

**SOLICITUD DE DETERMINACIÓN DE COBERTURA MEDICARE DE
MEDICAMENTOS RECETADOS, PARTE D.**

El presente formulario no puede ser usado para pedir barbitúricos, benzodiazepinas, fármacos de control de fertilidad, fármacos para pérdida o aumento de peso, fármacos para el crecimiento del cabello, medicamentos de venta libre (sin prescripción médica), o vitaminas prescritas (salvo vitaminas prenatales y preparaciones de fluoruro).

ENVÍESE POR FAX:
503-574-8646 o bien,
1-800-249-7714

PREGUNTAS:
503-574-7400 o bien,
1-877-216-3644

Datos del miembro o solicitante

Nombre del miembro: _____ Fecha de Nac.: _____

No. de identificación del miembro: _____

Nombre del solicitante (si no es el miembro): _____

Su relación con el miembro: _____

(Si Ud. no es el médico que receta, adjunte documentación que evidencie autoridad para representar al miembro)

Domicilio del miembro o solicitante: _____
(Indique ciudad, estado y código postal)

Tel. del miembro o solicitante: _(_____) _____

Nombre del medicamento recetado que solicita (y si sabe, indique la potencia del medicamento, la cantidad y la cantidad que solicita por mes.

Nombre del medicamento: _____ Potencia: _____ Cantidad: _____ Cantidad p/mes: _____

¿Ha intentado obtener este medicamento en una farmacia de la red? SÍ NO

Si contestó que SÍ, díganos por qué cree Ud. que no pudo obtener este medicamento con su seguro:

Si contestó que NO, díganos por qué no acudió a una farmacia de la red (marque la casilla No. 5 si ya pagó de su bolsillo el costo total del medicamento):

Datos del médico que receta

Nombre del proveedor que receta: _____ Especialidad médica: _____

Domicilio: _____
(Indique ciudad, estado y código postal)

Tel. del consultorio: _(_____) _____ Fax: _(_____) _____

Persona de contacto en el consultorio: _____

TIPO DE SOLICITUD DE DETERMINACIÓN DE COBERTURA

- 1. Necesito un medicamento que no está listado en el Formulario Providence Medicare o en la lista de medicamentos cubiertos (necesito una excepción de Formulario). *
- 2. Solicito una excepción del requisito según el cual debo probar con otro medicamento antes de obtener el que me ha recetado mi médico (necesito una excepción de Formulario para el requisito de terapia escalonada). *
- 3. Solicito autorización previa para el medicamento que me ha recetado el médico y que según lo dispuesto en el Formulario Providence requiere de autorización previa).
- 4. Solicito una excepción del límite de la cantidad de pastillas del plan(o sea, límite de cantidad) que me pueden surtir, de modo que pueda obtener la cantidad recetada por mi médico (necesito una excepción de Formulario para el requisito de límite de cantidad). *
- 5. Deseo que se me reembolse por un medicamento recetado que pagué de mi bolsillo (Por favor adjunte el recibo detallado de la farmacia; el reembolso puede demorar hasta 30 días). *

* **NOTA:** si está solicitando una excepción de Formulario, su MÉDICO QUE RECETA deberá proporcionar una declaración que apoye dicha solicitud. Asimismo, no puede obtener un medicamento de marca con el copago que se aplica a un medicamento genérico.

Información adicional a tener en cuenta (adjunte todo documento de apoyo):

Si usted, o el médico que le receta, consideran que la espera de una decisión estándar (la cual se tomará en 72 horas) pudiera perjudicar gravemente su vida o su salud o la capacidad de restablecer al máximo sus funciones, puede solicitar una decisión acelerada – decisión rápida. Si el médico que le receta nos solicita una decisión más rápida, o le apoya para que la pida Ud., mediante una declaración (por escrito o por teléfono a nosotros) donde él o ella manifiesta estar de acuerdo en que el hecho de esperar 72 horas pudiera perjudicar gravemente su vida o su salud o la capacidad de restablecer al máximo sus funciones, le daremos una decisión dentro de las 24 horas. Si no obtiene el apoyo de su médico, nosotros determinaremos si la condición de su salud amerita la decisión rápida.

- Necesito una determinación de cobertura acelerada (si se aplica, adjunte declaración de apoyo del médico)

Firma del miembro o solicitante

Fecha

Para presentar este tipo de solicitud, usted o su médico o su representante designado, pueden enviar una solicitud por escrito a: *Providence Health Plan / Attn.: Pharmacy Services Dept. / 3601 SW Murray Blvd. / Suite 10 / Beaverton, OR 97005*, o bien, por Fax al: 503-574-8646 ó 1-800-249-7714. O puede enviar la solicitud escrita a: *Providence Health Plan / Attn.: Pharmacy Services Dept. / P.O. Box 4327 / Portland, OR 97208-4327*

De tener preguntas, llame al 503-574-8000 ó 1-800-603-2340. Si tiene discapacidad auditiva y usa dispositivo teletipo (TTY), llame al 503-574-8702 ó 1-800-244-6642. El servicio de atención al cliente está disponible para preguntas sobre beneficios de la Parte D (prescripciones), siete días a la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.