



Federal Employee Program.

Envíe por fax el formulario completo al: 1-855-633-7673
Si tiene preguntas, llame al: 1-855-344-0930
24 horas al día, 7 días a la semana
Los usuarios de TTY deben llamar al 711

Información importante sobre la cobertura de medicamentos recetados

Para: _____ De: _____

Fax: _____ Páginas: _____

Re: Solicitud de un medicamento no incluido en el formulario: responda.

- Complete el Formulario de solicitud de cobertura de un medicamento no incluido en el formulario adjunto.
 - Para evitar retrasos en el proceso de revisión, complete todos los campos solicitados.
 - Los formularios completados deben enviarse por fax al: 1-855-633-7673. No es necesario enviar esta portada por fax.
-

Información sobre esta solicitud de cobertura de un medicamento no incluido en el formulario

Utilice este formulario para solicitar la cobertura de un medicamento que no está en el formulario. Para procesar esta solicitud, se requiere documentación de que todas las alternativas del formulario no serían tan efectivas o tendrían efectos adversos. Proporcione información clínica u otra evidencia que respalde la necesidad médica del medicamento no incluido en el formulario, incluidos los medicamentos del formulario anteriores que se intentaron para la afección de este paciente. Si se aprueba la excepción del formulario, se reembolsará con el copago de nivel de marca más alto para el año calendario.

Puede hacer una solicitud acelerada indicándolo en la parte superior del formulario adjunto. Si solicita una revisión acelerada y firma el formulario adjunto, usted certifica que la aplicación del plazo de revisión estándar de 72 horas puede poner en grave peligro la vida o la salud del miembro o la capacidad del miembro para recuperar la máxima funcionalidad.

La información en el formulario adjunto es información de salud protegida y está sujeta a todas las regulaciones de privacidad y seguridad bajo HIPAA.

La privacidad de los miembros es importante para nosotros. Nuestros empleados están capacitados con respecto a la forma adecuada de manejar la información privada de salud de nuestros miembros.

AVISO DE CONFIDENCIALIDAD: Esta comunicación y cualquier archivo adjunto pueden contener información confidencial y/o privilegiada para el uso de los destinatarios designados mencionados anteriormente. Si no es el destinatario previsto, se le notifica que ha recibido esta comunicación por error y que está prohibida cualquier revisión, divulgación, difusión, distribución o copia de la misma o de su contenido. Si ha recibido esta comunicación por error, notifique al remitente inmediatamente por teléfono y destruya todas las copias de esta comunicación y cualquier archivo adjunto.

Envíe por fax el formulario completo al: 1-855-633-7673

En caso de preguntas, llame al: 1-855-344-0930

24 horas del día, 7 días de la semana

Los usuarios de TTY deben llamar al 711

Solicitud de cobertura de un medicamento fuera del formulario Solicitud de revisión acelerada

Información del paciente

Información del prescriptor y de la farmacia

Nombre: _____

Nombre: _____

Id. del miembro: | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Especialidad: _____

ID de Medicare: | | | | | | | | | | | | | | | | | |

DEA: | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Fecha de nac. ____ / ____ / ____ Sexo: M / F (Marque uno)

NPI: | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Dirección: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____

Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Residente de hogar de ancianos SÍ / NO (marque uno)

Nombre de la farmacia: _____

Paciente de cuidados domiciliarios SÍ / NO (marque uno)

NCPDP: | | | | | | | | | | | | | | | | | |

NPI: | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Teléfono: _____ Fax: _____

Todos los elementos debajo de esta línea son solo para uso del médico

Información para el medicamento solicitado

Nombre del medicamento: _____

Medicamento solicitado: Marca / Genérico (marque uno)

Potencia: _____ Dosis: _____ Cant. de 30 días _____

Medicamento: nuevo / repetición (marque uno)

Instrucciones: _____

Diagnóstico: _____

Código ICD-10: _____ Las revisiones estándar se completarán en menos de 72 hrs. La revisión acelerada está disponible si certifica que un plazo de revisión estándar pondrá en grave peligro la salud de su paciente. Para solicitar una revisión acelerada, indíquelo en la parte superior de esta página.

Solicitud de cobertura de criterios de medicamentos no incluidos en el formulario

Justificación médica: justifique la solicitud de excepción de medicamentos fuera del formulario. Indique por qué todas las alternativas del formulario en cualquier nivel para el tratamiento de la misma afección no serían eficaces o causarían efectos adversos. Enumere los medicamentos anteriores y las dosis intentadas para esta afección del paciente y las fechas aproximadas o duración del tratamiento (si se conocen). Documente los efectos adversos que requieren la interrupción y/o la razón de la ineficacia percibida. Adjunte páginas adicionales de ser necesario.

Si los agentes del formulario no fueran eficaces, especifique los fracasos previos del tratamiento.

Si los agentes del formulario tuvieran efectos adversos, indique el historial previo de efectos adversos.

Si el paciente prefiere un medicamento fuera del formulario, proporcione su justificación clínica.

Si no se ha probado anteriormente ninguna alternativa de formulario disponible, marque esta casilla.

Doy fe de que la información proporcionada en este formulario es verdadera y precisa a partir de esta fecha.

Firma del Prescriptor _____ **Fecha:** _____