

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

Este formulario se puede enviar a Banner – University Care Advantage HMO/SNP por correo, fax o correo electrónico:

Dirección:
2701 E. Elvira Rd.
Tucson, AZ 85756

Número de Fax:
(858) 357-2541

Correo Electrónico:
UAHPParmacy@bannerhealth.com

Usted nos puede pedir una determinación de cobertura al (877) 874-3930 o a través de nuestro sitio web en **www.BannerUCA.com**.

Quién puede realizar una solicitud: Su prescriptor puede solicitar una determinación de cobertura en su nombre. Si desea que otra persona (como un familiar o amigo) haga la solicitud por usted, esa persona debe ser su representante legal. Comuníquese con nosotros para saber cómo nombrar a su representante.

Información del Inscrito

Nombre del inscrito		Fecha de nacimiento
Dirección del inscrito		
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono	Número de identificación del plan del inscrito	

Complete la siguiente sección ÚNICAMENTE si la persona que presenta esta solicitud no es el inscrito o prescriptor:

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

Documentación de representación para solicitudes hechas por una persona que no sea el inscrito o prescriptor del inscrito:

Adjunte documentación donde indique la autoridad para representar al inscrito (un Formulario CMS-1696 de Nombramiento de un Representante completo o un documento equivalente por escrito). Para más información sobre cómo designar un representante, comuníquese con su plan o llame al 1-800-Medicare.

Nombre del medicamento recetado que solicita (si lo sabe, incluya la concentración y la cantidad por mes):

Tipo de Solicitud para la Determinación de Cobertura

- Necesito un medicamento que no figura en la lista de medicamentos cubiertos por el plan (excepción al formulario). *
- He estado usando un medicamento que antes estaba incluido en la lista de medicamentos cubiertos por el plan, pero está siendo retirado o fue retirado de esta lista durante el año del plan (excepción al formulario). *
- Solicito autorización previa para el medicamento que mi prescriptor ha recetado. *
- Solicito una excepción al requisito de que pruebe otro medicamento antes de obtener el medicamento que mi prescriptor recetó (excepción al formulario). *
- Solicito una excepción al límite del plan en cuanto al número de pastillas (límite a la cantidad) que puedo recibir para que pueda obtener el número de pastillas que mi prescriptor recetó (excepción al formulario). *
- Mi plan de medicamentos cobra un copago más alto por el medicamento que mi prescriptor recetó de lo que cobra por otro medicamento que se usa para tratar mi condición médica, y quiero pagar el copago más bajo (excepción de nivel). *
- He estado usando un medicamento que antes estaba incluido en un nivel de copago más bajo, pero lo están cambiando a o se ha cambiado a un nivel de copago más alto (excepción de nivel). *
- Mi plan de medicamentos me cobró un nivel de copago más alto por un medicamento de lo que debería haber cobrado.
- Quiero recibir un reembolso por un medicamento recetado cubierto que pagué de mi bolsillo.

***AVISO: Si está solicitando por una excepción al formulario o de nivel, su prescriptor DEBE proveer una declaración que apoye su solicitud. Las solicitudes que están sujetas a autorización previa (o cualquier otro requisito de manejo de utilización), podrían requerir información de apoyo. Su prescriptor puede utilizar el formulario adjunto “Información de Respaldo para una Solicitud de Excepción o Autorización Previa” para respaldar su solicitud.**

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

Aviso Importante: Decisiones Rápidas

Si usted o su prescriptor creen que esperar 72 horas para recibir una decisión estándar podría poner en peligro su vida, salud o la capacidad de recuperar la función máxima, pueden solicitar una decisión rápida

(acelerada). Si su prescriptor indica que esperar 72 horas podría perjudicar seriamente su salud, automáticamente le daremos una decisión dentro de 24 horas. Si no obtiene el respaldo del prescriptor para una apelación rápida, determinaremos si su caso requiere una decisión rápida. No puede solicitar una determinación de cobertura rápida si nos solicita el reembolso de un medicamento que ya recibió.

MARQUE ESTA CASILLA SI CONSIDERA QUE NECESITA QUE TOMEMOS UNA DECISIÓN DENTRO DE 24 HORAS (Si cuenta con una declaración de apoyo de su prescriptor, adjúntela con esta solicitud).

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

Información de Apoyo de Solicitudes para Excepción o Autorización Previa

Las solicitudes de EXEPCIÓN AL FORMULARIO y NIVEL no se pueden procesar sin la declaración de apoyo del prescriptor. Las solicitudes para una AUTORIZACIÓN PREVIA pueden requerir información de respaldo.

REQUEST FOR EXPEDITED REVIEW: By checking this box and signing below, I certify that applying the 72 hour standard review timeframe may seriously jeopardize the life or health of the enrollee or the enrollee's ability to regain maximum function.

Prescriber's Information		
Name		
Address		
City	State	Zip Code
Office Phone	Fax	
Prescriber's Signature		Date
Diagnosis and Medical Information		
Medication:	Strength and Route of Administration:	Frequency:
New Prescription OR Date Therapy Initiated:	Expected Length of Therapy:	Quantity:
Height/Weight:	Drug Allergies:	Diagnosis:
Rationale for Request		

- Alternate drug(s) contraindicated or previously tried, but with adverse outcome, e.g., toxicity, allergy, or therapeutic failure** [Specify below: (1) Drug(s) contraindicated or tried; (2) adverse outcome for each; (3) if therapeutic failure, length of therapy on each drug(s)]
- Patient is stable on current drug(s); high risk of significant adverse clinical outcome with medication change** [Specify below: Anticipated significant adverse clinical outcome]
- Medical need for different dosage form and/or higher dosage** [Specify below: (1) Dosage form(s) and/or dosage(s) tried; (2) explain medical reason]
- Request for formulary tier exception** [Specify below: (1) Formulary or preferred drugs contraindicated or tried and failed, or tried and not as effective as requested drug; (2) if therapeutic failure, length of therapy on each drug and adverse outcome; (3) if not as effective, length of therapy on each drug and outcome]
- Other** (explain below)

Required Explanation

Language Assistance Services

English | ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call (877) 874-3930 (TTY: 711).

Español (Spanish) | ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al (877) 874-3930 (TTY: 711).

繁體中文 (Chinese) | 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 (877) 874-3930 (TTY: 711)。