



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: \_\_\_\_\_

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 revisión acelerada

**Solicitud de copago más bajo (excepción de nivel)**

**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. 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 copago más bajo (excepción de nivel)**

**Justificación médica:** justifique la solicitud de un copago más bajo (excepción de nivel) para un medicamento de marca o genérico en un nivel de costo compartido más alto. Indique por qué todas las alternativas del formulario en cualquier nivel inferior del formulario para el tratamiento de la misma afección no serían eficaces o causarían efectos adversos. Enumere los medicamentos anteriores y las dosis probadas para esta afección 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 todos los agentes de nivel inferior no fueran eficaces, especifique los fracasos previos del tratamiento.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si todos los agentes de nivel inferior tuvieran efectos adversos, indique el historial previo de efectos adversos.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si el paciente prefiere un medicamento de nivel superior, proporcione su justificación clínica.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si no se han probado anteriormente alternativas de nivel inferior disponibles, 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:** \_\_\_\_\_