

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:	

Asunto: Solicitud de un copago más bajo (excepción de nivel): responda.

- Complete la Solicitud de Copago Inferior * (Formulario de Excepción de Nivel) adjunta.
- 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 un copago más bajo (excepción de nivel)

Utilice este formulario para solicitar la cobertura de una marca o genérico en un nivel de costo compartido más alto en un nivel de costo compartido más bajo. Se aplican ciertas restricciones.

Para procesar esta solicitud, se debe incluir documentación de que todos los medicamentos para tratar la misma afección en el nivel de costo compartido más bajo no serían tan eficaces o tendrían efectos adversos. Proporcione información clínica u otra evidencia que respalde la necesidad médica del medicamento en el nivel más alto, incluidos los medicamentos anteriores probados para la afección del paciente. Nota: **No se puede solicitar excepciones para medicamentos no incluidos en el formulario aprobados bajo el proceso de excepción del formulario, medicamentos en el nivel de especialidad o medicamentos de marca al precio de un medicamento genérico.**

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 su 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.

* Copago, copago o coseguro significa el monto que un miembro del plan debe pagar por una receta de acuerdo con un Plan, que puede ser un deducible, un porcentaje del precio de la receta, un monto fijo u otro cargo, y el saldo, si corresponde, pagado por un Plan.

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 la 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 copago más bajo (excepción de nivel)

☐ Solicitud de revisión acelerada

Información del paciente	Información del prescriptor y de la farmacia
Nombre:	Nombre:
Id. del miembro:	
ID de Medicare:	
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 rev Una revisión acelerada está disponible si certifica que salud de su paciente. Para solicitar una revisión aceler	risiones estándar se completarán en menos de 72 hrs. un plazo de revisión estándar pondrá en grave peligro la ada, indíquelo en la parte superior de esta página.
Solicitud de criterios de copago más bajo (excepci	ón de nivel)
de marca o genérico en un nivel de costo compartido r formulario en cualquier nivel inferior del formulario para o causarían efectos adversos. Enumere los medicame y las fechas aproximadas o duración del tratamiento (s requieren la interrupción y/o la razón de la ineficacia pe	a el tratamiento de la misma afección no serían eficaces ntos anteriores y las dosis probadas para esta afección
	caces, especifique los fracasos previos dei tratamiento.
☐ Si todos los agentes de nivel inferior tuvieran efecto	s adversos, indique el historial previo de efectos adversos.
☐ Si el paciente prefiere un medicamento de nivel s	uperior, proporcione su justificación clínica.
☐ Si no se han probado anteriormente alternativas o	de nivel inferior disponibles, marque esta casilla.
Doy fe de que la información proporcionada en este fo Firma del Prescriptor	rmulario es verdadera y precisa a partir de esta fecha. Fecha: