

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.

¿Cuándo no puedo 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
- 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 puedo obtener un suplido para tres (3) días de mi medicamento?

- Si es una renovación de una medicina (refill) 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 medicina, puede ser hospitalizado o necesitar tratamiento de emergencia, o si tiene una enfermedad contagiosa seria.

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

¿Cuándo no se provee 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 mantener mi cubierta de renovación (refill) si ya el suplido de tres (3) días se terminó y el problema no ha sido resuelto?

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

04/22/04

Información Importante

A cerca
de sus
beneficios
de medicamentos
con receta
del Medicaid
de la Florida

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 pamfletito 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 pamfletito.

Preguntas Frecuentes y Respuestas

¿Que debo hacer si mi receta requiere “autorización previa” o aprobación?

- Usted debe contactar a su médico. Sólo su doctor o el personal médico pueden obtener autorización previa.
- Si su medicina necesita autorización porque usted ya ha recibido cuatro (4) recetas de marca (no genéricas) este mes, o el medicamento no es parte del listado de recetas preferidas del estado, su doctor necesita contactar a Medicaid ó su HMO de Medicaid.

- Si su receta no fue cubierta porque hay un genérico disponible y su doctor cree que usted ha tenido una reacción adversa al genérico O la receta de marca es medicamento necesaria, su doctor necesita llenar y someter la forma de “Petición para uso de medicamento de marca de fuentes variadas”. Esta forma está disponible en la página electrónica de AHCA al: www.fdhc.state.fl.us/Medicaid, escoja “Servicios de Farmacia” y luego “Información al día” Luego escoja “Forma de pedido para medicinas de marca de fuentes variadas e información”

¿Y si no puedo obtener mi medicamento por otra razón? ¿Y si el farmacéutico no puede arreglar el problema?

- Usted debe contactar la Oficina del Defensor del ciudadano (Ombudsman) al 1-866-490-1901 (GRATIS).

¿Que es la Oficina del Defensor 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 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 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 está errónea, Ó
- La razón para no cubrir el medicamento es “falta de autorización previa” y usted puede demostrar que su médico ha tratado de obtenerla.

(continúa)

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 pamfletito.

- (1) Medicaid se niega a pagar por mi medicina porque _____ y creo que esa razón esta errónea. (Inserte la razón escrita en el pamfletito 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 renovación de medicina (refill) y yo estoy apelando dentro de los 10 días de la notificación de negación de pago. ____Si ____No

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

- (3) Si la razón en (1) es “no autorización previa”, Yo pido una vista administrativa porque mi doctor intentó obtener autorización previa y no pudo, o porque la medicina no está sujeta a autorización previa. **Evidencia de que mi doctor intentó obtener autorización previa o de que la medicina no requiere autorización previa ha sido incluida.**
- (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 aquí declarado es correcto y verdadero.

Recipiente - Firma

Peticionario - (Si no es el recipiente) Firma

Número de Medicaid del recipiente

Peticionario - (Relación con el recipiente)

Entiendo que puedo representarme a mi mismo o usar un consejero legal, un familiar, un amigo o portavoz durante la vista administrativa.

¿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

se puede contactar:

Código de Área y Número

Si usted ha seguido los pasos delineados en este pamfletito, 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 para instrucciones de envío por correo

(Corte En La Línea Entrecortada)