

Solicitud de determinación de cobertura para medicamentos con receta de Medicare



Este formulario puede enviarse por correo postal o fax:

Dirección: CVS Caremark Part D Appeals and Exceptions
P.O. Box 52000, MC109
Phoenix, AZ 85072-2000

Número de fax: **1-855-633-7673**

También puede solicitarnos una determinación de cobertura por teléfono al **1-866-490-2102**, TTY: 711, las 24 horas, los 7 días de la semana o a través de nuestro sitio web en **www.elderplan.org**.

Quién puede realizar una solicitud: su prescriptor puede pedirnos una determinación de cobertura en su nombre. Si desea que otra persona (como un miembro de la familia o un amigo) realice la solicitud por usted, esa persona debe ser su representante. Contáctenos para saber cómo contratarme como un representante.

Información del inscrito

Nombre del inscrito _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección del inscrito _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de teléfono _____ N.º de identificación del inscrito _____

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

Nombre del solicitante _____

Relación del solicitante con el inscrito _____

Dirección del solicitante _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de teléfono _____

Documentación de representación para solicitudes realizadas por otra persona que no sea el inscrito o la persona autorizada a dar recetas del inscrito:

Adjunte la documentación que demuestre la autoridad para representar al inscrito (un formulario de autorización de representación CMS-1696 completo o un equivalente por escrito). Para obtener más información sobre cómo designar a un representante, comuníquese con su plan o llame al 1-800-MEDICARE, TTY: 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Nombre del medicamento con receta que está solicitando (si la conoce, incluya la concentración y la cantidad solicitada 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 usando un medicamento que antes estaba incluido en la lista de medicamentos cubiertos del plan, pero que se está retirando o se eliminó de esta lista durante el año del plan (excepción al formulario)*.
- ☐ Solicito autorización previa para el medicamento que me recetó la persona autorizada a dar recetas*.
- ☐ Solicito una excepción al requisito de que pruebe otro medicamento antes de obtener el medicamento que me recetó la persona autorizada a dar recetas (excepción al formulario)*.
- ☐ Solicito una excepción al límite del plan en la cantidad de píldoras (límite de cantidad) que puedo recibir para poder obtener la cantidad de píldoras que me recetó la persona autorizada a dar recetas (excepción al formulario)*.
- ☐ Mi plan de medicamentos cobra un copago más alto por el medicamento que me recetó la persona autorizada a dar recetas que por otro medicamento que trata mi afección, y yo quiero pagar el copago más bajo (excepción de nivel)*.
- ☐ He estado usando un medicamento que antes estaba incluido en un nivel de copago inferior, pero que se está pasando, o se pasó, a un nivel de copago superior (excepción de nivel)*.
- ☐ Mi plan de medicamentos me cobró un copago más alto por un medicamento de lo que debería.

***NOTA:** Si solicita una excepción al formulario o al nivel, la persona autorizada a dar recetas **DEBE** proporcionar una declaración que respalde su solicitud. Es posible que las solicitudes sujetas a autorización previa (o cualquier otro requisito de gestión de utilización) requieran información de respaldo. La persona autorizada a dar recetas puede usar la “Información de respaldo para una solicitud de excepción o autorización previa” adjunta para respaldar su solicitud.

Información adicional que debemos considerar (*adjunte cualquier documento de respaldo*):

Nota importante: Decisiones aceleradas

Si usted o su prescriptor consideran que esperar 72 horas para una decisión estándar podría perjudicar gravemente su vida, salud o capacidad para recuperar la función máxima, pueden solicitar una decisión acelerada (rápida). Si su prescriptor indica que esperar 72 horas podría perjudicar gravemente su salud, automáticamente le comunicaremos una decisión en un plazo de 24 horas. Si no obtiene el apoyo de su prescriptor para una solicitud acelerada, decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. No puede solicitar una determinación acelerada de cobertura si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya recibió.

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

Firma de la persona que solicita la apelación (el inscrito o el representante):

_____ Fecha _____

Información de respaldo para una solicitud de excepción o autorización previa

Las solicitudes de EXCEPCIÓN DE FORMULARIO y DE NIVEL no se pueden procesar sin una declaración que respalde la solicitud por parte de su prescriptor. 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 perjudicar gravemente la vida o la salud del inscrito, o la capacidad del inscrito para recuperar la función máxima.

Información del prescriptor

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono del consultorio _____ Fax _____

Firma del prescriptor en el consultorio _____ Fecha _____

Diagnóstico e información médica

Medicamento:	Concentración y vía de administración:	Frecuencia:
Fecha de inicio: ☐ NUEVO COMIENZO	Duración esperada de la terapia:	Cantidad por 30 días:
Altura/peso:	Alergias a medicamentos:	
DIAGNÓSTICO: indique todos los diagnósticos que se están tratando con el medicamento solicitado y los códigos CIE-10 correspondientes. (Si la afección que se está tratando con el medicamento solicitado es un síntoma, por ejemplo, anorexia, descenso de peso, dificultad para respirar, dolor en el pecho, náuseas, etc., proporcione el diagnóstico que causa los síntomas si se conoce)		Código(s) CIE-10
Otros DIAGNÓSTICOS RELEVANTES:		Código(s) CIE-10

Historial 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 la prueba de medicamentos	RESULTADOS de las pruebas de medicamentos anteriores FRACASO vs. INTOLERANCIA (explicar)

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

Seguridad de los medicamentos

¿Alguna **CONTRAINDICACIÓN SEÑALADA POR LA ADMINISTRACIÓN DE ALIMENTOS Y MEDICAMENTOS (FOOD AND DRUGS ADMINISTRATION, FDA)** para el medicamento solicitado? ☐ SÍ ☐ NO

Cualquier inquietud por una **INTERACCIÓN CON OTRO MEDICAMENTO** con la adición del 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) discuta los beneficios frente a los riesgos potenciales a pesar de la preocupación señalada; y 3) indique el plan de monitoreo para garantizar la seguridad:

Manejo de alto riesgo de medicamentos en las personas de edad avanzada

Si el inscrito es mayor de 65 años, ¿cree que los beneficios del tratamiento 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 acumulada diaria equivalente de morfina (**MED**)? mg/día

¿Conoce a otras personas autorizadas a recetar opioides para este inscrito? ☐ SÍ ☐ NO

En caso afirmativo, explique:

¿Se considera médicamente necesaria la dosis diaria indicada de MED? ☐ SÍ ☐ NO

¿Sería insuficiente una dosis diaria total de MED más baja para controlar el dolor del inscrito? ☐ SÍ ☐ NO

Justificación de la solicitud

- ☐ **Medicamentos alternativos contraindicados o probados anteriormente, pero con resultados adversos, por ejemplo, toxicidad, alergia o fracaso terapéutico** [Especifique a continuación si aún no lo indicó en la sección HISTORIAL DE MEDICAMENTOS anterior en el formulario: (1) medicamentos probados y resultados de las pruebas de medicamentos; (2) si tiene un resultado adverso, indique los medicamentos y los resultados adversos de cada uno; (3) si el tratamiento falla, indique la dosis máxima y la duración del tratamiento para los medicamentos probados; (4) si hay contraindicaciones, indique la razón específica por la que los medicamentos preferidos u otros medicamentos del formulario están contraindicados].
- ☐ **El paciente está estable con los medicamentos actuales; alto riesgo de resultado clínico adverso significativo con el cambio de medicación.** Se requiere una explicación específica de cualquier resultado clínico adverso significativo anticipado y por qué se esperaría un resultado clínico adverso significativo, por ejemplo, la afección ha sido difícil de controlar (se probaron muchos medicamentos, se requieren muchos medicamentos para controlar la afección), el paciente tuvo un resultado adverso significativo cuando la afección no se controló anteriormente (p. ej., hospitalización por visitas médicas agudas frecuentes, ataque cardíaco, accidente cerebrovascular, caídas, limitación significativa del estado funcional, dolor y sufrimiento excesivos), etc.
- ☐ **Necesidad médica de un formato de dosificación diferente o una dosis más alta** [Especifique a continuación: (1) formato de dosificación o dosis probada y resultado de las pruebas de medicamentos; (2) explique la razón médica; (3) incluya por qué una dosis menos frecuente con una concentración más alta no es una opción, si existe una concentración más alta].
- ☐ **Solicitud de excepción de nivel en el formulario** [Especifique a continuación si no se indica en la sección HISTORIAL DE MEDICAMENTOS anterior en el formulario: (1) formulario o medicamentos preferidos probados y resultados de las pruebas de medicamentos; (2) si tiene un resultado adverso, indique los medicamentos y los resultados adversos de cada uno; (3) si el tratamiento falla o no es tan efectivo como el medicamento solicitado, indique la dosis máxima y la duración del tratamiento para los medicamentos probados; (4) si presenta contraindicaciones, indique la razón específica por la cual los medicamentos preferidos / otros medicamentos del formulario están contraindicados].
- ☐ **Otro** (explique a continuación)

Explicación requerida: _____

Elderplan es un plan HMO que tiene contratos con Medicare y Medicaid. La inscripción en Elderplan depende de la renovación del contrato. El formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario. Esta no es una lista completa de los medicamentos cubiertos por nuestro plan. Para obtener una lista completa o si tiene otras preguntas, comuníquese con nosotros, Servicios para los Miembros de Elderplan, al 1-800-353-3765 o, para usuarios de TTY/TDD, al 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., o visite www.elderplan.org