



FROM



**SOLICITUD DE DETERMINACIÓN DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS QUE REQUIEREN  
RECETA MÉDICA DE MEDICARE**

Puede enviarnos este formulario por correo o por fax:

Dirección:

Medicare Part D

Prior Authorization Department

P.O. Box 419069

Rancho Cordova, CA 95741

Número de Fax:

1-866-226-1093

También puede solicitarnos una determinación de cobertura por teléfono al 1-833-202-4704, o a través de nuestro sitio web [allwell.mhsindiana.com](http://allwell.mhsindiana.com).

**Quién Puede Hacer una Solicitud:** La persona que receta puede pedirnos una determinación de cobertura en su nombre. Si quiere que otra persona (como un familiar o un amigo) haga una solicitud en su nombre, dicha persona debe ser su representante. Comuníquese con nosotros para obtener información sobre cómo designar a 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	N.º de id. de afiliado de la persona inscrita	

**Complete la siguiente sección SOLO si la persona que hace esta solicitud no es la persona inscrita o la persona que receta:**

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

**Documentación de representación para las solicitudes hechas por otra persona que no sea la persona inscrita o la persona que receta:**

**Adjunte la documentación que demuestre la autoridad para representar a la persona inscrita (un Formulario de Autorización de Representación CMS-1696 completado o un documento equivalente por escrito). Para obtener más información sobre la designación de un representante, comuníquese con su plan al 1-800-Medicare.**

**Nombre del medicamento que requiere receta médica que solicita** (si lo sabe, incluya concentración y cantidad solicitada por mes):

**Tipo de Solicitud de Determinación de Cobertura**

- Necesito un medicamento que no está en la lista de medicamentos cubiertos del plan (excepción del formulario)\*.
- He estado usando un medicamento que estaba incluido previamente en la lista de medicamentos cubiertos del plan pero que será retirado o fue retirado de esta lista durante el año del plan (excepción del formulario)\*.
- Solicito autorización previa para el medicamento que la persona que receta me recetó\*.
- Solicito una excepción al requisito que indica que debo probar otro medicamento antes de obtener el medicamento que me recetó la persona que receta (excepción del formulario)\*.
- Solicito una excepción al límite del plan sobre el número de píldoras (límite de cantidad) que puedo recibir, de manera que pueda obtener el número de píldoras que me recetó la persona que receta (excepción del formulario)\*.
- Mi plan de medicamentos cobra un copago más alto por el medicamento recetado por la persona que receta que el que cobra por otro medicamento que trata mi afección, y quiero pagar el copago más bajo (excepción al nivel)\*.
- He estado usando un medicamento que estaba incluido previamente en un nivel de copago más bajo pero que se moverá o se movió a un nivel de copago más alto (excepción al nivel)\*.
- Mi plan de medicamentos me cobró un copago por un medicamento más alto de lo que debería haberme cobrado.
- Quiero un reembolso por un medicamento que requiere receta médica cubierto que pagué de mi bolsillo.

**\*NOTA: Si solicita una excepción al nivel o de formulario, la persona que receta DEBE proporcionar una declaración que respalde su solicitud. Las solicitudes sujetas a autorización previa (u otro requisito de Administración de la Utilización) pueden requerir información de respaldo. La persona que receta puede utilizar la “Información de Respaldo para una Solicitud de Excepción o Autorización Previa” adjunta para respaldar su solicitud.**

---

Información adicional que deberíamos considerar (*adjunte cualquier documento de respaldo*):

---

---

---

---

### Nota Importante: Decisiones Aceleradas

Si usted o la persona que receta consideran que la espera de 72 horas para una decisión estándar podría perjudicar gravemente su vida, su salud o su capacidad para recuperar una función al máximo, puede solicitar una decisión acelerada (rápida). Si la persona que receta indica que la espera de 72 horas podría perjudicar gravemente su salud, le daremos automáticamente una decisión dentro de las 24 horas. Si no tiene el respaldo de la persona que receta para una solicitud acelerada, nosotros decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. No puede solicitar una determinación de cobertura acelerada si nos pide que le hagamos un reembolso por un medicamento que ya recibió.

**MARQUE ESTA CASILLA SI CONSIDERA QUE NECESITA UNA DECISIÓN DENTRO DE LAS 24 HORAS (si tiene una declaración de respaldo de la persona que le recetó el medicamento, 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 NIVEL y DEL FORMULARIO no pueden procesarse sin una declaración de respaldo de la persona que receta. Las solicitudes de AUTORIZACIÓN PREVIA pueden requerir información de respaldo.

**SOLICITUD PARA UNA REVISIÓN ACELERADA: Al marcar esta casilla y firmar abajo, certifico que la aplicación del plazo de revisión estándar de 72 horas podría poner en grave peligro la vida o la salud de la persona inscrita o su capacidad de recuperar una función al máximo.**

Información de la persona que receta		
Nombre		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono del consultorio		Fax
Firma de la persona que receta		Fecha

### Información Médica y de Diagnóstico

Medicamento:	Concentración y vía de administración:	Frecuencia:
Receta nueva O fecha de inicio de la terapia:	Duración prevista de la terapia:	Cantidad:
Altura/Peso:	Alergias a medicamentos:	Diagnóstico:
Razones de la Solicitud		

**Medicamentos alternativos contraindicados o probados previamente, pero con resultados desfavorables, p. ej., toxicidad, alergia o fracaso terapéutico.** Especifique a continuación: (1) Medicamentos contraindicados o probados; (2) resultado desfavorable de cada uno; (3) en caso de fracaso terapéutico, duración de la terapia con cada medicamento

**El paciente se encuentra estable con los medicamentos actuales; alto riesgo de resultados clínicos desfavorables significativos con cambio de medicación.** Especifique a continuación: Resultado clínico desfavorable significativo anticipado

**Necesidad médica de una forma de dosis diferente y/o dosis más alta.** Especifique a continuación: (1) Forma de dosis y/o dosis probada; (2) explique la razón médica

**Solicitud de una excepción al nivel del formulario** Especifique a continuación: (1) Medicamentos preferidos o del formulario contraindicados o que fueron probados y no dieron resultados eficaces, o que fueron probados y no fueron tan eficaces como el medicamento solicitado; (2) en caso de fracaso terapéutico, duración de la terapia con cada medicamento y resultado desfavorable; (3) en caso de que no hayan sido eficaces, duración de la terapia con cada medicamento y resultado

**Otro** (explique a continuación)

**Explicación requerida** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Allwell is contracted with Medicare for HMO, HMO SNP and PPO plans, and with some state Medicaid programs. Enrollment in Allwell depends on the contract renewal.