

SOLICITUD DE DETERMINACIÓN DE COBERTURA PARA MEDICAMENTOS CON RECETA DE MEDICARE

Puede enviarnos este formulario por correo postal o por fax:



Dirección:
10181 Scripps Gateway Court
San Diego, CA 92131

Fax: 858-790-7100

Teléfono: 1-844-336-2681

También puede solicitarnos una determinación de cobertura por teléfono llamando al 1-844-336-2681 o a través de nuestro sitio web en <https://mp.medimpact.com/partdcoveragedetermination>.

Quién puede presentar una solicitud: La persona autorizada a dar recetas puede solicitarnos una determinación de cobertura en su nombre. Si quiere que otra persona (como un familiar o un amigo) presente una solicitud por usted, esa persona debe ser su representante. Comuníquese con nosotros para obtener información sobre cómo designar a un representante.

Información del inscrito

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

Complete la siguiente sección SOLO si la persona que presenta esta solicitud no es el inscrito o la persona autorizada a dar recetas:

Nombre del solicitante		
Relación del solicitante con el inscrito		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono		

Documentación de representación para solicitudes presentadas por alguien que no es el inscrito o la persona autorizada a dar recetas del inscrito:

Adjunte documentación que respalde la autoridad para representar al inscrito (Formulario de autorización de representación CMS-1696 completado o documento escrito equivalente). Para obtener más información sobre cómo designar a un representante, comuníquese con nuestro plan o llame al 1-800-Medicare.

Nombre del medicamento con receta que está solicitando (si lo sabe, incluya la concentración y la cantidad que solicita por mes):

Tipo de solicitud de determinación de cobertura

- ☐ Necesito un medicamento que no figura en la lista de medicamentos cubiertos del plan (excepción al formulario).*
- ☐ He estado tomando un medicamento que previamente estaba incluido en la lista de medicamentos cubiertos del plan, pero que se eliminará o ya se eliminó de esta lista durante el año del plan (excepción al formulario).*
- ☐ Solicito una autorización previa para el medicamento que la persona autorizada a dar recetas prescribió.*
- ☐ Solicito una excepción al requisito de que debo probar otro medicamento antes de obtener el medicamento que la persona autorizada a dar recetas prescribió (excepción al formulario).*
- ☐ Solicito una excepción al límite que el plan establece para la cantidad de píldoras (límite de cantidad) que puedo recibir para poder obtener la cantidad de píldoras que la persona autorizada a dar recetas prescribió (excepción al formulario).*
- ☐ Mi plan de medicamentos cobra un copago más alto por el medicamento que la persona autorizada a dar recetas prescribió en comparación de lo que cobra por otro medicamento que trata mi afección y quiero pagar el copago más bajo (excepción al nivel).*
- ☐ He estado tomando un medicamento que previamente estaba incluido en un nivel de copago más bajo, pero que se incluirá o ya se incluyó en un nivel de copago más alto (excepción al nivel).*
- ☐ Mi plan de medicamentos me cobró un copago más alto por un medicamento que lo que tendría que haberme cobrado.
- ☐ Quiero recibir un reembolso por un medicamento con receta cubierto que pagué de mi bolsillo.

***NOTA: Si está solicitando una excepción al formulario o al nivel, la persona autorizada a dar recetas DEBE brindar una declaración que respalde su solicitud. Las solicitudes que están sujetas a una autorización previa (o cualquier otro requisito de administración de utilización) pueden requerir información de respaldo. La persona autorizada a dar recetas puede usar la “Información de respaldo para una solicitud de excepción o una autorización previa” adjunta para respaldar su solicitud.**

Información adicional que debemos considerar (*adjunte los documentos de respaldo*):

Nota importante: Decisiones aceleradas

Si usted o la persona autorizada a dar recetas creen que esperar 72 horas para recibir una decisión estándar podría poner gravemente en peligro su vida, su salud o su capacidad para recuperarse por completo, pueden solicitar una decisión acelerada (rápida). Si la persona autorizada a dar recetas indica que esperar 72 horas podría poner gravemente en peligro su salud, automáticamente le daremos una decisión dentro de las 24 horas. Si no obtiene el apoyo de la persona autorizada a dar recetas para presentar una solicitud acelerada, decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. No puede solicitar una determinación de cobertura acelerada si nos solicita que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya recibió.

☐ **MARQUE ESTA CASILLA SI CREE QUE NECESITA RECIBIR UNA DECISIÓN DENTRO DE LAS 24 HORAS** (si tiene una declaración de respaldo de la persona autorizada a dar recetas, adjúntela a esta solicitud).

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

Información de respaldo para una solicitud de excepción o una autorización previa

Las solicitudes de EXCEPCIÓN AL FORMULARIO y AL NIVEL no se pueden procesar sin una declaración de respaldo de la persona autorizada a dar recetas. Las solicitudes de AUTORIZACIÓN PREVIA pueden requerir información de respaldo.

☐ **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 inscrito o su capacidad para recuperarse por completo.**

Información de la persona autorizada a dar recetas

Nombre		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono del consultorio		Fax
Firma de la persona autorizada a dar recetas		Fecha

Diagnóstico e información médica

Medicamento:	Concentración y vía de administración:	Frecuencia:
Fecha en que comenzó a tomarlo:	Duración prevista del tratamiento:	Cantidad cada 30 días:
☐ PRIMERA VEZ QUE LO TOMA		
Altura/peso:	Alergias a medicamentos:	

DIAGNÓSTICO: enumere 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, por ejemplo, anorexia, pérdida de peso, dificultad para respirar, dolor en el pecho, náuseas, etc., detalle el diagnóstico que causa dicho síntoma, si lo conoce).

Códigos ICD-10

Otros DIAGNÓSTICOS RELEVANTES:

Códigos ICD-10

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

MEDICAMENTOS PROBADOS (Si el límite de cantidad supone un problema, detalle la dosis unitaria/ dosis diaria total probada.)	FECHAS de los ensayos de medicamentos	RESULTADOS de ensayos de medicamentos previos FRACASO vs. INTOLERANCIA (explique)

MEDICAMENTOS PROBADOS (Si el límite de cantidad supone un problema, detalle la dosis unitaria/dosis diaria total probada.)	FECHAS de los ensayos de medicamentos	RESULTADOS de ensayos de medicamentos previos FRACASO vs. INTOLERANCIA (explique)

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

SEGURIDAD DE LOS MEDICAMENTOS
¿Hay alguna CONTRAINDICACIÓN QUE LA ADMINISTRACIÓN DE ALIMENTOS Y MEDICAMENTOS (FDA, por sus siglas en inglés) indicada del medicamento solicitado? ☐ SÍ ☐ NO
¿Hay alguna preocupación por una INTERACCIÓN DE MEDICAMENTOS causada por añadir el medicamento solicitado al régimen de medicamentos actual del inscrito? ☐ SÍ ☐ NO
Si la respuesta a cualquiera de las preguntas mencionadas anteriormente es sí, 1) explique el problema; 2) analice los beneficios frente a los riesgos potenciales a pesar de la preocupación mencionada; y 3) establezca un plan de monitoreo para garantizar la seguridad.
GESTIÓN DE ALTO RIESGO DE MEDICAMENTOS EN PERSONAS DE EDAD AVANZADA
Si el inscrito tiene más de 65 años, ¿considera que los beneficios del tratamiento con el medicamento solicitado superan los riesgos potenciales en este paciente de edad avanzada? ☐ SÍ ☐ NO
OPIOIDES: (complete las siguientes preguntas si el medicamento solicitado es un opioide).
¿Cuál es la dosis equivalente de morfina (MED, por sus siglas en inglés) acumulativa diaria? mg por día
¿Conoce a otras personas autorizadas a dar recetas de opioides para este inscrito? ☐ SÍ ☐ NO Si es así, explique.
¿Es la MED diaria indicada médicamente necesaria? ☐ SÍ ☐ NO
¿Sería insuficiente una MED diaria total más baja para controlar el dolor del inscrito? ☐ SÍ ☐ NO
FUNDAMENTO DE LA SOLICITUD

☐ **Medicamentos alternativos contraindicados o probados previamente, pero con resultado adverso, por ejemplo, toxicidad, alergia o fracaso del tratamiento** [Especifique a continuación si aún no se ha indicado en la sección HISTORIAL DE MEDICAMENTOS que figura anteriormente en el formulario: (1) medicamentos probados y resultados de los ensayos de medicamentos; (2) si el resultado fue adverso, enumere los medicamentos y el resultado adverso de cada uno; (3) si se trata de fracaso del tratamiento, enumere la dosis máxima y la duración del tratamiento de los medicamentos probados; (4) si hubo contraindicaciones, indique la razón específica por la cual los medicamentos preferidos/otros medicamentos del formulario están contraindicados].

☐ **El paciente está estable con los medicamentos actuales; alto riesgo de sufrir resultados clínicos adversos significativos con el cambio de medicamentos** Se requiere una explicación específica de cualquier resultado clínico adverso significativo anticipado y de por qué se esperaría un resultado adverso significativo; por ejemplo, la afección ha sido difícil de controlar (se probaron muchos medicamentos, se necesitaron múltiples 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 de atención aguda frecuentes, ataque cardíaco, accidente cerebrovascular, caídas, limitación significativa del estado funcional, dolor y sufrimiento excesivos), etc.

☐ **Necesidad médica de una forma de dosificación diferente o una dosis más alta** [Especifique a continuación: (1) formas de dosificación o dosis probada(s) y resultado de los ensayos del medicamento; (2) explique la razón médica; (3) incluya la razón por la cual una dosificación menos frecuente con una concentración más alta no es una opción viable, si existe una concentración más alta].

☐ **Solicitud de excepción al nivel del formulario** Especifique a continuación si no se indicó en la sección HISTORIAL DE MEDICAMENTOS que figura anteriormente en el formulario: (1) medicamentos del formulario o preferidos probados y resultados de los ensayos de medicamentos; (2) si el resultado fue adverso, enumere los medicamentos y el resultado adverso de cada uno; (3) si se trata de fracaso del tratamiento o si el medicamento no es tan eficaz como el medicamento solicitado, enumere la dosis máxima y la duración del tratamiento de los medicamentos probados; (4) si hubo contraindicaciones, indique la razón específica por la cual los medicamentos preferidos/otros medicamentos del formulario están contraindicados].

☐ **Otros** (explique abajo)

Explicación requerida _____

