

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

Nos debe hacer llegar el documento por correo o por fax:

Dirección:  
EnvisionRx Options c/o Provider  
Partners Health Plan of Illinois  
(HMO SNP) ATTN: Coverage  
Determinations  
2181 E. Aurora Road, Suite 201  
Twinsburg, OH 44087

Número de fax: 877-503-7231

También puede pedirnos por teléfono la determinación de cobertura. Para hacerlo, comuníquese al 1-800-405-9681 o a través del sitio web [www.pphealthplan.com](http://www.pphealthplan.com).

**Quiénes pueden presentar una solicitud:** El profesional que emite la receta puede solicitarnos una determinación de cobertura en su nombre. Si usted desea que otra persona (como un familiar o amigo) haga solicitud por usted, esa persona debe ser su representante. Comuníquese con nosotros para conocer de qué manera puede nombrar a un representante.

**Información del afiliado**

Nombre del afiliado		Fecha de Nacimiento
Dirección del afiliado		
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono	N.º de ID del miembro afiliado	

**Complete la siguiente sección ÚNICAMENTE si la persona que presenta esta solicitud no es el afiliado o el profesional que emite la receta:**

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

**Documentación de representación para solicitudes presentadas por un tercero distinto del afiliado o por el profesional que emite la receta:**

**Adjunte la documentación que manifiesta la autorización para representar al afiliado (un**

**documento de autorización de representación CMS-1696 o un documento escrito equivalente). Para obtener más información sobre cómo designar un representante, comuníquese con su plan o al 1-800-Medicare.**

**Nombre del medicamento recetado que solicita** (si la conoce, incluya la concentración y la cantidad solicitada por mes):

### **Solicitud de determinación del tipo de cobertura**

- Necesito un medicamento que no está en la lista de medicamentos cubiertos del plan (excepción del formulario).\*
- Llevo tiempo usando un medicamento que antes estaba incluido en la lista de medicamentos cubiertos del plan, pero o está a punto de ser eliminado o ya se eliminó de la lista durante este año del plan (excepción del formulario).\*
- Pido autorización previa para el medicamento que el profesional que emite la receta ha indicado.\*
- Solicito una excepción del requisito de que pruebe otro medicamento antes de obtener el medicamento que indica el profesional que me atiende (excepción del formulario).\*
- Solicito una excepción de los límites del plan respecto de la cantidad de píldoras (límite de cantidad) que puedo recibir, de manera de poder recibir la cantidad de píldoras que el profesional me receta (excepción del formulario).\*
- Mi plan de medicamentos tiene un copago más caro por el medicamento que el profesional me indica, a diferencia de lo que cobra por otro medicamento que trate mi afección, y quiero pagar el copago de menor valor (excepción de nivel).\*
- Llevo tiempo usando un medicamento que estaba incluido en un nivel de copago más bajo, pero será movido o ya se movió a un nivel de copago más alto (excepción de nivel).\*
- Mi plan de medicamentos me cobró un copago de mayor valor al debido por un medicamento.
- Deseo recibir el reembolso de un medicamento recetado cubierto por el que pagué de mi bolsillo.

**\*NOTA: Si está solicitando una excepción de formulario o de nivel, el profesional que emite la receta DEBE declarar su apoyo a esta solicitud. Las solicitudes que deban someterse a una autorización previa (o cualquier otro requisito de gestión de uso) quizás necesiten de información de respaldo. El profesional que emite la receta podrá usar el documento "Información de respaldo para solicitar una excepción o autorización previa" para respaldar la solicitud.**

---

Información adicional que debemos tener en cuenta (*adjunte cualquier documento que respalde la solicitud*):

### **Nota importante: Decisiones rápidas**

Si usted o el profesional que emite la receta consideran que esperar 72 horas el resultado de una decisión habitual podría poner en peligro su vida, su salud o su probabilidad de recuperar el máximo de sus funciones, puede solicitar una decisión rápida. Si el profesional que emite la receta indica que

esperar 72 horas podría perjudicar gravemente su salud, automáticamente tendremos lista una decisión en el plazo de 24 horas. Si usted no puede obtener el apoyo del profesional que emite la receta para conseguir una solicitud rápida, nosotros decidiremos si su caso precisa de esa clase de decisión. No puede pedir una determinación de cobertura rápida si nos pide que le devolvamos el dinero por un medicamento que ya recibió.

**MARQUE ESTA CASILLA SI CONSIDERA QUE NECESITA RECIBIR UNA DECISIÓN EN EL PLAZO DE 24 HORAS (si tiene una declaración de respaldo de parte del profesional que emite la receta, adjúntela a la solicitud).**

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

**Información de respaldo de una solicitud de excepción o autorización previa.**

Las solicitudes de excepción del FORMULARIO y de NIVEL no pueden ser procesadas sin la declaración de respaldo del profesional que emite la receta. Las solicitudes de AUTORIZACIÓN PREVIA pueden exigir información de respaldo.

**SOLICITUD DE REVISIÓN RÁPIDA: Al marcar esta casilla y firmar más abajo, certifico que aplicar el plazo de revisión estándar, de 72 horas, podría poner en grave peligro la vida o la salud del afiliado o su capacidad para recuperar el máximo de sus funciones.**

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

Diagnóstico e información médica		
Medicamento:	Concentración y vía de administración:	Frecuencia:
Nueva receta O fecha de inicio del tratamiento:	Duración prevista del tratamiento:	Cantidad:
Estatura y peso:	Alergias a medicamentos:	Diagnóstico:

**Justificación de la solicitud**

- Medicamentos alternativos contraindicados o probados anteriormente, pero con resultado negativo, por ejemplo, por toxicidad, alergia o insuficiencia terapéutica**  
[Especifique: (1) Medicamentos contraindicados o probados; (2) resultados adversos de cada uno; (3) si existe insuficiencia terapéutica, duración del tratamiento con cada medicamento]
- El paciente se encuentra estable con los medicamentos actuales; existe un alto riesgo de presentar resultados clínicos adversos si se introduce un cambio en la medicación**  
[Especifique: Resultado clínico adverso, significativo y previsto]
- Necesidad médica de una forma de administración diferente o de un aumento o una disminución de la dosis** [Especifique: (1) formas de administración o dosis que se probaron; (2) explicación de motivos médicos]
- Solicitud de excepción de nivel de formulario** [Especifique: (1) formulario o medicamentos preferidos que estén contraindicados o que se hayan probado y hayan fallado, o que se hayan probado pero que no hayan sido tan eficaces como el medicamento solicitado; (2) si existe insuficiencia terapéutica, duración del tratamiento con cada fármaco y resultados adversos; (3) si no es igualmente eficaz, duración del tratamiento con cada medicamento y resultados]
- Otros** (explique a continuación)

**Explicación requerida** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_