativos previstos]

Necesidad médica para forma de dosis diferente y/o dosis más alta [Especificar a continuación: (1) Forma(s) de dosis y/o dosis tratada; (2) explicar la razón médica]

Solicitud para excepción de nivel del formulario [Especificar a continuación: (1) Medicamentos del formulario o preferidos contraindicados o tratados que han fracasado o se han tratado pero no son tan efectivos como el medicamento pedido; (2) si fracaso terapéutico, duración del tratamiento para cada medicamento y resultados adversos; (3) si no tan efectivo, duración de la terapia por cada medicamento y resultados.]

Otro (explicar a continuación)

Explicación Requerida:

