



**Solicitud para Determinación de Cubierta de Medicamentos Recetados de Medicare**

Nos puede enviar este formulario por correo postal o fax:

Dirección:  
MMM Healthcare, LLC  
Departamento de Farmacia  
PO Box 71114  
San Juan, PR 00936-8014

Número de Fax:  
787-300-5503

También nos puede solicitar una determinación de cubierta por teléfono al 787-522-7800 (Metro) y 1-888-767-7717 (libre de cargos), 1-877-672-4242 (TTY), lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

**Quién puede Hacer una Solicitud:** El médico que le recetó el medicamento puede solicitarnos una determinación de cubierta por usted. Si desea que cualquier otra persona (como un familiar o amigo) pueda hacer una solicitud por usted, esa persona tiene que ser su representante. Comuníquese con nosotros para explicarle cómo nombrar a su representante.

**Información del Afiliado**

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Número ID Afiliado \_\_\_\_\_

**Complete la siguiente sección SÓLO si la persona que está llenando esta solicitud no es el afiliado o el médico que receta:**

Nombre del Solicitante \_\_\_\_\_

Relación del Solicitante con el Afiliado \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

**Documentación de Representación para solicitudes hechas por alguien que no sea el afiliado o el médico que receta:**

Adjunte documentación que demuestre que está autorizado(a) para representar al afiliado (una Solicitud de Autorización de Representación CMS-1696 completada o un escrito equivalente). Para más información sobre cómo designar un representante, llame al plan o al 1-800-Medicare.

**Nombre del medicamento recetado que está solicitando (si lo sabe, incluya potencia y cantidad solicitada por mes):**

### Tipo de Solicitud de Determinación de Cubierta

- Necesito un medicamento que no está en la lista de medicamentos cubiertos del plan (excepción al formulario).\*
- He estado utilizando un medicamento que estaba previamente incluido en la lista de medicamentos cubiertos del plan, pero fue retirado de esta lista durante el año de cubierta (excepción al formulario).\*
- Solicito una preautorización para el medicamento que mi médico ha recetado.\*
- Solicito una excepción al requisito de utilizar otro medicamento antes de obtener el medicamento que mi doctor ha recetado (excepción al formulario).\*
- Solicito una excepción al límite del plan para la cantidad de medicamentos que puedo obtener en una receta, para poder obtener la cantidad recetada por mi médico (excepción al formulario).\*
- Por el medicamento que mi médico me recetó, mi plan médico establece un copago mayor que lo que se establece por otro medicamento para tratar mi condición, y yo quiero pagar el copago menor (excepción de nivel de copago).\*
- He estado utilizando un medicamento que estaba previamente incluido en un nivel más bajo de copago y se está moviendo o fue movido a un nivel de copago más alto (excepción de nivel de copago)\*.
- Mi plan médico estableció un copago mayor de lo que debió por un medicamento.
- Solicito reembolso por un medicamento cubierto el cual pagué con mi dinero.

**\*NOTA:** Si usted está pidiendo una excepción al formulario o nivel de copago, el médico que receta TIENE que proporcionar una justificación para apoyar su petición. Solicitudes sujetas a preautorización (o cualquier otro requisito de manejo de utilización), podrían requerir una justificación. Su médico puede utilizar la "Justificación para una Solicitud de Excepción o de Preautorización" adjunta para apoyar su solicitud.

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

---

---

### Nota Importante: Decisiones Expeditas

Si usted o su médico que le recetó entienden que esperar 72 horas por una decisión estándar podría causar daños serios a su vida, salud, o habilidad de retomar su máxima función, puede solicitarnos una decisión expedita (rápida). Si su médico indica que esperar 72 horas podría causar daños serios a su salud, automáticamente se dará una decisión en 24 horas. Si no obtiene el apoyo por parte de su médico para una solicitud expedita, nosotros decidiremos si el caso requiere una decisión rápida. Usted no puede solicitar una determinación de cubierta de manera expedita si nos está solicitando un reembolso de dinero por un medicamento que ya recibió.

**MARQUE ESTE ENCASILLADO SI ENTIENDE QUE NECESITA UNA DECISIÓN EN 24 HORAS (si tiene justificación por parte de su médico, adjúntela a esta solicitud).**

Firma de la persona que solicita la determinación de cubierta (afiliado, médico que receta o representante):

Fecha: \_\_\_\_\_

## Justificación para una Solicitud de Excepción o de Preautorización

Solicitudes de EXCEPCIÓN al FORMULARIO y DE COPAGO no pueden ser procesadas sin una justificación por parte del médico que prescribe. Las solicitudes de PREAUTORIZACIÓN podrían requerir una justificación.

SOLICITUD PARA UNA EVALUACIÓN EXPEDITA: Al marcar este encasillado y firmar abajo, certifico que si se aplica el tiempo de evaluación de 72 horas se podría poner en riesgo la vida o salud del afiliado o su habilidad de retomar máxima función.

### Información del médico que prescribe

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono Oficina \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Firma del médico que prescribe \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### Diagnóstico e Información Médica

Medicamento:	Potencia y Modo de Administración:	Frecuencia:
Nueva Receta o Fecha de Inicio de Terapia:	Duración Esperada de la Terapia:	Cantidad:
Altura/Peso:	Alergia a Medicamentos:	Diagnósticos:

### Razón de Solicitud

- Alternativa(s) de medicamento(s) está(n) contraindicada(s) o fue(ron) previamente tratada(s), pero con resultados adversos, por ejemplo, toxicidad, alergia, o fallo terapéutico** [Especifique abajo: (1) Medicamento(s) contraindicado(s) o tratado(s); (2) resultado adverso para cada uno; (3) si es fallo terapéutico, duración de terapia de cada medicamento]
- Paciente está estable en su(s) medicamento(s) actual(es); alto riesgo de resultados clínicos adversos con el cambio de medicamento** [Especifique abajo: Se anticipa resultado clínico significativamente adverso]
- Necesidad médica para dosis diferente y/o dosis más alta** [Especifique abajo: (1) Forma(s) de dosificación y/o dosis tratada(s); (2) explique razón médica]
- Solicitud para excepción de nivel de copago** [Especifique abajo: (1) Medicamentos en Formulario o preferidos contraindicados, o tratados y fallados, o tratados y no tan efectivos como el medicamento solicitado; (2) si es fallo terapéutico, duración de terapia para cada medicamento y resultado adverso; (3) si no es igual de efectivo, duración de terapia para cada medicamento y resultado]
- Otro** (explique abajo)

Explicación requerida: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_