



Información Importante

A cerca
de sus

**beneficios
de medicamentos
con receta
del Medicaid
de la Florida**



¿Cuándo NO podrá obtener una vista administrativa?

- Si su receta requiere autorización previa y Usted no ha contactado a su médico, Ó
- Su doctor no ha tratado de obtener autorización previa, Ó
- Usted vino a renovar (refill) su receta antes de tiempo, Ó
- La receta tiene un problema que sólo el médico puede arreglar, y éste se rehusa a arreglarlo.

Si el farmacéutico me dice que Medicaid no cubre mi receta, ¿cuándo podrá obtener un suplido para tres (3) días de mi medicamento?

- Si es una renovación (refill) de exactamente la misma receta que Medicaid pagó el mes anterior, Ó
- Cuando el farmacéutico cree que usted debe recibir el medicamento para prevenir daño serio y permanente a su salud; Ó
- El farmacéutico cree que, si usted no recibe su su medicina, puede ser hospitalizado o necesitar tratamiento de emergencia, o si tiene una enfermedad contagiosa seria.

Nota: El suplido de tres días (3) podrá ser repetido una sola vez.

¿Cuándo NO se proveerá un suplido de tres (3) días?

- Si usted ya tiene el medicamento, o le queda algo de la última vez, Ó
- Su receta puede ser dañina para su salud, Ó
- Usted no es un recipiente de Medicaid.

¿Puedo seguir obteniendo mi receta cubierta por Medicaid después de que se acabe el suplido de tres (3) días si aún el problema no ha sido resuelto?

- Si, si usted ha pedido una vista administrativa Y ha pedido la continuación de la cubierta de su medicamento **dentro de diez (10) días de haber recibido este pamfleto.**
- Esta cubierta de renovación de recetas (refill) continuará hasta que el Oficial de Vistas Administrativas tome una decisión con respecto a su petición de una vista.

Envíe la forma de petición de Vista Administrativa completada por correo o facsimil a:

**Office of Public Assistance Appeal Hearings
1317 Winewood Boulevard, Building 5
Tallahassee, FL 32399-0700**

FAX: 1-850-487-0662

Recuerde, Usted debe contactar a su médico (si requiere autorización o aprobación previa) Y al Defensor del ciudadano (Ombudsman) antes de pedir una vista).

Formas Incompletas Serán Devueltas Y No Se Tomará Acción Alguna Hasta Que Una Forma Completa Sea Recibida.

Fecha: _____
Estimado(a) _____
(Farmacéutico - inserte el nombre del recipiente)

Su farmacéutico ha recibido un mensaje de Medicaid o de un HMO de Medicaid que no cubrirá su receta para:

La razón dada para no cubrir esta receta es:

Este pamfleto tiene información importante a cerca de:

- Qué usted o su doctor pueden hacer para ayudarle a obtener su medicina con su Medicaid.
- Como obtener ayuda si su doctor no puede arreglar el problema.
- Cuando usted puede pedir una vista administrativa.
- Cuando usted puede recibir un suplido de tres (3) días laborables de su medicamento.
- Donde llamar si usted tiene preguntas que no han sido contestadas en este pamfleto.

Respuestas a preguntas frecuentes

¿Que debo hacer si mi receta requiere “autorización previa” o aprobación porque no está incluido en el “formulario de medicamentos preferidos” (PDL por sus siglas en inglés)?

Generalmente, Usted debe tratar primero los medicamentos que están en el formulario PDL (esto es conocido como “terapia en escalones”), a menos que hayan circunstancias especiales que su doctor pueda justificar para el uso de un medicamento fuera del formulario.

Para medicamentos fuera del formulario o que requieren “autorización previa” por otras razones- tales como el uso del medicamento para otra condición distinta al de su indicación terapéutica- usted debe primero contactar a su médico. Sólo su doctor o el personal médico podrán obtener autorización previa.

¿Y si necesito llenar un medicamento que estoy usando pero éste ya no está en el formulario o no está cubierto por alguna otra razón?

Generalmente, usted puede obtener al menos un suplido de tres (3) días de su medicamento actual del farmacéutico, y contactar a su doctor inmediatamente. Si su farmacéutico no puede ayudarle, contacte al Defensor o procurador del Ciudadano (Ombudsman) al número a continuación para ver si cualifica para tres (3) días de suplido de su medicamento actual.

¿Y si no puedo obtener mi medicamento por otras razones? ¿Y si el farmacéutico no puede arreglar el problema?

Usted DEBE contactar a la Oficina del Defensor o procurador del Ciudadano (Ombudsman) al número 1-866-490-1901 (llamada gratis)

¿Que es la Oficina del Defensor o procurador del ciudadano (Ombudsman)?

Medicaid (y cada HMO de Medicaid) tiene una oficina para arreglar ciertos problemas con cubierta de medicinas. El nombre de esta oficina es “Defensor o procurador del ciudadano” (Ombudsman).

¿Y si el Defensor del ciudadano no arregla el problema y Medicaid o el HMO aún no cubre mi medicamento?

Usted puede pedir una vista administrativa si el Defensor del ciudadano (Ombudsman) no arregla su problema.

¿Cuales son algunos ejemplos de cuando puedo pedir una vista administrativa?

- Si usted ha hecho todos los esfuerzos posibles para arreglar el problema, **Y**
- Si usted ha contactado al Defensor o procurador del ciudadano (Ombudsman) y ellos no han arreglado el problema en tres (3) días laborables, **Y**
- Usted piensa que la razón para Medicaid no cubrir la medicina es errónea, **O**
- La razón para no cubrir el medicamento es “falta de autorización previa” y usted puede demostrar que su médico ha tratado de obtenerla. Ésta información estará disponible a través sea de su médico o de la Oficina del Defensor o procurador del ciudadano (Ombudsman).

(continúa)

(Corte En La Línea Entrecortada)

Forma para Petición de Vista Administrativa

No pida una vista administrativa hasta que no haya contactado a su médico y al Defensor del ciudadano (Ombudsman) como se describe en este pamfleto.

- (1) En _____ Medicaid se negó a pagar por mi medicina _____
(fecha) (Nombre de la medicina)
porque _____ y creo que esa razón esta errónea. (Inserte la razón escrita en el
pamfleto o incluya documento de la farmacia, si fue provisto por su farmacéutico.)
- (2) Yo estoy pidiendo que mi cubierta de medicamentos continúe hasta que mi apelación se decida, ya que ésta es una petición de cubierta de un medicamento que estoy tomando actualmente y yo estoy apelando dentro de los 10 días de la entrega de este pamfleto. ____Si ____No

Circule el # del párrafo (s) siguiente que le aplique a usted:

- (3) Si la razón en (1) es “no autorización previa”, Yo pido una vista administrativa (a) porque mi doctor intentó obtener autorización previa y no pudo, o (b) porque la medicina que necesito no requiere autorización previa. Yo he verificado la petición de “autorización previa” de parte de mi médico con (marque uno) _____ mi médico o _____ con la Oficina del Defensor o procurador del Ciudadano (Ombudsman).
- (4) Si la razón en (1) es “renovado antes de tiempo”, yo pido una vista administrativa porque es incorrecto. Yo renové mi receta el día _____.
- (5) Yo pido una vista administrativa, porque he contactado al Defensor del ciudadano (Ombudsman) y le he dado toda la información que ellos han pedido para arreglar mi negación, y no han podido hacerlo, ó no me han podido ayudar, ó no han devuelto mis llamadas.

Yo declaro, bajo pena de perjurio, este día ____ de _____, 200____, que lo aqui declarado es correcto y verdadero.

Recipiente - Firme su nombre

Peticionario - (si no es el recipiente) Firma su nombre

Número de Medicaid del recipiente

Peticionario - (relación con el recipiente)

Entiendo que puedo representarme a mi mismo o usar consejería legal, un familiar, amigo o representante en la audiencia.

¿Cómo podemos contactarlo sobre su pedido de vista administrativa?

Nombre: _____
Nombre en letra de molde

Dirección _____
Postal: _____
Número y nombre de la calle

Ciudad Código Postal

Número de teléfono al que _____
podemos contactarle: _____
Código de Área y Número

Si usted ha seguido los pasos delineados en este pamfleto, y usted cree que usted es elegible a una vista administrativa, usted o su representante debe llenar esta forma y mandarla por correo ó facsimil a la dirección que se encuentra al reverso. Asegúrese que incluye toda la información requerida y circule el párrafo(s) que explican la razón por la cual pide la vista administrativa.

Recuerde incluir su Número de Identificación de Medicaid y escriba su nombre en letra de molde y su firma.

Vea el reverso de esta forma para instrucciones de como enviarla por correo