

**SOLICITUD PARA DETERMINACIÓN DE CUBIERTA DE MEDICAMENTOS  
RECETADOS DE MEDICARE**

Esta solicitud puede ser enviada vía fax o correo postal a:

Dirección: Att. Dpto. Clínico Abarca Health LLC 650 Ave. Muñoz Rivera Suite 701 San Juan, PR 00918-4115	Número de fax: 1-855-710-6727
---	----------------------------------

Usted también puede solicitar una determinación de cubierta por teléfono llamando al 1-888-620-1919, TTY al 1-866-620 de lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. o a través de nuestra página web [https://abarcahealth.com/en/clients/medicare/cdonline\\_es](https://abarcahealth.com/en/clients/medicare/cdonline_es)

**Quién puede llevar a cabo una solicitud:** Su médico puede solicitar una determinación de cubierta por usted. Si usted desea que otra persona (como un miembro de su familia o amigo) solicite una determinación de cubierta por usted, esta persona tiene ser su representante. Contáctenos para orientarle acerca de cómo nombrar a un representante.

**Información de afiliado**

Nombre		Fecha de nacimiento
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono	ID del afiliado	

**Complete la siguiente sección SÓLO si la persona que solicita no es el afiliado o el médico:**

Nombre del solicitante		
Relación con el afiliado		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono		

**Documentación de representación para solicitudes llevadas a cabo por alguien que no sea el afiliado o el médico:**

**Adjunte la documentación que muestre la autoridad para representar al afiliado (Formulario de nombramiento de representante autorizado CMS-1696 o un equivalente escrito). Para más información acerca de cómo nombrar un representante, contáctenos o llame a 1-800-Medicare.**

**Nombre del medicamento que solicita** (si posee la información, incluya dosis y cantidad mensual solicitada):

**Tipo de solicitud de determinación de cubierta**

- Necesito un medicamento que no está en el listado de medicamentos cubiertos por el plan (excepción al formulario). \*
- He estado utilizando un medicamento que estaba incluido en el listado de medicamentos cubiertos por el plan, pero lo están removiendo o fue removido del listado durante el año (excepción al formulario). \*
- Solicito una pre-autorización para el medicamento que mi médico a recetado. \*
- Solicito una excepción al requisito de tratar otro medicamento antes de que pueda obtener el medicamento que mi médico recetó (excepción al formulario). \*
- Solicito una excepción al límite impuesto por el plan sobre el número de tabletas (límite de cantidad) que puedo recibir, para así poder recibir el número de tabletas que mi médico recetó (excepción al formulario). \*
- Mi plan cobra un copago más alto por el medicamento que mi médico recetó de lo que cobra por otro medicamento para tratar mi condición y deseo pagar el copago más bajo (excepción al nivel de copago). \*
- He estado utilizando un medicamento que estaba incluido en un nivel de copago más bajo, pero lo están removiendo o fue removido a un nivel de copago más alto (excepción al nivel de copago). \*
- Mi plan me cobró un copago más alto del debido por un medicamento.
- Deseo ser reembolsado por un medicamento cubierto que pagué con mi dinero.

**\*NOTA: Si usted está solicitando una excepción al formulario o al límite de copago, su médico TIENE que proveer una justificación que apoye su solicitud. Las solicitudes que están sujetas a pre-autorización (o algún otro requerimiento de manejo de utilización), pudiesen requerir justificación. Su médico puede utilizar la sección “Información de apoyo para una solicitud de excepción o pre-autorización” para apoyar su solicitud.**

---

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

**Nota Importante: Decisiones Expeditas**

Si usted o su médico consideran que esperar 72 horas por una decisión estándar afectaría seriamente su vida, salud o habilidad para recuperar la función máxima, usted puede solicitar una decisión expedita (rápida). Si su médico indica que esperar 72 horas afectaría seriamente su salud, se proveerá automáticamente una decisión dentro de 24 horas. Si usted no obtiene apoyo médico para una solicitud expedita, nosotros decidiremos si su



caso amerita una decisión rápida. Usted no puede solicitar una determinación de cubierta expedita si usted solicita reembolso por medicamentos que ya ha recibido.

**MARQUE ESTE ENCASILLADO SI USTED CONSIDERA QUE NECESITA UNA DECISIÓN DENTRO DE 24 HORAS (si usted posee justificación médica, adjúntela a esta solicitud).**

<b>Firma:</b>	<b>Fecha:</b>
---------------	---------------

**Justificación Medica para una Solicitud de Excepción o Pre-Autorización**

Solicitudes de EXCEPCIONES AL FORMULARIO Y CAMBIO EN NIVEL DE COPAGO no pueden ser procesadas sin justificación médica. PRE-AUTORIZACIONES podrían requerir justificación médica

**Solicitud para revisión expedita: Al marcar este encasillado y firmar abajo, certifico que aplicar el marco de tiempo de revisión estándar de 72 horas afectaría seriamente la vida, la salud del afiliado o la habilidad de éste para recuperar la función máxima.**

Información del médico		
Nombre		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono oficina		Fax
Firma del médico		Fecha

Diagnóstico e información médica		
Medicamento:	Dosis y ruta de administración:	Frecuencia:
Nueva receta o fecha de inicio de terapia:	Duración de la terapia:	Cantidad por 30 días
Estatura /Peso:	Alergias a medicamentos:	
<b>Diagnóstico – Enumere todos los diagnósticos tratados con el medicamento solicitado y los códigos ICD-10 correspondientes.</b> (Si la condición que se está tratando con el medicamento solicitado es un síntoma, por ejemplo, anorexia, pérdida de peso, dificultad para respirar, dolor en el pecho, náuseas, etc., proporcione el diagnóstico que causa los síntomas, si se conoce)		<b>Código ICD-10</b>



**JUSTIFICACIÓN DE SOLICITUD**

**Medicamentos alternativos contraindicados o probados previamente, pero con resultados adversos, p. Ej. Toxicidad, alergia o fallo terapéutico.** [Especifique a continuación si no se ha indicado anteriormente en la sección HISTORIAL DE MEDICAMENTOS en el formulario: (1) Medicamentos probados y resultados de los ensayos de medicamentos (2) si el resultado adverso, enumere el (los) medicamento (s) y el resultado adverso de cada uno, (3) si falla terapéutica, indique la dosis máxima y la duración de la terapia para el (los) fármaco (s) probado (s), (4) si hay alguna contraindicación, indique la razón específica por la que el o los medicamentos preferidos / otros medicamentos del formulario están contraindicados]

**El paciente se encuentra estable con los medicamentos actuales; Alto riesgo de resultados clínicos adversos con cambio de medicación** [Se requiere una explicación específica de cualquier resultado clínico adverso significativo anticipado y por qué se esperaría un resultado adverso significativo, por ejemplo. la condición ha sido difícil de controlar (muchos medicamentos probados, múltiples medicamentos requeridos para controlar la condición), el paciente tuvo un resultado adverso significativo cuando la condición no se controló previamente (por ejemplo, hospitalización o visitas médicas agudas frecuentes, ataque cardíaco, accidente cerebrovascular, caídas, Limitación significativa del estado funcional, dolor y sufrimiento indebidos, etc.)]

**Necesidad médica de formulación de dosificación diferentes y / o dosis más altas.** [Especifique a continuación: (1) Forma (s) de dosis y / o dosis probadas y resultado de los ensayos de drogas; (2) explique la razón médica (3) incluya por qué una dosis menos frecuente con una mayor potencia no es una opción, si existe una mayor potencia]

**Solicitud de excepción de nivel de formulario** [Especifique a continuación si no se indica en la sección HISTORIAL DE LAS DROGAS en el formulario: (1) formulario o medicamento (s) preferido (s) probado (s) y resultados del (de los) ensayo (s) del medicamento (s) cada uno, (3) si el fracaso terapéutico / no es tan efectivo como el medicamento solicitado, indique la dosis máxima y la duración del tratamiento para el (los) medicamento (s) probado (s), (4) si hay alguna contraindicación, indique la razón específica por la que el / los medicamento (s) preferido (s) Otros medicamentos del formulario están contraindicados.]

**Otro** (explique abajo)

**Explicación Requerida** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Triple-S Advantage es un concesionario independiente de BlueCross BlueShield Association.

Triple-S Advantage, Inc. cumple con las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discrimina a base de raza, color, origen de nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Triple-S Advantage, Inc. 遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。

Triple-S Advantage, Inc. complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex.

**ATENCIÓN:** si usted habla español, servicios de asistencia lingüística están disponibles libre de cargos para usted. Llame al: 1-888-620-1919 (TTY: 1-866-620-2520). 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 1-888-620-1919 (TTY: 1-866-620-2520). **ATTENTION:** If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-888-620-1919 (TTY: 1-866-620-2520).