

SOLICITUD DE DETERMINACIÓN DE COBERTURA DE MEDICINAS DE MEDICARE

Utilice este formulario para solicitarle a nuestro plan una determinación de cobertura. También puede solicitar una determinación de cobertura por teléfono llamando al 1-800-788-2949 o a través de nuestro sitio web en <https://mp.medimpact.com/partdcoveragedetermination>. Usted, su doctor u otro profesional que le receta la medicina, o su representante autorizado pueden hacer esta solicitud.

Afiliado al plan

Nombre	Fecha de nacimiento
Dirección	Ciudad
Estado	Código postal
Teléfono	Número de identificación del miembro

Si la persona que hace esta solicitud no es el afiliado u otro profesional que le recete la medicina del plan:

Nombre del solicitante
Relación con el afiliado
Dirección (incluya ciudad, estado y código postal)
Teléfono
☐ Envíe documentación junto con este formulario que demuestre su autoridad para representar al afiliado (un Formulario de Autorización de Representación CMS-1696 completo o equivalente). Para obtener más información sobre cómo designar un representante, comuníquese con nuestro plan o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Nombre de la medicina a la que se refiere esta solicitud (incluya información sobre la dosis y la cantidad si la tiene)

Tipo de Solicitud

- ☐ Mi plan de medicinas me cobró un copago más alto por una medicina de lo que debería haberme cobrado.
- ☐ Quiero que me reembolsen una medicina cubierta que ya pagué de mi bolsillo.
- ☐ Estoy pidiendo autorización previa para una medicina recetada (esta solicitud puede requerir información de respaldo).

Para los tipos de solicitudes que se enumeran a continuación, el profesional que le receta la medicina DEBE proporcionar una declaración que respalde la solicitud. El profesional que le receta la medicina puede completar las páginas 3 y 4 de este formulario, "Información de Respaldo para una Solicitud de Excepción o Autorización Previa".

- ☐ Necesito una medicina que no está en la lista de medicinas cubiertas del plan (excepción del formulario).
- ☐ He estado usando una medicina que estaba en la lista de medicinas cubiertas del plan anteriormente, pero ha sido o será eliminada durante el año del plan (excepción del formulario).
- ☐ Solicito una excepción al requisito de probar otra medicina antes de obtener una medicina recetada (excepción del formulario).
- ☐ Solicito una excepción al límite del plan en la cantidad de pastillas (límite de cantidad) que puedo obtener para poder obtener la cantidad de pastillas que me recetaron (excepción del formulario).
- ☐ Estoy solicitando una excepción a las reglas de autorización previa del plan que deben cumplirse antes de obtener una medicina recetada (excepción del formulario).
- ☐ Mi plan de medicinas cobra un copago más alto por una medicina recetada que por otra medicina que trata mi condición, y quiero pagar el copago más bajo (excepción de nivel).
- ☐ He estado usando una medicina que antes tenía un nivel de copago más bajo, pero que ahora se ha movido o se moverá a un nivel de copago más alto (excepción de nivel).

Información adicional que debemos considerar (*envíe cualquier documento de respaldo con este formulario*):

¿Necesita una decisión acelerada?

Si usted o su profesional que receta la medicina creen que esperar 72 horas para una decisión estándar podría perjudicar gravemente su vida, su salud o su capacidad de recuperar la función máxima, puede solicitar una decisión acelerada (rápida). Si su profesional que le receta la medicina le indica que esperar 72 horas podría perjudicar gravemente su salud, le daremos automáticamente una decisión dentro de las 24 horas. Si no obtiene el apoyo del profesional que le receta la medicina para una solicitud acelerada, nosotros decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. (No puede solicitar una decisión acelerada si nos solicita que le reembolsemos el dinero por una medicina que ya recibió).

- ☐ **SÍ, necesito una decisión dentro de 24 horas.** Si tiene una declaración de respaldo de su profesional que le receta la medicina, adjúntela a esta solicitud.

Firma:	Fecha:
---------------	---------------

Cómo enviar este formulario

Envíe este formulario y cualquier información de respaldo por correo o fax:

Dirección: 10181 Scripps Gateway Court
San Diego, CA 92131

Número de fax: 858-790-7100

**Información de Respaldo para una Solicitud de Excepción o Autorización Previa.
Debe ser completada por el profesional que le receta la medicina**

☐ **SOLICITUD DE REVISIÓN ACELERADA:** Al marcar esta casilla y firmar a continuación, certifico que la aplicación del plazo de revisión estándar de 72 horas puede poner en grave peligro la vida o la salud del afiliado o su capacidad de recuperar la función máxima.

Información del profesional que le receta la medicina

Nombre	
Dirección (incluya ciudad, estado y código postal)	
Teléfono de la oficina	
Número	
Firma	Fecha

Diagnóstico e Información Médica

Medicina:	Fuerza y vía de administración:	
Frecuencia:	Fecha de inicio: ☐ NUEVO COMIENZO	
Duración prevista de la terapia:	Cantidad por 30 días:	
Altura/Peso:	Alergias a medicinas:	
DIAGNÓSTICO: Enumere todos los diagnósticos que se tratan con la medicina solicitada y los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10.ª Revisión (International Classification of Diseases, 10th Revision; ICD-10, por sus siglas en inglés) que correspondan. (Si la condición que se está tratando con la medicina solicitada es un síntoma, por ejemplo, anorexia, pérdida de peso, dificultad para respirar, dolor en el pecho, náuseas, etc., proporcione el diagnóstico que causa el/los síntoma(s) si se conoce)		Código(s) ICD-10
Otros DIAGNÓSTICOS RELEVANTES:		Código(s) ICD-10

HISTORIAL DE MEDICINAS: (para el tratamiento de la(s) condición(es) que requieren la medicina solicitada)

MEDICINAS QUE SE HAN PROBADO (si el límite de cantidad es un problema, indique la dosis unitaria/dosis diaria total que ha probado)	FECHAS de las Pruebas de las Medicinas	RESULTADOS de las pruebas de las medicinas previas, FALLO frente a INTOLERANCIA (explique)

¿Cuál es el régimen de medicamentos actual del afiliado para la(s) condición(es) que requieren la medicina solicitada?

SEGURIDAD DE LOS MEDICINAS

¿Existe alguna **CONTRAINDICACIÓN OBSERVADA** por la **Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration; FDA, por sus siglas en inglés)** para la medicina solicitada? ☐ **SÍ** ☐ **NO**

¿Alguna inquietud sobre una **INTERACCIÓN CON MEDICINAS** al agregar la medicina solicitada al régimen de medicinas actual del afiliado? ☐ **SÍ** ☐ **NO**

Si la respuesta a cualquiera de las preguntas anteriores es sí, por favor 1) explique el problema, 2) analice los beneficios frente a los riesgos potenciales a pesar de la inquietud indicada y 3) elabore un plan de monitoreo para garantizar la seguridad.

MANEJO DE MEDICINAS DE ALTO RIESGO EN PERSONAS MAYORES

Si el afiliado tiene más de 65 años, ¿considera que los beneficios del tratamiento con la medicina solicitada superan los riesgos potenciales en este paciente mayor? ☐ **SÍ** ☐ **NO**

OPIOIDES: (responda estas 4 preguntas si la medicina solicitada es un opioide)

¿Cuál es la Dosis Equivalente acumulada diaria de Morfina (**Morphine Equivalent Dose; MED, por sus siglas en inglés**)?

¿Conoce a otros profesionales que le receten opioides a este afiliado? ☐ **SÍ** ☐ **NO**
Si la respuesta es sí, por favor explique.

¿La MED indicada es médicamente necesaria? ☐ **SÍ** ☐ **NO**

¿Sería insuficiente una MED más baja para controlar el dolor del afiliado? ☐ **SÍ** ☐ **NO**

FUNDAMENTO DE LA SOLICITUD

- ☐ **Medicinas alternativas que se han probado previamente, pero con resultados adversos, por ejemplo, toxicidad, alergias o fallo terapéutico.** [Si no se indica en la sección HISTORIAL DE MEDICINAS, especifique a continuación: (1) medicinas probadas y resultados de las pruebas con medicinas (2) si el resultado es adverso, indique las medicinas y los resultados adversos de cada uno, (3) en caso de fallo terapéutico, indique la dosis máxima y la duración de la terapia para las medicinas que se probaron].
- ☐ **Las medicinas alternativas contraindicadas, no serían tan eficaces o podrían causar resultados adversos.** Se requiere una explicación específica de por qué las medicinas alternativas no serían tan efectivas o se anticiparía un resultado clínico adverso significativo y por qué se esperaría este resultado. Si hay contraindicación(es), indique el motivo específico por el cual las medicinas preferidas (u otras medicinas del formulario) están contraindicadas.
- ☐ **El paciente sufriría efectos adversos si se le exigiera cumplir el requisito de autorización previa.** Se requiere una explicación específica de cualquier resultado clínico adverso significativo previsto y por qué se esperaría este resultado.
- ☐ **El paciente está estable con la medicina actual; alto riesgo de un resultado clínico adverso significativo con el cambio de medicina.** Se requiere una explicación específica de cualquier resultado clínico adverso significativo anticipado y por qué se esperaría este resultado, por ejemplo, la condición ha sido difícil de controlar (se probaron muchas medicinas, se requieren múltiples medicinas para controlar la condición), el paciente tuvo un resultado adverso significativo cuando la condición no estaba controlada previamente (por ejemplo, hospitalización o visitas médicas agudas frecuentes, ataque cardíaco, derrame cerebral, caídas, limitación significativa del estado funcional, dolor y sufrimiento indebidos), etc.
- ☐ **Necesidad médica de una forma de dosificación diferente y/o una dosis más alta.** [Especifique a continuación: (1) Forma(s) de dosificación y/o dosis(s) probadas y resultado de las pruebas con la medicina; (2) explique el motivo médico (3) incluya por qué una dosificación menos frecuente con una concentración más alta no es una opción, si existe una concentración más alta].

☐ **Solicitud de excepción de nivel del formulario.** Si no se indica en la sección HISTORIAL DE MEDICINAS, especifique a continuación: (1) formulario o medicina(s) preferida(s) probada(s) y resultados de la(s) prueba(s) de la(s) medicina(s) (2) si hay un resultado adverso, indique la(s) medicina(s) y el resultado adverso para cada una, (3) si hay un fallo terapéutico o no es tan efectiva como la medicina solicitada, indique la dosis máxima y la duración de la terapia para la(s) medicina(s) probada(s), (4) si hay contraindicación(es), indique el motivo específico por el cual la(s) medicina(s) preferida(s) u otra(s) medicina(s) del formulario están contraindicadas].

☐ **Otro** (explique a continuación)
