



**Formulario de solicitud de cobertura de medicamentos de Medicaid**

**Instrucciones:** Utilice este formulario para solicitar la cobertura de un medicamento que normalmente no cubriríamos o restringiríamos de alguna manera. Complete TODOS LOS CAMPOS OBLIGATORIOS de este formulario.

Luego, envíelo por fax al Departamento de Farmacia del Care1st Health Plan al **1-602-778-8387**.

Para acceder a la lista de los medicamentos que cubrimos y a nuestras normas sobre la cobertura, consulte nuestro sitio web [www.care1staz.com/az/providers/formulary.asp](http://www.care1staz.com/az/providers/formulary.asp).

Si necesita ayuda para completar este formulario, puede solicitar ayuda a su médico o llamarnos al **1-866-560-4042 (TTY 711)**. Atendemos de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m., hora de la montaña.

¿Quién realiza esta solicitud? Proveedor  Miembro  Representante designado

**Representantes designados:** Incluya un formulario firmado de designación de representante (CMS-1696) o un aviso equivalente.

**Complete la siguiente sección SOLO si la persona que realiza esta solicitud no es el Miembro ni el profesional que receta el medicamento:**

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

**Documentación de representación para las solicitudes realizadas por alguien que no sea el Miembro ni el profesional que receta los medicamentos para el Miembro:**

Adjunte documentación que demuestre la autoridad para representar al Miembro (un Formulario de autorización de representación CMS-1696 completado o un equivalente por escrito).

Para obtener más información acerca de la designación de un representante, comuníquese con su plan.

**\*CAMPOS OBLIGATORIOS – UN MEDICAMENTO POR FORMULARIO.**

* Nombre del Miembro:	
* Número de ID del Miembro:	* Fecha de nacimiento:
* Número telefónico del Miembro:	* Duración (cuánto dura el tratamiento):  ¿Es indefinido? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <i>Si las casillas anteriores se dejan en blanco, se supondrá que la solicitud es indefinida.</i>
* Nombre del medicamento/concentración/presentación (es decir, comprimido, cápsula):	* Cantidad:
	* Frecuencia (es decir, qué tan seguido, cuántos):
<p><b>* Se permite el reemplazo por un medicamento genérico:</b> <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO  <i>Si este campo se deja en blanco, se supondrá que la solicitud aplica para el pedido que se está procesando actualmente en la farmacia (si corresponde). Si no existe ningún historial de reclamaciones de la farmacia, se supondrá que la solicitud aplica a la forma específica del medicamento que aparece en el campo * Nombre del medicamento.</i></p>	
* Diagnósticos asociados: <i>enumere todos los diagnósticos y los códigos ICD-10 que se tratan con el medicamento.</i>	
* NPI del proveedor que realiza la solicitud:	* Nombre del proveedor (nombre y apellido):
* Dirección postal del proveedor (ciudad, estado y código postal):	
Número telefónico del proveedor:	Número de fax del proveedor:
* Nombre del contacto en la consulta:	* Firma del proveedor:
Nombre de la farmacia:	Número telefónico de la farmacia:
* Alergia a medicamentos:	
<b>HISTORIAL DE MEDICAMENTOS:</b> (como tratamiento de las afecciones médicas que requieren el medicamento solicitado)	
<b>Medicamentos administrados:</b> si el límite de cantidad causa algún problema, indique la dosis unitaria o la dosis diaria total	<b>RESULTADOS de los estudios anteriores con medicamentos. Indique FALLO frente a INTOLERANCIA</b> (explicar)

¿Cuál es el régimen de medicamentos actual del Miembro para las afecciones médicas que requieren el medicamento solicitado?

**Tipo de solicitud de cobertura (marque las casillas que describen las restricciones para el medicamento que solicita. Si solicitamos más información, puede incluirla a continuación o en otra página):**

**Autorización previa/terapia escalonada – Necesito un medicamento con un requisito.** Díganos cómo ha cumplido con los requisitos.

**Excepción de la lista de medicamentos – Necesito un medicamento que no está en la lista de medicamentos cubiertos del plan.** Cuéntenos acerca de todos los medicamentos que ha tomado y que se encuentran en nuestra lista de medicamentos cubiertos (a veces llamada "formulario"), pero que no han sido efectivos para su tratamiento.

**Excepción de cantidad límite de la lista de medicamentos - Necesito un medicamento que tiene un límite de dosis y/o duración.** Si limitamos la cantidad de dosis y/o la duración, indíquenos por qué necesita más del medicamento restringido.

**Motivos de su solicitud.** Utilice el espacio a continuación y adjunte páginas adicionales, si es necesario. **Se requiere una declaración de respaldo de su médico.** Adjunte cualquier información que respalde su solicitud, como una declaración de su médico y la historia clínica pertinente.

---

---

---

---

---

---

---

Care1st Health Plan Arizona, Inc. (Care1st) cumple las leyes federales aplicables sobre derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

**ATTENTION:** If you speak English, language assistance services are available to you at no cost. Call **1-866-560-4042** (TTY: **711**).

**ATENCIÓN:** Si habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística sin ningún costo. Llame al **1-866-560-4042** (TTY: **711**).