



Instrucciones para el formulario de solicitud de excepción a la terapia escalonada

Este formulario es para solicitar una excepción a los requisitos de la terapia escalonada. Se requiere documentación de respaldo y se podrían aplicar criterios clínicos adicionales. Si desea presentar una solicitud estándar de autorización previa, visite <http://www.covermymeds.com/main/prior-authorization-forms/>

1. Llene todas las secciones resaltadas en el formulario de terapia escalonada. **Se demorará el procesamiento de los formularios incompletos.**
 - a. En la sección I, *Información del proveedor*, asegúrese de incluir el nombre del prescriptor, el identificador nacional de proveedor (NPI, por sus siglas en inglés) del proveedor en cuestión y los números de fax y de teléfono correctos.
 - i. Para las solicitudes de beneficios médicos, incluya el número de identificación del contribuyente (TIN, por sus siglas en inglés) del proveedor solicitante, así como el NPI y el TIN del centro o proveedor que presta el servicio.
 - b. En la sección II, *Información del miembro*, escriba el nombre del miembro, el número de identificación del miembro y la fecha de nacimiento. Enumere las alergias relevantes, si es que las hay.
 - c. En la sección III, *Información del medicamento*, escriba el nombre del medicamento, la formulación específica (liberación prolongada, solución, etc.), concentración del medicamento y la dosis diaria que se solicita.
 - i. Asegúrese de incluir un diagnóstico válido en esta sección.
 - ii. Si el miembro ya está recibiendo el medicamento, llene en su totalidad la sección *Historial de los medicamentos para este diagnóstico*. Incluya todos los medicamentos anteriores que haya probado sin éxito para este diagnóstico.
 - d. En la sección IV, *Información clínica adicional*, escriba toda la información y los detalles adicionales que sean relevantes para lo solicitado. Incluya los reportes de laboratorio con la solicitud cuando sea necesario. (por ejemplo, cultivo y sensibilidad; hemoglobina A1C; creatinina sérica, CD4; hematocrito; conteo de glóbulos blancos [WBC, por sus siglas en inglés], etc.).
2. Envíe el formulario llenado mediante una de las siguientes opciones:
 - a. Envíe por fax el formulario llenado al **(800) 977-4170**
 - b. O adjunte este formulario a una solicitud electrónica de autorización previa en <http://www.covermymeds.com/main/prior-authorization-forms/>
 - c. O envíe por correo postal este formulario a la siguiente dirección: Centene Pharmacy Services – Coverage Determination; P.O. Box 31397 Tampa, FL 33631-3397

FORMULARIO DE SOLICITUD DE EXCEPCIÓN A LA TERAPIA ESCALONADA

Mediante este formulario se pretende solicitar una excepción a los requisitos de la terapia escalonada. Se requiere documentación de respaldo y se podrían aplicar criterios clínicos adicionales.
Envíe por FAX este formulario llenado al (800) 977-4170
O adjunte este formulario a una solicitud electrónica de autorización previa en <http://www.covermymeds.com/main/prior-authorization-forms/>
O envíe por correo postal este formulario a la siguiente dirección: Centene Pharmacy Services - Coverage Determination; P.O. Box 31397 Tampa, FL 33631-3397

I. Información del proveedor		II. Información del miembro	
Nombre del prescriptor (en letra de imprenta):		Nombre del miembro:	
NPI del proveedor solicitante:	TIN:	Número de identificación:	
NPI del centro/proveedor del servicio:	TIN:	Número de grupo:	
Fax:		Fecha de nacimiento:	
Teléfono:		Alergias a medicamentos:	
III. Información del medicamento			
Nombre y concentración del medicamento:	Forma de la dosis:	Intervalo de dosis (sig):	Cantidad por día:
Disponibilidad relevante a esta solicitud:			
Duración prevista de la terapia:			
Historial de los medicamentos para este diagnóstico			
A. ¿El miembro está usando/trató actualmente con este medicamento?			
<input type="checkbox"/> sí, ¿por cuánto tiempo? _____ [vea el punto B] <input type="checkbox"/> no [vea el punto B, vea el punto C]			
B. ¿Se trata de una solicitud para la continuación de una aprobación previa de un plan de salud anterior?			
<input type="checkbox"/> sí [proporcione la documentación de aprobación o el historial de reclamaciones válidas de los últimos 90 días] <input type="checkbox"/> no			
C. A continuación, especifique los tratamientos anteriores y sus resultados.			
Nombre del medicamento (incluya concentración y dosis)	Fecha de la terapia	Motivo de la suspensión del uso	
1			
2			
3			
4			
<small>NOTA: La confirmación del uso se realizará a partir del historial registrado del miembro; el uso previo de los medicamentos precedidos forma parte de los criterios de la excepción. El formulario de Ambetter está disponible en el sitio web de Ambetter en www.ambetter.com (busque en estado para ver el documento específico del formulario que se aplica a usted).</small>			
IV. Información clínica adicional:			
Se debe incluir la información clínica pertinente para respaldar la solicitud con base en la necesidad médica.		Fecha del proveedor:	Fecha:

Las solicitudes para excepciones a la terapia escalonada deben incluir el nombre del miembro, el número de identificación y el nombre del medicamento. Se demorará el procesamiento de los formularios incompletos. Incluya los reportes de laboratorio con las solicitudes cuando sea necesario (por ejemplo, cultivo y sensibilidad; hemoglobina A1C; creatinina sérica; CD4; hematocrito; conteo de glóbulos blancos [WBC], etc.).



FORMULARIO DE SOLICITUD DE EXCEPCIÓN A LA TERAPIA ESCALONADA

Mediante este formulario se pretende solicitar una excepción a los requisitos de la terapia escalonada. Se requiere documentación de respaldo y se podrían aplicar criterios clínicos adicionales.

Envíe por FAX este formulario llenado al (800) 977-4170

O adjunte este formulario a una solicitud electrónica de autorización previa en <http://www.covermymeds.com/main/prior-authorization-forms/>

O envíe por correo postal este formulario a la siguiente dirección: Centene Pharmacy Services - Coverage Determinations; P.O. Box 31397 Tampa, FL 33631-3397

I. Información del proveedor		II. Información del miembro	
Nombre del prescriptor (en letra de imprenta):		Nombre del miembro:	
NPI del proveedor solicitante:	TIN:	Número de identificación:	
NPI del centro/proveedor del servicio:	TIN:	Número de grupo:	
Fax:		Fecha de nacimiento:	
Teléfono:		Alergias a medicamentos:	
III. Información del medicamento			
Nombre y concentración del medicamento:	Forma de la dosis:	Intervalo de dosis (sig):	Cantidad por día:
Diagnóstico relevante a <i>esta</i> solicitud:			
Duración prevista de la terapia:			
Historial de los medicamentos para este diagnóstico			
A. ¿El miembro está siendo tratado actualmente con este medicamento? <input type="checkbox"/> sí; ¿por cuánto tiempo? _____ [vaya al punto B] <input type="checkbox"/> no [omite el punto B; vaya al punto C]			
B. ¿Se trata de una solicitud para la continuación de una aprobación previa de un plan de salud anterior? <input type="checkbox"/> sí [proporcione la documentación de aprobación o el historial de reclamaciones válidas de los últimos 90 días] <input type="checkbox"/> no			
C. A continuación, especifique los tratamientos anteriores y sus resultados.			
Nombre del medicamento (incluya concentración y dosis)	Fechas de la terapia	Motivo de la suspensión del uso	
1			
2			
3			
4			
NOTA: la confirmación del uso se realizará a partir del historial registrado del miembro; el uso previo de los medicamentos preferidos forma parte de los criterios de la excepción. El formulario de Ambetter está disponible en el sitio web de Ambetter en www.ambetterhealth.com (busque su estado para ver el documento específico del formulario que se aplica a usted).			
IV. Información clínica adicional:			
Se debe incluir la información clínica pertinente para respaldar la solicitud con base en la necesidad médica.		Firma del proveedor:	Fecha:

Las solicitudes para excepciones a la terapia escalonada deben incluir el nombre del miembro, el número de identificación y el nombre del medicamento. Se demorará el procesamiento de los formularios incompletos. Incluya los reportes de laboratorio con las solicitudes cuando sea necesario (por ejemplo, cultivo y sensibilidad; hemoglobina A1C; creatinina sérica, CD4; hematocrito; conteo de glóbulos blancos [WBC], etc.).