

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

Este formulario se puede enviar a University Care Advantage por correo, fax o correo electrónico:

Dirección:

2701 E. Elvira Rd.
Tucson, AZ 85756

Número de Fax:

(866) 349-0338

Correo Electrónico:

UAHPParmacy@bannerhealth.com

Usted nos puede pedir una determinación de cobertura al **(877) 874-3930** o a través de nuestra página Web en **www.UAHealthPlans.com**.

Quien Puede Presentar una Solicitud: Su médico recetante nos puede solicitar una determinación de cobertura en su nombre. Si desea que otra persona (tal como un miembro de familia o amigo) haga una solicitud en su nombre, esa persona debe ser su representante. Comuníquese con nosotros para informarse como nombrar a un 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 médico recetante:

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

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

Adjunte documentación donde conste la designación para representar al inscrito (un Formulario CMS-1696 de autorización de representación completado 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 de formulario). *
- He estado usando un medicamento que antes estaba incluido en la lista de medicamentos cubiertos por el plan, pero se está retirando o fue retirado de esta lista durante el año del plan (excepción de formulario). *
- Solicito autorización previa para el medicamento que mi médico recetó. *
- Solicito una excepción al requisito de que pruebe otro medicamento antes de obtener el medicamento que mi médico recetó (excepción de 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 médico recetó (excepción de formulario). *
- Mi plan de medicamentos cobra un copago más alto por el medicamento que mi médico recetó de lo que cobra por otro medicamento que se usa para tratar mi condición, 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 moviendo a o se ha movido 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 pidiendo una excepción de formulario o de nivel, el médico recetante DEBE proveer una declaración que respalde su solicitud. Las solicitudes que están sujetas a autorización previa (o cualquier otro requisito de manejo de utilización), podrían requerir información de respaldo. Su médico recetante puede utilizar el formulario “Información de Respaldo para una Solicitud de Excepción o Autorización Previa” que se adjunta para respaldar su solicitud.**

Información adicional que debemos considerar (adjuntar los documentos de respaldo):

Aviso Importante: Decisiones Rápidas

Si usted o su médico recetante creen que esperar 72 horas para recibir una decisión normal podría poner en peligro su vida, salud o la capacidad de recuperar la función máxima, pueden solicitar una decisión rápida (acelerada). Si su médico recetante 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 médico recetante 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 respaldo de su médico recetante, adjúntela con ésta solicitud).

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

Supporting Information for an Exception Request or Prior Authorization

FORMULARY and TIERING EXCEPTION requests cannot be processed without a prescriber's supporting statement. PRIOR AUTHORIZATION requests may require supporting information.

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 _____
