



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 excepción de terapia escalonada: responda.

- Complete el Formulario de Solicitud de Excepción de Terapia Escalonada 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 excepción de terapia escalonada

Utilice este formulario para solicitar una excepción al requisito de terapia escalonada del plan. Los medicamentos de terapia escalonada son medicamentos del formulario que están cubiertos solo si se han probado primero ciertas alternativas del formulario de primera línea. Para procesar esta solicitud, se debe proporcionar documentación de que los medicamentos del Paso 1 se han probado o es probable que causen efectos adversos. Proporcione información clínica u otra evidencia que respalde la necesidad médica del medicamento del Paso 2, incluidos los medicamentos anteriores que se intentaron para la afección de este paciente.

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 revisión acelerada

Solicitud de excepción de terapia escalonada

Información del paciente

Nombre: _____

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

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

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

Dirección: _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____

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

Paciente de cuidados domiciliarios SÍ / NO (marque uno)

Información del prescriptor y de la farmacia

Nombre: _____

Especialidad: _____

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

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

Dirección: _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Nombre de la farmacia: _____

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. Una 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 Criterios de Excepción de Terapia Escalonada

Justificación médica: Justifique la solicitud de excepción de terapia escalonada. Adjunte páginas adicionales de ser necesario. Si todas las alternativas de medicamentos recetados que figuran en el formulario y que deben usarse de acuerdo con los requisitos de la terapia escalonada:

Ha sido ineficaz en el tratamiento de la enfermedad o afección médica del afiliado O, según la evidencia clínica sólida y la evidencia médica y científica, las características físicas o mentales relevantes conocidas del afiliado y las características conocidas del régimen de medicamentos, es/es probable que sean ineficaces o afecten negativamente la efectividad del medicamento o el cumplimiento del paciente, especifique la experiencia de tratamiento previo relevante aquí.

Ha causado o, con base en evidencia clínica sólida y evidencia médica y científica, es probable que cause una reacción adversa u otro daño al afiliado. Especifique el historial de efectos adversos anteriores.

Si no se ha probado previamente ninguna alternativa de formulario disponible que deba usarse de acuerdo con los requisitos de la terapia escalonada, 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:** _____