



# Información Importante

A cerca  
de sus

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



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

**Agency for Health Care Administration  
Medicaid Hearing Unit  
P.O. Box 60127  
Ft. Myers, FL 33906**

**(877) 254-1055 (toll-free)  
239-338-2642 (fax)**

**MedicaidHearingUnit@ahca.myflorida.com**

**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.

**¿Cuando 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, ¿cuando podré 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.**

**¿Cuando 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 pamfeto.**
- 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.

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.

## 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)*

## 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) 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 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 petición de cubierta de un medicamento que estoy tomando actualmente y yo estoy apelando dentro de los 10 días de la entrega de este pamfletito. \_\_\_\_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

\_\_\_\_\_  
Petionario - (si no es el recipiente) Firma su nombre

\_\_\_\_\_  
Número de Medicaid del recipiente

\_\_\_\_\_  
Petionario - (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*

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

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.**