

# Evidencia de Cobertura y Formulario de Autorización de Divulgación de Healthy Workers HMO

Evidencia de cobertura y Formulario de autorización de divulgación combinados

## ERRATA

1 de febrero de 2026

Healthy Workers HMO ha realizado cambios en el programa. Los cambios se indican a continuación. Lea estos cambios y conserve este documento junto con el Evidencia de Cobertura y Formulario de Autorización de Divulgación 2026 de Healthy Workers HMO.

Si tiene alguna pregunta acerca de los cambios que se realizaron al Evidencia de Cobertura y Formulario de Autorización de Divulgación de Healthy Workers HMO, llame al Departamento de Servicio al Cliente de San Francisco Health Plan al **1(415) 547-7800** (local), o **1(800) 288-5555** (llamada gratuita), de lunes a viernes, de 8:00am–5:00pm. Los usuarios de TTY pueden llamar al **711**. Tenemos personal que puede ayudarle en su idioma.

### Beneficio para medicamentos recetados

***El cambio en los beneficios de Healthy Workers HMO estará disponible el 1 de febrero de 2026. La siguiente información se añadió a las secciones “Medicamentos recetados” y “Proceso de Autorización previa de farmacia” a partir de la página 47:***

## 10. Beneficios cubiertos por SFHP

---

### T. Medicamentos recetados

- ~~Productos de medicamentos compuestos cuando están aprobados por la FDA y productos comercializados disponibles para el diagnóstico. También se debe haber comprobado la seguridad, eficacia y estabilidad de estos productos compuestos para la consideración de una excepción para esta Exclusión.~~
- ~~Las recetas de medicamentos y fármacos que no han recibido la aprobación por parte de la U.S. Food and Drug Administration (FDA) federal para ser comercializados están excluidos.~~

### Proceso de Autorización previa de farmacia

SFHP requiere autorización previa para terapias con medicamentos recetados fuera de los límites del Formulario, medicamentos que tienen requisitos de terapia escalonada y medicamentos que no aparecen en el Formulario (“Medicamentos no incluidos en el Formulario”). Si hay requisitos de terapia escalonada que aparecen en el Formulario para un medicamento en particular, SFHP puede requerir que pruebe uno o más medicamentos para tratar su afección médica antes de que SFHP cubra el medicamento. Si desea cobertura para un medicamento en particular antes de probar otros medicamentos primero, usted o su proveedor pueden presentar una solicitud de excepción de terapia escalonada. SFHP procesa las excepciones de Terapia de pasos y las solicitudes de

medicamentos que no están en el Formulario usando el mismo proceso de Autorizaciones previas.

Se debe completar el Formulario de Autorización previa (PA) de SFHP para iniciar el proceso de Autorización previa. El médico que receta el medicamento, el asistente del médico o el farmacéutico pueden completar el formulario de PA de SFHP. Puede encontrar un formulario de PA de SFHP en el sitio web de SFHP, en **sfhp.org**.

El farmacéutico o la persona que receta el medicamento puede presentar la solicitud a SFHP de tres formas:

1. Envíe las solicitudes por fax a MedImpact al **1(858) 790-7100**
2. Solicitudes por teléfono: **1(877) 633-7943**
3. Solicitudes web: el proveedor puede enviar una solicitud en línea a través de **<https://mp.medimpact.com/emrf>**

Un farmacéutico o director médico revisan las autorizaciones previas y deciden si aprueban, aprueban con cambios, deniegan o solicitan más información al médico.

Si el formulario de solicitud está completo, las solicitudes estándar se revisan en 72 horas. Cuando existan circunstancias apremiantes, la solicitud se procesa como expedita y se revisa en 24 horas.

Si la autorización previa se aprueba, se envía un mensaje por fax a la persona que receta indicada en el formulario de autorización previa y SFHP cubrirá el medicamento. Si se deniega o cambia la autorización previa, SFHP les enviará una carta a usted y al proveedor que receta. Esta carta incluye la razón de la decisión de SFHP. Además, incluimos instrucciones sobre cómo presentar una apelación en caso de que usted no esté de acuerdo con la denegación o con el medicamento o tratamiento alternativo, y cómo puede solicitar una revisión de una organización de revisión independiente.

Si no está de acuerdo con la decisión de SFHP, usted puede presentar una apelación a SFHP o solicitar una revisión por parte de una organización de revisión independiente. Para obtener más información, consulte la sección “Procedimientos de

reclamos y apelaciones” que comienza en la página 62.