

Cómo apelar la denegación de una preautorización (PA)

SOLICITUD DE UNA APELACIÓN A UNA PA DENEGADA

Si el plan deniega la PA de un medicamento recetado, el paciente o el proveedor puede apelar la denegación. Repase los procedimientos de apelación del plan para entender los requisitos. Por lo regular, las solicitudes pueden someterse por escrito o teléfono.



Paso 1: Identificar la razón de la denegación

- Repase la carta de denegación de la PA para confirmar la razón de la denegación
 - La carta de denegación debe proveer una explicación de la razón para la denegación e información en cuanto a cómo apelar la decisión.
- Si la carta no especifica la razón para la denegación, comuníquese con el plan para obtener más información y determinar qué formularios o documentación es necesaria para someter una apelación



Use este código QR para descargar una carta de necesidad médica editable.



Paso 2: Prepare y someta la solicitud de apelación

- Puede que el plan le requiera incluir información en la solicitud, como:



Número de referencia de la PA y la carta original de la denegación de la PA



Razón para solicitar la anulación de la denegación de la PA



Documentación de apoyo para la solicitud de la apelación de la PA (p.ej., expedientes médicos, notas clínicas, imágenes y laboratorios)



Terapias previas intentadas y que presentan contraindicación, intolerancia o fallo terapéutico



Paso 3: Dé seguimiento al plan para confirmar el recibo de la solicitud de la apelación

- Verifique si el plan contactará al paciente, proveedor o a ambos al tomar la decisión
 - Si el plan indica que notificará al paciente de la decisión, asegurar que el paciente conoce que el plan se comunicará con este para evitar confusión

Vea al dorso de este documento cómo solicitar una excepción al folmlulario.

AbbVie provee este recurso como parte de su compromiso de ayudar a los pacientes adecuados a obtener acceso a nuestras terapias. Tenga presente que las políticas de cobertura varían entre los pagadores y cambian con el tiempo, por eso debe consultar con el pagador directamente para obtener las políticas de cobertura y procesos de determinación más actualizados.

Este recurso no tiene el propósito de proveer reembolso ni consejo legal. AbbVie no garantiza que el uso de la información brindada aquí traerá como resultado la cobertura o pago de parte de terceros pagadores.

Como solicitar una Excepción

EXCEPCIONES AL FORMULARIO O AL TIER

Puede someterse una excepción al formulario para solicitar la cobertura de un medicamento recetado que no esté en el formulario del plan. Esto puede incluir las siguientes situaciones:



El medicamento no está incluido en el formulario



El pagador ha bloqueado el Código Nacional de Medicamentos (NDC) para dicho medicamento



El paciente sufriría efectos adversos de requerírsele cumplir con los requisitos de la PA



El formulario tiene límites en las cantidades que restringen el acceso a la dosis recetada



El paciente/proveedor solicita que un medicamento de un Tier con un costo compartido más alto a un Tier más bajo debido a que:

- El medicamento en el Tier más bajo no sería tan eficaz como el medicamento solicitado en el Tier con un copago más alto y/o
- El paciente presentaría efectos adversos, contraindicación, intolerancia o fallo terapéutico con el medicamento del Tier inferior

SOLICITUD DE UNA EXCEPCIÓN AL FORMULARIO



Paso 1: Identifique el proceso específico del plan para solicitar una excepción al formulario

- ¿Se requiere un formulario específico? Si no se requiere, use este Código QR para descargar una carta de excepción editable.
- ¿Qué información clínica o documentación es requerida?
- ¿Puede la información requerida someterse vía fax o tiene el proveedor un portal seguro para someter los documentos de forma electrónica?



Haga clic o escanee aquí para descargar una carta de excepción editable



Paso 2: Prepare y someta la solicitud de excepción al formulario

- Complete los formularios necesarios y anexe la documentación requerida por el plan o que entienda sirve de apoyo a la solicitud (p.ej., expedientes médicos, notas clínicas)
- Incluya detalles sobre efectos adversos, contraindicación, intolerancia o fallo terapéutico a terapias que haya utilizado anteriormente.



Paso 3: Dé seguimiento al plan para confirmar el recibo de la solicitud de excepción al formulario

- Verifique si el plan contactará al paciente, proveedor o a ambos al tomar la decisión
 - Si el plan indica que el paciente será notificado de la decisión, asegúrese de que el paciente conoce que será contactado por el plan para evitar confusión

NOTA: El tiempo que tarda en contestar una solicitud de excepción o una apelación a una determinación del plan Parte D es 72 horas. Sin embargo, pudiera expedirse la solicitud (en 24 horas) si la vida, la salud o la capacidad para mantener las funciones máximas pudieran estar en peligro grave al esperar por una decisión regular.¹

El tiempo que tarda en contestar una solicitud de excepción o una apelación a una determinación para planes comerciales pudiera variar. Comuníquese con el plan para confirmar el tiempo que normalmente tarda en contestar una determinación expedita, de estar disponible.

1. CMS. Prescription Drug Benefit Manual Chapter 18. <https://www.cms.gov/Medicare/Appeals-and-Grievances/MedPrescriptDrugApplGriev/downloads/PartDManualChapter18.pdf>. Accessed January 4, 2018.