

SOLICITUD DE DETERMINACIÓN DE COBERTURA PARA MEDICAMENTOS CON RECETA DE MEDICARE

Nos puede enviar este formulario por correo o fax:

Dirección:
CVS/Caremark P.O.Box
520000 MC109
Phoenix, AZ 85072-2000

Número de fax:
855-633-7673

Para solicitarnos una determinación de cobertura también puede llamar al 1-866-443-0935 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o a través de nuestro sitio web www.elderplanfida.org.

Quién puede solicitar una determinación: la persona que emite la receta puede solicitarnos una determinación de cobertura en su nombre. Si desea que otra persona (como un miembro de la familia o amigo) solicite una determinación por usted, esa persona debe ser su representante. Para obtener información sobre cómo nombrar a un representante, póngase en contacto con nosotros.

Información del inscrito

Nombre del inscrito _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección del inscrito _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Número de teléfono _____ N.º de identificación del inscrito _____

Complete la siguiente sección SOLO si la persona que realiza la solicitud no es el inscrito ni la persona que emite la receta:

Nombre del solicitante _____

Relación del solicitante con el inscrito _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Número de teléfono _____

Documentación de representación para las solicitudes realizadas por una persona que no sea el inscrito ni la persona que emite la receta:

Adjunte la documentación que certifique la autorización para representar al inscrito (un Formulario CMS-1696 de Autorización de representante completo o un documento equivalente por escrito). Para obtener más información sobre cómo nombrar a un representante, póngase en contacto con su plan o llame al 1-800-Medicare.

Nombre del medicamento con receta que solicita (si lo sabe, incluya la concentración y la 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 al formulario).*
- He estado tomando un medicamento que estaba incluido en la lista de medicamentos cubiertos del plan, pero lo están por retirar o lo retiraron de la lista durante el año del plan (excepción al formulario).*
- Solicito autorización previa para el medicamento que me recetó la persona que emite la receta.*
- Solicito una excepción al requisito que exige que trate primero con otro medicamento antes de obtener el medicamento que me recetó la persona que emite la receta (excepción al formulario).*
- Solicito una excepción al límite del plan en cuanto a la cantidad de píldoras (límite de cantidad) que puedo recibir para poder obtener la cantidad que me recetó la persona que emite la receta (excepción al formulario).*
- Deseo que me reembolsen el monto que pagué de mi bolsillo por un medicamento con receta cubierto.

***NOTA: si solicita una excepción al formulario, la persona que emite la receta DEBE proporcionar una declaración que respalde su solicitud. Es posible que las solicitudes sujetas a autorización previa (o cualquier otro requisito de administración de utilización) requieran información de respaldo. La persona que emite la receta puede utilizar el documento adjunto “Información de respaldo de una solicitud de excepción o autorización previa” para respaldar su solicitud.**

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

Nota importante: decisiones aceleradas

Si usted o la persona que emite la receta creen que esperar 72 horas para una decisión estándar podría perjudicar gravemente su vida, su salud o su capacidad para recuperar la función máxima,

pueden solicitar una decisión acelerada (rápida). Si la persona que emite la receta indica que esperar 72 horas podría perjudicar gravemente su salud, tomaremos una decisión dentro de las 24 horas. Si no obtiene el respaldo de la persona que emite la receta para una solicitud acelerada, nosotros decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. No puede solicitar una determinación de cobertura acelerada si pide un reembolso para un medicamento que ya recibió.

MARQUE ESTA CASILLA SI CONSIDERA QUE NECESITA UNA DECISIÓN DENTRO DE 24 HORAS (si tiene una declaración de respaldo de la persona que emite la receta, adjúntela a esta solicitud).

Información de respaldo de la solicitud de excepción o autorización previa

Las solicitudes de **EXCEPCIÓN AL FORMULARIO** no pueden procesarse sin la declaración de respaldo de la persona que emite la receta. Es posible que las solicitudes de **AUTORIZACIÓN PREVIA** requieran información de respaldo.

SOLICITUD DE REVISIÓN ACELERADA: al marcar esta casilla y firmar abajo, certifico que aplicar el plazo de revisión estándar que tarda 72 horas podría poner en serio peligro la vida, la salud o la capacidad del inscrito de recuperar la función máxima.

Información de la persona que emite la receta

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Número de teléfono del consultorio _____ Fax _____

Firma de la persona que emite la receta _____ **Fecha** _____

Diagnóstico e información de salud

Medicamentos:	Concentración y vía de administración:	Frecuencia:
---------------	--	-------------

Nuevo medicamento con receta O fecha de iniciación del tratamiento:	Duración esperada del tratamiento:	Cantidad:
---	------------------------------------	-----------

Altura/peso:	Alergias a medicamentos:	Diagnóstico:
--------------	--------------------------	--------------

Razón de la solicitud

- Medicamentos alternativos contraindicados o que el paciente ya probó, pero con resultados adversos, por ej., toxicidad, alergia o falla terapéutica** [especifique a continuación: (1) medicamentos contraindicados o probados; (2) resultados adversos de cada uno; (3) si hubo falla terapéutica, duración del tratamiento con cada medicamento]
- El paciente está estable con el (los) medicamento(s) actuales; alto riesgo de resultados clínicos adversos importantes con el cambio de medicamento** [especifique a continuación: Resultados clínicos adversos importantes previstos]
- Necesidad médica de fórmula de dosis diferente y/o mayor** [especificar a continuación: (1) fórmula de dosis y/o dosis probada; (2) explique razón médica]

Otra (explique a continuación)

Explicación requerida: _____

Elderplan FIDA Total Care es un plan de atención administrada que tiene un contrato con Medicare y el Departamento de Salud del estado de New York (Medicaid) para brindar los beneficios de ambos programas a los participantes a través de la demostración del programa Fully Integrated Duals Advantage (FIDA).

Esta no es una lista completa. La información sobre beneficios es un resumen breve, no una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, póngase en contacto con el plan o lea el Manual para los participantes.

Se pueden aplicar limitaciones y restricciones. Para obtener más información, llame al Departamento de Servicios para participantes de Elderplan FIDA Total Care o lea el Manual para los participantes de Elderplan FIDA Total Care. Los beneficios pueden cambiar el 1 de enero de cada año.

Los beneficios pueden cambiar el 1 de enero de cada año.

La Lista de medicamentos cubiertos y las redes de farmacias y proveedores pueden cambiar durante el año. Le enviaremos un aviso antes de que implementemos un cambio que le afecte.

Puede obtener esta información en otros idiomas en forma gratuita. Llame al 1-855-462-3167 (los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711) de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. La llamada es gratuita.

This information is available for free in other languages. Call 1-855-462-3167 and TTY users call 711 during 8am to 8pm seven days a week. The call is free.

Ou ka jwenn enfòmasyon sa a gratis nan lòt lang. Rele nan 1-855-462-3167 ak nan TTY/TDD (pou moun ki gen pwoblèm tande oswa moun ki bèbè) 7-1-1 de lendi a dimanch 8:00 am - 8:00 pm. Apèl la gratis.

이 정보는 다른 언어로도 제공됩니다(무료). 월요일-일요일 8:00 am - 8:00 pm 중 1-855-462-3167 나 TTY/TDD 7-1-1 로 전화하십시오. 통화료는 무료입니다.

您可免費取得以其他語言撰寫的資訊。請於週一至週日上午8時至下午8時致電 1-855-462-3167, TTY/TDD 使用者：7-1-1。此為免付費電話。

Данная информация доступна бесплатно на других языках. Звоните по номеру 1-855-462-3167 или 7-1-1 (линия TTY/TDD) с понедельника по воскресенье с 8:00 до 20:00. Звонок бесплатный.

È possibile ricevere queste informazioni in altre lingue gratuitamente. Contatta il 855-462-3167 e TTY/TDD 7-1-1 dal lunedì alla domenica dalle ore 8:00 alle ore 20:00. Il servizio è gratuito.

Puede obtener esta información en forma gratuita en otros formatos, como letra grande o en audio. Llame al 1-855-462- 3167 (los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711) de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

El estado de Nueva York ha creado un programa del defensor de los participantes llamado Red de Defensa del Consumidor Independiente (ICAN) para brindarles a los participantes asistencia gratuita y confidencial con cualquiera de los servicios que ofrece Elderplan FIDA Total Care. Puede comunicarse con ICAN gratis al 1-844-614-8800 o por Internet en icannys.org.

ATTENTION: If you speak a non-English language or require assistance in ASL, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-462-3167 (TTY: 711).

(Spanish) ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-462-3167 (TTY: 711).

(Chinese) 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 1-855-462-3167 (TTY: 711)。

(Russian) ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-462-3167 (телетайп: 711).

(French Creole) ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-855-462-3167 (TTY: 711).

(Korean) 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-462-3167 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

(Italian) ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-855-462-3167 (TTY: 711).

(Yiddish) אויפמערקזאם: אויב איר רעדט אידיש, זענען פארהאן פאר אייך שפראך הילף סערוויסעס פריי פון אפצאל. רופט 1-855-462-3167 (TTY: 711).

(Bengali) লক্ষ্য করুনঃ যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন 1-855-462-3167 (TTY: 711)।

(Polish) UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-855-462-3167 (TTY: 711).

(Arabic) ملحوظة: إذا كنت تتحدث لغة غير الإنجليزية أو تحتاج إلى مساعدة في ASL، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك مجاناً. اتصل برقم 1-855-462-3167 (TTY: 711).

(French) ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-462-3167 (ATS: 711).

(Urdu) خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-855-462-3167 (TTY: 711)

(Tagalog) PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-462-3167 (TTY: 711).

(Greek) ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-855-462-3167 (TTY: 711).

(Albanian) KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-855-462-3167 (TTY: 711).