

Enviar el formulario completo por fax al: 1-855-633-7673
En caso de preguntas, llamar al: 1-888-648-9622
Las 24 horas del día, los 7 días de la semana
Los usuarios de teléfono de texto (TTY) deben llamar al: 711

Información importante sobre la Cobertura de Medicamentos Recetados

A: _____ De: _____

Fax: _____ Páginas: _____

Obj: Solicitud adjunta de copago inferior (excepción de nivel): Responda.

- Llene la Solicitud adjunta de copago inferior* (Formulario de excepción de niveles).
- Para prevenir retrasos en el proceso de revisión, llene todos los campos solicitados.
- Los formularios completos deben enviarse por fax al: 1-855-633-7673. No es necesario enviar por fax esta portada.

Información sobre esta Solicitud de un copago inferior (excepción de nivel)

Use este formulario para solicitar la cobertura de un medicamento genérico o de marca en un nivel de mayor costo a un nivel inferior de costo. Se aplican ciertas restricciones.

Para procesar esta solicitud, se debe proporcionar la documentación que indique que todos los medicamentos para tratar la misma condición en un nivel de costo inferior no serían tan eficaces o tendrían efectos adversos. Proporcione información clínica u otras pruebas que sustenten la necesidad médica del medicamento que está en el nivel superior, incluyendo medicamentos anteriores antes probados para esta condición en particular. Nota: **Las excepciones de nivel no pueden solicitarse para medicamentos aprobados bajo el proceso de excepción del formulario en el nivel de especialidad, o medicamentos de marca en el precio del medicamento genérico.**

Usted puede hacer una solicitud rápida, indicando esto en la parte superior del formulario adjunto. Si solicita una revisión rápida y firma el formulario adjunto, usted certifica que el aplicar el tiempo de revisión estándar de 72 horas podría poner en serio peligro la vida o la salud del miembro o la capacidad del miembro de recobrar sus funciones al máximo.

La información en el formulario adjunto es información protegida y está sujeta a todos los reglamentos de privacidad y seguridad bajo la ley HIPAA.

La privacidad del miembro es importante para nosotros. Nuestros empleados están capacitados sobre la forma apropiada de manipular la información privada de salud de nuestros miembros.

* El copago o coseguro significa el monto que un miembro del plan debe pagar para un medicamento recetado de conformidad con un Plan, el cual puede ser un deducible, un porcentaje del precio del medicamento recetado, un monto fijo u otro cargo con el saldo, de ser el caso, pagado por el plan.

AVISO DE CONFIDENCIALIDAD: Esta comunicación y cualquier documento adjunto podrían contener información confidencial y/o privilegiada para uso de los destinatarios designados arriba indicados. Si usted no es el destinatario indicado, se le notifica que ha recibido esta comunicación por error y que queda prohibida cualquier revisión, divulgación, difusión, distribución o copia del mismo o de su contenido. Si ha recibido esta comunicación por error, notifique al remitente de inmediato por teléfono y destruya todas las copias de esta comunicación y cualquier anexo.

