

Solicitar una excepción

Cómo solicitar una determinación de cobertura

Cualquiera de las siguientes personas puede solicitar una determinación de cobertura:

- un afiliado,
- el médico prescriptor del afiliado, o bien
- el representante de un afiliado.

Las solicitudes deben presentarse al patrocinador de su plan. Pueden solicitarse dos tipos de determinación:

- **Estándar:** el patrocinador del plan debe tomar una decisión con una excepción estándar y notificar al afiliado (o a la persona que este designe) y al médico prescriptor (o a otro profesional prescriptor) la determinación de cobertura a más tardar 72 horas después de recibir la solicitud.
- **Acelerada:** cuando existen circunstancias apremiantes, se puede solicitar una excepción acelerada. Existen circunstancias apremiantes cuando un afiliado padece una condición de salud que puede poner en grave peligro su vida, su salud o su capacidad para recuperar una función en la mayor medida posible, o cuando un afiliado está siguiendo en ese momento un curso de tratamiento utilizando un medicamento no incluido en la lista de medicamentos cubiertos. El patrocinador del plan debe tomar una decisión con una excepción acelerada y notificar al afiliado, a la persona designada por el afiliado o al médico prescriptor (o a otro profesional prescriptor) la determinación de cobertura a más tardar 24 horas después de recibir la solicitud.

Cualquiera de estas solicitudes puede presentarse oralmente o por escrito. Si desea enviar su solicitud por escrito, utilice el Formulario modelo de solicitud de determinación de cobertura. Puede completar el formulario y enviarlo electrónicamente en la siguiente página web: [Excepción a la cobertura](#).

Es posible que necesite enviar archivos adjuntos. Si es así, envíe el formulario por fax o por correo postal junto con el material que necesite incluir.

Si necesita que le envíen una copia impresa de este formulario, llame al número indicado en el reverso de su tarjeta de beneficios de medicamentos recetados.

También puede solicitarnos una determinación de cobertura llamando por teléfono. Para hacerlo, llame al número indicado en el reverso de su tarjeta de beneficios de medicamentos recetados.

Quién puede presentar una solicitud

Su médico puede solicitarnos una determinación de cobertura en su nombre. Usted también puede designar a otra persona, como un familiar o un amigo, para que presente una solicitud en su nombre. Esta persona debe ser identificada como su representante. Llame al número indicado en el reverso de su tarjeta de beneficios de medicamentos recetados para averiguar cómo hacerlo.

El enlace [Excepción a la cobertura](#) incluido más arriba abre el formulario que se muestra en la página siguiente.

[INSTRUCCIONES](#)

EXCEPCIÓN A LA COBERTURA

Este formulario puede enviarse por correo postal o por fax:

DIRECCIÓN PARA EL ENVÍO POR FAX

P.O. Box 999 Appleton, WI 54912-0999
855-668-8553

También puede solicitarnos una excepción por teléfono al **866-333-2757**.

COMPLETE TODOS LOS CAMPOS EN SU TOTALIDAD

Fecha	<input type="text"/>	Nombre del prescriptor	<input type="text"/>
Nombre del paciente	<input type="text"/>	NPI del prescriptor	<input type="text"/>
Id. única	<input type="text"/>	Teléfono del prescriptor	<input type="text"/>
Fecha de nacimiento	<input type="text"/>	Fax del prescriptor	<input type="text"/>





INFORMACIÓN DEL MEDICAMENTO SOLICITADO

DIAGNÓSTICO/RAZONES PARA SU USO/ FUNDAMENTOS CLÍNICOS
















MEDICAMENTO	<input type="text"/>	Indicar diagnóstico	ICD9/ICD-10:
CONCENTRACIÓN	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

INFORMACIÓN DEL MEDICAMENTO SOLICITADO

DIAGNÓSTICO/RAZONES PARA SU USO/FUNDAMENTOS CLÍNICOS

FRECUENCIA		Fundamentos clínicos: 
CANTIDAD		
DURACIÓN DEL USO		

ALTERNATIVAS A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	DOSIS MÁXIMA UTILIZADA	FRECUENCIA DE LA DOSIS	INDICAR FECHAS DE INICIO Y FINALIZACIÓN	DESCRIBIR EFECTOS SECUNDARIOS ESPECÍFICOS/SIGNIFICATIVOS Y/O INEFICACIA
---	------------------------	------------------------	---	---

Plazo de procesamiento

Procesamiento estándar

Procesamiento urgente (“urgente” se define como: la existencia de una amenaza inminente y grave para la salud de su paciente. En caso de solicitudes urgentes y para garantizar un procesamiento inmediato, llame al 866-333-2757).

¿Ha comenzado el paciente a tomar el medicamento solicitado? Sí No

Si respondió “Sí”, especifique la duración de la terapia actual:

INFORMACIÓN DE RESPALDO PARA UNA SOLICITUD DE EXCEPCIÓN DE AUTORIZACIÓN PREVIA

Proporcione toda la información clínica adicional requerida para determinar la necesidad médica o

los comentarios pertinentes a esta solicitud de cobertura:

Firma

Fecha

9/16/2016

9/16/2016 8:34:42 a. m.

Enviar

También se ha proporcionado una copia de este formulario en formato PDF, que le proporcionaremos a quien llame para solicitarla por teléfono.

El enlace incluido más arriba para las [INSTRUCCIONES](#) abre la información que se muestra en la siguiente página.

Instrucciones sobre cómo solicitar una excepción

Utilice este formulario para solicitar la cobertura de un medicamento. Si necesita ayuda con este formulario, puede pedirle ayuda a su médico.

1. Escriba su nombre, Id. de miembro y fecha de nacimiento.
2. Escriba el nombre, número de teléfono y número de fax de su médico.
3. Escriba el medicamento para el cual solicita cobertura.
 - a. Indique la “concentración” del medicamento si la conoce. Por ejemplo, 40 mg.
 - b. En la casilla “Frecuencia”, indique cuán a menudo toma el medicamento. Por ejemplo, una vez al día.
 - c. Indique el número de píldoras que necesitaría para un mes de suministro.
 - d. En la casilla “Duración del uso”, indique por cuánto tiempo tomará el medicamento. Por ejemplo, a largo plazo o por 3 meses
4. En la casilla “Indicar diagnóstico”, escriba las razones por las cuales toma el medicamento.
5. En la casilla “Fundamentos clínicos”, indique la razón por la que necesita tomar este medicamento. Por ejemplo, porque otros medicamentos que sí están cubiertos no le sirven.
6. En la casilla “Alternativas a la lista de medicamentos cubiertos”, indique otros medicamentos que usted probó y que no le sirvieron.
 - a. En la casilla “Máxima dosis utilizada”, indique la concentración del medicamento que tomó.
 - b. En la casilla “Frecuencia de dosificación”, indique cuán a menudo tomó el medicamento. Por ejemplo, dos veces al día.
 - c. Indique la fecha en que comenzó y dejó de tomar el medicamento.
 - d. Incluya las razones por las que no le sirvió. Por ejemplo, el medicamento A le hizo mal. El medicamento B no le ayudó a sentirse mejor.
7. Marque si esta solicitud es urgente de acuerdo con la pauta del formulario en “Plazo de procesamiento”.
8. Marque esta opción si usted ya está usando este medicamento. Si está usando este medicamento, indique durante cuánto tiempo ha estado tomándolo.
9. En la casilla “Información de respaldo”, incluya cualquier otra explicación que usted quiera que se tenga en cuenta.
10. Indique su nombre en la casilla “Firma”.
11. Para enviar toda la información para su revisión, haga clic en “Enviar”.
12. Les enviaremos a usted y a su médico una nota con la decisión tomada.