SOLICITUD DE DETERMINACIÓN DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS DE MEDICARE

Use este formulario para solicitar a nuestro plan una determinación de cobertura. También puede solicitar una determinación de cobertura por teléfono al 1-866-270-3877, opcion 3, (TTY 711) o a través de nuestro sitio web, en AlignSeniorCare.com. Usted, su médico o médico que emite la receta o su representante autorizado pueden presentar esta solicitud.

Afiliado del plan

Nombre	Fecha de nacimiento
Dirección	Ciudad
Estado	Código postal
Teléfono	N.º de identificación de miembro

Si la persona que presenta esta solicitud no es el afiliado del plan ni el médico que emite la receta:

Nombre del solicitante
Relación con el afiliado del plan
Dirección (incluya ciudad, estado y código postal)
Teléfono
☐ Con este formulario, presente documentación que muestre su autoridad para representar al afiliado (un formulario de autorización de representación CMS-1696 completado o equivalente). Para obtener más información sobre cómo designar a 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 del medicamento al que se hace referencia en esta solicitud (incluya información sobre la dosis y la cantidad si está disponible)

Tipo de solicitud

☐ Mi plan de medicamentos me cobró un copago más alto del que debería haberme cobrado por un medicamento

☐Quiero que me reembolsen un medicamento cubierto que ya pagué de mi bolsillo

☐Solicito autorización previa para un medicamento recetado (esta solicitud puede requerir información de respaldo)

Para los tipos de solicitudes indicadas a continuación, su médico que emite la receta DEBE proporcionar una declaración que respalde la solicitud. Su médico que emite la receta puede

completar las páginas 3 y 4 de este formulario, “Información de respaldo para una solicitud de excepción o autorización previa”.

☐Necesito un medicamento que no está incluido en la lista de medicamentos cubiertos del plan (excepción al formulario)

☐ He estado usando un medicamento que estaba incluido en la lista de medicamentos cubiertos del plan antes, pero se eliminó o se eliminará durante el año del plan (excepción al formulario)

☐Solicito una excepción al requisito de probar otro medicamento antes de obtener un medicamento recetado (excepción al formulario)

☐Solicito una excepción al límite del plan en la cantidad de comprimidos que puedo recibir (límite de cantidad) para poder obtener la cantidad que me recetaron (excepción al formulario)

☐ Solicito una excepción a las reglas de autorización previa del plan que deben cumplirse antes de obtener un medicamento recetado (excepción al formulario)

☐ Mi plan de medicamentos cobra un copago más alto por un medicamento recetado que el que cobra por otro medicamento para tratar mi afección y quiero pagar el copago más bajo (excepción de nivel)

☐ He estado usando un medicamento que correspondía a un nivel de copago más bajo antes, pero que pasó o pasará a un nivel de copago más alto (excepción de nivel)

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

_____

_____

_____

¿Necesita una decisión acelerada?

Si usted o su médico que emite la receta cree que esperar 72 horas por una decisión estándar podría dañar gravemente su vida, salud o capacidad para recuperar la función máxima, puede solicitar una decisión acelerada (rápida). Si el médico que emite la receta indica que esperar 72 horas podría dañar gravemente su salud, le daremos una decisión automáticamente en un plazo de 24 horas. Si no obtiene el respaldo de su médico que emite la receta para una solicitud acelerada, decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. (No puede solicitar una decisión acelerada si nos pide que le paguemos por un medicamento que ya recibió).

☐ **SÍ, necesito una decisión en un plazo de 24 horas.** Si tiene una declaración de respaldo del médico que emite la receta, adjúntela a esta solicitud.

Firma:	**Fecha:**

Cómo enviar este formulario

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

Dirección:
PO Box 1039
Appleton, WI 54912-1039

Número de fax:
1-855-668-8552

Información de respaldo para una solicitud de excepción o autorización previa
Para que complete el médico que emite la receta

☐ **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 salud del afiliado o su capacidad para recuperar la función máxima.**

Información del médico que emite la receta

Nombre
Dirección (incluya ciudad, estado y código postal)
Teléfono del consultorio
Fax
Firma Fecha

Diagnóstico e información médica

Medicamento:	Concentración y vía de administración:
Frecuencia:	Fecha de inicio: ☐ **NUEVO INICIO**
Duración prevista de la terapia:	Cantidad por 30 días:
Estatura y peso:	Alergias a medicamentos:

DIAGNÓSTICO: Indique todos los diagnósticos que se están tratando con el medicamento solicitado y los códigos ICD-10 correspondientes (si la afección que se está tratando con el medicamento solicitado es un síntoma, p. ej., anorexia, pérdida de peso, dificultad para respirar, dolor de pecho, náuseas, etc., indique el diagnóstico que causa los síntomas, si se conoce)	**Códigos ICD-10**
Otros DIAGNÓSTICOS RELEVANTES:	**Códigos ICD-10**

ANTECEDENTES DE MEDICAMENTOS (para el tratamiento de las afecciones que requieren el medicamento solicitado)

MEDICAMENTOS PROBADOS (si el límite de cantidad es un problema, indique la dosis unitaria/dosis diaria total probada)	**FECHAS de las pruebas de medicamentos**	**RESULTADOS de pruebas de medicamentos anteriores INEFICACIA frente a INTOLERANCIA (explique)**

¿Cuál es el régimen de medicamentos actual del afiliado para las afecciones que requieren el medicamento solicitado?

SEGURIDAD DEL FÁRMACO

¿Hay alguna **CONTRAINDICACIÓN INDICADA POR LA FDA** al medicamento solicitado? ☐ **SÍ** ☐ **NO**

¿Hay alguna inquietud por una **INTERACCIÓN FARMACOLÓGICA** por agregar el medicamento solicitado al régimen de medicamentos actual del afiliado? ☐ **SÍ** ☐ **NO**

Si la respuesta a cualquiera de las preguntas anteriores es Sí, 1) explique el problema, 2) analice los beneficios frente a los posibles riesgos a pesar de la inquietud indicada y 3) detalle el plan de monitoreo para garantizar la seguridad.

MANEJO DE ALTO RIESGO DE MEDICAMENTOS EN PERSONAS DE EDAD AVANZADA

Si el afiliado es mayor de 65 años, ¿considera que los beneficios del tratamiento con el medicamento solicitado superan los posibles riesgos en este paciente de edad avanzada? ☐ **SÍ** ☐ **NO**

OPIOIDES (responda estas 4 preguntas si el medicamento solicitado es un opioide)

¿Cuál es la dosis diaria acumulativa equivalente de morfina **(MED)?** _____ **mg/día**

¿Conoce otros médicos que emiten recetas de opioides para este afiliado? ☐ **SÍ** ☐ **NO**
Si la respuesta es Sí, explique.

¿La dosis diaria de MED indicada se considera médicamente necesaria? ☐ **SÍ** ☐ **NO**

¿Una dosis diaria total más baja de MED sería insuficiente para controlar el dolor del afiliado? ☐ **SÍ** ☐ **NO**

FUNDAMENTO DE LA SOLICITUD

☐ **Se probaron medicamentos alternativos previamente, pero con resultado adverso, p. ej., toxicidad, alergia o ineficacia terapéutica** [si no se indica en la sección ANTECEDENTES DE MEDICAMENTOS, especifique a continuación: (1) qué medicamentos se probaron y los resultados de las pruebas de medicamentos, (2) si el resultado fue adverso, medicamentos y resultado adverso para cada uno, (3) si hubo ineficacia terapéutica, dosis máxima y duración de la terapia con los medicamentos probados].

☐**Los medicamentos alternativos están contraindicados; no serían tan eficaces o probablemente causarían un resultado adverso.** Se requiere una explicación específica de por qué los medicamentos alternativos no serían tan eficaces o se prevé un resultado clínico adverso significativo y por qué se esperaría este resultado. Si tiene contraindicaciones, indique el motivo específico por el cual los medicamentos preferidos u otros medicamentos del formulario están contraindicados.

☐ **El paciente sufriría efectos adversos si se le exigiera cumplir el requisito de autorización previa.** Se requiere una explicación específica de los resultados clínicos adversos significativos que se prevén y por qué se esperaría este resultado.

☐ **El paciente está estable con los medicamentos actuales; hay un alto riesgo de resultado clínico adverso significativo con un cambio de medicamento**. Se requiere una explicación específica de los resultados clínicos adversos significativos que se prevén y por qué se esperaría este resultado, p. ej., la afección ha sido difícil de controlar (se probaron muchos medicamentos, se requieren varios medicamentos para controlar la afección), el paciente tuvo un resultado adverso significativo cuando la afección no se controló previamente (p. ej., hospitalización o visitas médicas agudas frecuentes, ataque cardíaco, accidente cerebrovascular, caídas, limitación significativa del estado funcional, dolor y sufrimiento indebidos), etc.

☐ **Hay una necesidad médica de diferentes formas farmacéuticas o dosis más altas** [especifique a continuación: (1) formas farmacéuticas o dosis probadas y resultado de pruebas de medicamentos, (2) motivo médico (3) motivo por el cual una administración menos frecuente con una concentración más alta no es una opción, si existe una concentración más alta].

☐ **Se solicita una excepción de nivel del formulario** [si no se indica en la sección ANTECEDENTES DE MEDICAMENTOS, especifique a continuación: (1) qué medicamentos preferidos o del formulario se probaron y los resultados de las pruebas de medicamentos, (2) si el resultado fue adverso, medicamentos y resultado adverso para cada uno, (3) si hubo ineficacia terapéutica o el medicamento no fue tan eficaz como el solicitado, dosis máxima y duración de la terapia con los medicamentos probados, (4) si tiene contraindicaciones, motivo específico por el cual los medicamentos preferidos u otros medicamentos del formulario están contraindicados].

☐ **Otro fundamento** (explique a continuación).

_____

_____

_____