



SOLICITUD DE DETERMINACIÓN DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS QUE REQUIEREN RECETA MÉDICA DE MEDICARE

Puede enviarnos este formulario por correo o por fax:

Dirección:
Medicare Part D
Prior Authorization Department
P.O. Box 419069
Rancho Cordova, CA 95741

Número de fax:
1-800-977-8226

También puede solicitarnos una determinación de cobertura por teléfono al 1-855-464-3571 (para el Los Angeles County) o al 1-855-464-3572 (para el San Diego County), o a través de nuestro sitio web www.healthnet.com/calmediconnect. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, quizás se le solicite que deje un mensaje. Se le devolverá la llamada dentro del siguiente día hábil.

Quién Puede Hacer una Solicitud: La persona que receta puede pedirnos una determinación de cobertura en su nombre. Si quiere que otra persona (como un familiar o un amigo) haga una solicitud en su nombre, dicha persona debe ser su representante. Comuníquese con nosotros para obtener información sobre cómo designar a un representante.

Información de la persona inscrita

Nombre de la persona inscrita		Fecha de nacimiento
Dirección de la persona inscrita		
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono	N.º de id. de afiliado de la persona inscrita	

Complete la siguiente sección SOLO si la persona que hace esta solicitud no es la persona inscrita o la persona que receta:

Nombre del solicitante		
Relación del solicitante con la persona inscrita		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono		

Documentación de representación para las solicitudes hechas por otra persona que no sea la persona inscrita o la persona que receta:

Adjunte la documentación que demuestre la autoridad para representar a la persona inscrita (un Formulario de Autorización de Representación CMS-1696 completado o un documento equivalente por escrito). Para obtener más información sobre la designación de un representante, comuníquese con su plan al 1-800-Medicare.

Nombre del medicamento que requiere receta médica que solicita (si lo sabe, incluya concentración y cantidad solicitada por mes):

Tipo de Solicitud de Determinación de Cobertura

- Necesito un medicamento que no está en la lista de medicamentos cubiertos del plan (excepción del formulario)*.
- He estado usando un medicamento que estaba incluido previamente en la lista de medicamentos cubiertos del plan pero que será retirado o fue retirado de esta lista durante el año del plan (excepción del formulario)*.
- Solicito autorización previa para el medicamento que la persona que receta me recetó*.
- Solicito una excepción al requisito que indica que debo probar otro medicamento antes de obtener el medicamento que me recetó la persona que receta (excepción del formulario)*.
- Solicito una excepción al límite del plan sobre el número de píldoras (límite de cantidad) que puedo recibir, de manera que pueda obtener el número de píldoras que me recetó la persona que receta (excepción del formulario)*.
- Mi plan de medicamentos cobra un copago más alto por el medicamento recetado por la persona que receta que el que cobra por otro medicamento que trata mi afección, y quiero pagar el copago más bajo (excepción al nivel)*.
- He estado usando un medicamento que estaba incluido previamente en un nivel de copago más bajo pero que se moverá o se movió a un nivel de copago más alto (excepción al nivel)*.
- Mi plan de medicamentos me cobró un copago por un medicamento más alto de lo que debería haberme cobrado.
- Quiero un reembolso por un medicamento que requiere receta médica cubierto que pagué de mi bolsillo.

***NOTA: Si solicita una excepción al nivel o de formulario, la persona que receta DEBE proporcionar una declaración que respalde su solicitud. Las solicitudes sujetas a autorización previa (u otro requisito de Administración de la Utilización) pueden requerir información de respaldo. La persona que receta puede utilizar la “Información de Respaldo para una Solicitud de Excepción o Autorización Previa” adjunta para respaldar su solicitud.**

Información adicional que deberíamos considerar (*adjunte cualquier documento de respaldo*):

Nota Importante: Decisiones Aceleradas

Si usted o la persona que receta consideran que la espera de 72 horas para una decisión estándar podría perjudicar gravemente su vida, su salud o su capacidad para recuperar una función al máximo, puede solicitar una decisión acelerada (rápida). Si la persona que receta indica que la espera de 72 horas podría perjudicar gravemente su salud, le daremos automáticamente una decisión dentro de las 24 horas. Si no tiene el respaldo de la persona que receta para una solicitud acelerada, nosotros decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. No puede solicitar una determinación de cobertura acelerada si nos pide que le hagamos un reembolso por un medicamento que ya recibió.

MARQUE ESTA CASILLA SI CONSIDERA QUE NECESITA UNA DECISIÓN DENTRO DE LAS 24 HORAS (si tiene una declaración de respaldo de la persona que le recetó el medicamento, adjúntela a esta solicitud).

Firma:	Fecha:
---------------	---------------

Información de Respaldo para una Solicitud de Excepción o Autorización Previa

Las solicitudes de EXCEPCIÓN AL NIVEL y DEL FORMULARIO no pueden procesarse sin una declaración de respaldo de la persona que receta. Las solicitudes de AUTORIZACIÓN PREVIA pueden requerir información de respaldo.

SOLICITUD PARA UNA REVISIÓN ACELERADA: Al marcar esta casilla y firmar abajo, certifico que la aplicación del plazo de revisión estándar de 72 horas podría poner en grave peligro la vida o la salud de la persona inscrita o su capacidad de recuperar una función al máximo.

Información de la persona que receta		
Nombre		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono del consultorio		Fax
Firma de la persona que receta		Fecha

Información Médica y de Diagnóstico		
Medicamento:	Concentración y vía de administración:	Frecuencia:
Receta nueva O fecha de inicio de la terapia:	Duración prevista de la terapia:	Cantidad:
Altura/Peso:	Alergias a medicamentos:	Diagnóstico:
Razones de la Solicitud		

Medicamentos alternativos contraindicados o probados previamente, pero con resultados desfavorables, p. ej., toxicidad, alergia o fracaso terapéutico. [Especifique a continuación: (1) Medicamentos contraindicados o probados; (2) resultado desfavorable de cada uno; (3) en caso de fracaso terapéutico, duración de la terapia con cada medicamento]

El paciente se encuentra estable con los medicamentos actuales; alto riesgo de resultados clínicos desfavorables significativos con cambio de medicación. [Especifique a continuación: Resultado clínico desfavorable significativo anticipado]

Necesidad médica de una forma de dosis diferente y/o dosis más alta. [Especifique a continuación: (1) Forma de dosis y/o dosis probada; (2) explique la razón médica]

Solicitud de una excepción al nivel del formulario [Especifique a continuación: (1) Medicamentos preferidos o del formulario contraindicados o que fueron probados y no dieron resultados eficaces, o que fueron probados y no fueron tan eficaces como el medicamento solicitado; (2) en caso de fracaso terapéutico, duración de la terapia con cada medicamento y resultado desfavorable; (3) en caso de que no hayan sido eficaces, duración de la terapia con cada medicamento y resultado]

Otro (explique a continuación)

Explicación requerida _____

Health Net Community Solutions, Inc. es un plan de salud que tiene contrato con Medicare y Medi-Cal para brindar los beneficios de ambos programas a las personas inscritas.

ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-464-3571 in Los Angeles County or 1-855-464-3572 in San Diego County (TTY: 711) from 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday. After hours, on weekends and on holidays, you can leave a message. Your call will be returned within the next business day. The call is free.

Health Net Cal MediConnect Nondiscrimination Notice

Health Net Community Solutions, Inc. (Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)) complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Health Net Cal MediConnect does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Health Net Cal MediConnect:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as qualified sign language interpreters and written information in other formats (large print, accessible electronic formats, other formats).
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as qualified interpreters and information written in other languages.

If you need these services, contact the Health Net Cal MediConnect Customer Contact Center at 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711) from 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday. After hours, on weekends and on holidays, you can leave a message. Your call will be returned within the next business day. The call is free.

If you believe that Health Net Cal MediConnect has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex, you can file a grievance by calling the number above and telling them you need help filing a grievance; the Health Net Cal MediConnect Customer Contact Center is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, (TDD: 1-800-537-7697). Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Spanish: ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Chinese Mandarin: 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 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)。

Chinese Cantonese: 注意：如果您說中文，您可獲得免費的語言協助服務。請致電 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)。

Tagalog: PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Vietnamese: CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Korean: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711). 번으로 전화해 주십시오.

Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Arabic: ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل بالرقم 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Hindi: ध्यान दें: यदि आप बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711). पर कॉल करें।

Japanese: 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)。まで、お電話にてご連絡ください。

Farsi: توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Thai: เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Armenian: ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվակազմակերպչական ծառայություններ: Չանգահարեք 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)

Cambodian: ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Hmong: LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Punjabi: ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Laotian: ໂປດຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາອັງກິດ, ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາທີ່ບໍ່ເສຍຄ່າມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ກະລຸນາໂທ 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).