

# Clover Health

## Solicitud de determinación de cobertura para medicamentos con receta de Medicare

<b>Envíe este formulario por correo postal o fax:</b>	<b>Quiénes pueden realizar una solicitud:</b> La persona que emite las recetas puede solicitarnos una determinación de cobertura en su nombre. Si usted desea que otra persona (como un familiar o amigo) presente una solicitud en su nombre, esa persona debe ser su representante. Comuníquese con nosotros para saber cómo designar a un representante. <b>Sitio web de determinación de cobertura:</b> <a href="http://www.cloverhealth.com">www.cloverhealth.com</a> <b>Teléfono de determinación de cobertura:</b> (855) 479-3657
<b>Dirección:</b> CVS Caremark Part D MC109; P.O. Box 52000 Phoenix, AZ 85072-2000 <b>Núm. de fax:</b> (855) 633-7673	

<b>Información del afiliado:</b>		
Nombre:		
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Número de teléfono: (____) ____-____	Fecha de nacimiento:	
Núm. de ident. del plan del afiliado:		

<b>Complete la siguiente sección SOLO si la persona que realiza esta solicitud no es la afiliada:</b>		
Nombre del solicitante:		
Relación con la persona afiliada:		
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Número de teléfono: (____) ____-____		
Documentación de representación para las solicitudes de apelaciones realizadas por alguien que no es el afiliado o quien emite las recetas del afiliado: adjunte la documentación que demuestre la autoridad para representar al afiliado (un formulario de autorización de representación CMS-1696 completo o equivalente por escrito). Para obtener más información acerca de la designación de un representante, comuníquese con su plan o llame al 1-800-Medicare.		

<b>Nombre del medicamento con receta que solicita:</b> (incluya concentración y cantidad necesaria por mes, si las conoce)
---

Tipo de solicitud de determinación de cobertura	
Elija todas las opciones que correspondan:	
<input type="checkbox"/>	Necesito un medicamento que no figura en la lista de medicamentos cubiertos del plan (excepción del formulario)*.
<input type="checkbox"/>	He estado utilizando un medicamento que anteriormente estaba incluido en la lista de medicamentos cubiertos del plan, pero será excluido o fue excluido de la lista durante el año del plan (excepción del formulario)*.
<input type="checkbox"/>	Solicito autorización previa para el medicamento que me recetaron*.
<input type="checkbox"/>	Solicito una excepción al requisito de que pruebe otro medicamento antes de obtener el que me recetaron (excepción del formulario)*.
<input type="checkbox"/>	Solicito una excepción al límite establecido por el plan a la cantidad de píldoras (límite de cantidad) que puedo recibir, a fin de poder obtener la cantidad de píldoras que me recetaron (excepción del formulario)*.
<input type="checkbox"/>	Mi plan de medicamentos cobra un copago más alto para el medicamento que me recetaron que lo que cobra por otro medicamento para tratar mi afección, y deseo pagar el copago más bajo (excepción del nivel)*.
<input type="checkbox"/>	He estado utilizando un medicamento que anteriormente estaba incluido en un nivel de copago más bajo, pero pasará o pasó a un nivel de copago más alto (excepción del nivel)*.
<input type="checkbox"/>	Mi plan de medicamentos me cobró un copago más alto del que debería por un medicamento.
<input type="checkbox"/>	Solicito el reembolso por un medicamento con receta cubierto que pagué de mi bolsillo.
<p><b>*NOTA:</b> Si solicita una excepción del formulario o del nivel, la persona que emite recetas DEBE proporcionar una declaración que respalde su solicitud. Las solicitudes que están sujetas a autorización previa (u a otro requisito de administración de utilización) pueden requerir información de respaldo. La persona que emite recetas puede usar la sección “Información de respaldo para una solicitud de excepción o autorización previa” para respaldar su solicitud.</p>	

<p><b>Información adicional que debemos considerar:</b> (adjunte todos los documentos de respaldo)</p>
--

Nota importante: Decisiones aceleradas
<p>Si usted o la persona que emite la receta considera que esperar 72 horas para que se tome una decisión estándar podría perjudicar gravemente su vida, su salud o su capacidad para recuperar completamente sus funciones, puede solicitar una decisión acelerada (rápida). Si la persona que emite recetas indica que esperar 72 horas podría perjudicar gravemente su salud, le comunicaremos automáticamente una decisión dentro de 24 horas. Si no consigue el respaldo de la persona que emite recetas para realizar una solicitud acelerada, decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. Usted no puede solicitar una determinación de cobertura acelerada si nos solicita el reintegro del pago de un medicamento que ya ha recibido.</p> <p><input type="checkbox"/> <b>MARQUE ESTA CASILLA SI CREE QUE NECESITA UNA DECISIÓN DENTRO DE LAS PRÓXIMAS 24 HORAS.</b></p> <p>Si tiene una declaración de respaldo de la persona que emite recetas, adjúntela a esta solicitud.</p>

<p><b>Firma de la persona que solicita la determinación de cobertura:</b> (el afiliado, su representante o quien emite las recetas del afiliado):</p>	<p><b>Fecha:</b></p>
---	----------------------

Información de respaldo para una solicitud de excepción o autorización previa:		
Las solicitudes de EXCEPCIÓN DEL FORMULARIO o DEL NIVEL no pueden procesarse sin una declaración de respaldo de la persona que emite recetas. Las solicitudes de AUTORIZACIÓN PREVIA pueden requerir información de respaldo.		
<input type="checkbox"/>	<b>SOLICITUD DE REVISIÓN ACELERADA:</b> al marcar esta casilla y firmar a continuación, certifico que aplicar el plazo estándar de revisión de 72 horas podría poner en grave peligro la vida o la salud del afiliado o la capacidad del afiliado de recuperar plenamente sus funciones.	
Información de la persona que emite la receta:		
Nombre:		
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Número de teléfono del consultorio:	Fax:	
Persona de contacto en el consultorio:		
Firma de la persona que emite la receta:		Fecha:
Información médica y de diagnóstico:		
Medicamento:		
Concentración y forma de administración:		
Fecha de inicio del nuevo medicamento con receta o del tratamiento:	Frecuencia:	
Duración prevista del tratamiento:	Cantidad:	
Altura/Peso:	Alergias a los medicamentos:	
Diagnóstico:		
Motivo de la solicitud:		
<input type="checkbox"/>	<b>Medicamentos alternativos contraindicados o probados con anterioridad con resultados adversos; por ejemplo, toxicidad, alergia o fracaso terapéutico</b> [Especifique a continuación: (1) medicamentos contraindicados o probados; (2) resultados adversos de cada uno; (3) en caso de fracaso terapéutico, duración del tratamiento con cada medicamento (s)].	
<input type="checkbox"/>	<b>El paciente muestra estabilidad con los medicamentos actuales; alto riesgo de resultados clínicos adversos importantes con el cambio de medicamentos</b> [Especifique a continuación: resultados clínicos adversos importantes previstos].	
<input type="checkbox"/>	<b>Necesidad médica de formas de dosificación diferentes o aumento de dosis</b> [Especifique a continuación: (1) formas de dosificación o dosis probadas; (2) explicar el motivo médico].	
<input type="checkbox"/>	<b>Solicitud de excepción del nivel del formulario</b> [Especifique a continuación: (1) medicamentos del formulario o preferidos contraindicados o probados sin éxito, o probados sin lograr la misma eficacia que el medicamento solicitado; (2) en caso de fracaso terapéutico, duración del tratamiento con cada medicamento y resultados adversos; (3) si los medicamentos no resultan igualmente efectivos, duración del tratamiento con cada medicamento y resultados].	
<input type="checkbox"/>	<b>Otro:</b> (explique a continuación).	
Explicación requerida:		