



## SOLICITUD DE DETERMINACIÓN DE COBERTURA PARA MEDICAMENTOS CON RECETA DE MEDICARE

Debe enviarnos este formulario por correo o fax.

Dirección:  
Optum Rx  
Prior Authorization Department  
P.O. Box 2975  
Mission, KS 66201

Número de fax:  
1-844-403-1028

También puede pedirnos una determinación de cobertura en cualquier momento por teléfono al 1-844-657-0494 o a través de nuestro sitio web en [fallonhealth.org/navicare](http://fallonhealth.org/navicare).

**¿Quién puede hacer una solicitud?** la persona autorizada a darle recetas puede pedirnos una determinación de cobertura en nombre de usted. Si desea que otra persona (como un miembro de la familia o un amigo) haga una solicitud por usted, esa persona debe ser su representante. Comuníquese con nosotros para averiguar cómo nombrar a un representante.

### Información de la persona inscrita

Nombre de la persona inscrita \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección de la persona inscrita \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Nro. de identificación de miembro de la persona inscrita \_\_\_\_\_

**Complete la siguiente sección SOLO si la persona que hace la solicitud no es la persona inscrita ni la persona autorizada a dar recetas:**

Nombre de la persona solicitante \_\_\_\_\_

Relación de la persona solicitante con la persona inscrita \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

**Documentación de representación para las solicitudes realizadas por otra persona que no sea la persona inscrita ni la persona autorizada a dar recetas:**

Adjunte la documentación donde se demuestre la autoridad para representar a la persona inscrita (un Formulario de autorización de representación CMS-1696 completo o un equivalente escrito). Para obtener más información sobre la designación de 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 solicita** (si lo sabe, 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 se incluía en la lista de medicamentos cubiertos del plan, pero lo retirarán o lo han retirado de la lista durante el año del plan (excepción al formulario).\*
- ☐ Solicito autorización previa para el medicamento que la persona autorizada a darme recetas me ha recetado.\*
- ☐ Solicito una excepción al requisito de probar con otro medicamento antes de obtener el medicamento que la persona autorizada a darme recetas me recetó (excepción al formulario).\*
- ☐ Solicito una excepción al límite del plan en la cantidad de píldoras (límite de cantidad) que puedo recibir para que pueda obtener la cantidad de píldoras que la persona autorizada a darme recetas me recetó (excepción al formulario).\*
- ☐ El plan de mi medicamento cobra un copago más alto por el medicamento que la persona autorizada a darme recetas me recetó en comparación con lo que cobra por otro medicamento que trata mi afección, por lo que quiero pagar el copago más bajo (excepción de nivel).\*
- ☐ He estado usando un medicamento que antes se incluía en un nivel de copago más bajo, pero lo pasarán o lo han pasado a un nivel de copago más alto (excepción de nivel).\*
- ☐ El plan de mi medicamento me cobró un copago más alto de lo que debería por un medicamento.
- ☐ Quiero recibir un reembolso por un medicamento con receta cubierto que pagué de mi bolsillo.

**\*NOTA: Si está solicitando una excepción de nivel o una excepción al formulario, la persona autorizada a darle recetas DEBE presentar una declaración en la que se justifique su solicitud. Las solicitudes sujetas a autorización previa (o cualquier otro requisito de administración de la utilización) puede requerir información de justificación. La persona autorizada a darle recetas puede usar el documento adjunto “Información de justificación para una solicitud de excepción o autorización previa” para justificar su solicitud.**

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

**Nota importante: Decisiones aceleradas**

Si usted o la persona autorizada a darle recetas creen que esperar 72 horas por una decisión estándar podría afectar gravemente su vida, salud o capacidad para recuperar su máxima función, puede pedir una decisión acelerada (rápida). Si la persona autorizada a darle recetas indica que esperar 72 horas podría afectar gravemente su salud, automáticamente le daremos una decisión en un plazo de 24 horas. Si no obtiene la justificación de la persona autorizada a darle recetas para una solicitud acelerada, definiremos 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 UNA DECISIÓN EN UN PLAZO DE 24 HORAS (si tiene una declaración de justificación de la persona autorizada a darle recetas, adjúntela a esta solicitud).**

Firma:

Fecha:

### Información de justificación para una solicitud acelerada o autorización previa

Las solicitudes de EXCEPCIÓN AL FORMULARIO y EXCEPCIÓN DE NIVEL no pueden procesarse sin la declaración de justificación de la persona autorizada a dar recetas. Las solicitudes de AUTORIZACIÓN PREVIA pueden requerir información de justificación.

- ☐ **SOLICITUD DE REVISIÓN ACELERADA:** al marcar esta casilla y firmar abajo, certifico que aplicar el plazo de revisión estándar de 72 horas puede poner en grave riesgo la vida o salud de la persona inscrita o la capacidad de la persona inscrita de recuperar la máxima función.

#### 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 \_\_\_\_\_

#### Información médica y de diagnóstico

Medicamento:	Concentración y vía de administración:	Frecuencia:
--------------	--	-------------

Fecha en que se comenzó a tomar: <input type="checkbox"/> <b>NUEVO COMIENZO</b>	Duración estimada del tratamiento:	Cantidad por 30 días:
--	------------------------------------	-----------------------

Altura/peso:	Alergias a medicamentos:
--------------	--------------------------

<b>DIAGNÓSTICO:</b> enumere todas las afecciones 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 en el pecho, náuseas, etc., proporcione el diagnóstico que causa los síntomas, si lo sabe).	<b>Códigos ICD-10</b>
---	-----------------------

<b>Otros DIAGNÓSTICOS RELEVANTES:</b>	<b>Códigos ICD-10</b>
---------------------------------------	-----------------------

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

<b>MEDICAMENTOS PROBADOS</b> (si el límite de cantidad es un problema, enumere la dosis unitaria/la dosis diaria total probada)	<b>FECHAS de ensayos de medicamentos</b>	<b>RESULTADOS de ensayos previos de medicamentos: FRACASO frente a INTOLERANCIA (explique)</b>

¿Cuál es el régimen farmacológico actual de la persona inscrita para las afecciones que requieren el medicamento solicitado?		
<b>SEGURIDAD DEL MEDICAMENTO</b>		
¿Hay alguna <b>CONTRAINDICACIÓN ADVERTIDA POR LA FDA</b> al medicamento solicitado?		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Preocupa la <b>INTERACCIÓN MEDICAMENTOSA</b> considerando la inclusión del medicamento solicitado al régimen farmacológico actual de la persona inscrita?		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Si la respuesta a alguna de las preguntas de arriba fue "sí", 1) explique el problema; 2) escriba sobre los beneficios frente a los posibles riesgos a pesar de la inquietud mencionada, y 3) proporcione un plan de monitoreo para garantizar la seguridad.		
<b>GESTIÓN DE ALTO RIESGO DE MEDICAMENTOS EN PERSONAS DE EDAD AVANZADA</b>		
¿Cree que los beneficios del tratamiento con el medicamento solicitado son mayores que los posibles riesgos en este paciente de edad avanzada?		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
<b>OPIOIDES (responda las siguientes preguntas si el medicamento solicitado es un opiáceo)</b>		
¿Cuál es la dosis equivalente de morfina ( <b>MED</b> ) diaria acumulada?		<input type="text"/> mg/día
¿Está al tanto de otras personas autorizadas a darle recetas de opiáceos a esta persona inscrita? En caso afirmativo, explique.		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿La dosis MED diaria indicada es médicamente necesaria?		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Una dosis diaria total más baja de MED sería insuficiente para controlar el dolor de la persona inscrita?		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
<b>FUNDAMENTO DE LA SOLICITUD</b>		
<input type="checkbox"/> <b>Medicamentos alternativos contraindicados o probados con anterioridad, pero con resultados adversos, p. ej., toxicidad, alergia o fracaso terapéutico</b> [especificar abajo si aún no se ha mencionado en la sección HISTORIAL DE MEDICAMENTOS del formulario que figura más arriba: (1) medicamentos probados y resultados de los ensayos del medicamento; (2) si hubo un resultado adverso, enumere los medicamentos y el resultado adverso de cada uno; (3) si hubo fracaso terapéutico, enumere la dosis máxima y la duración del tratamiento con los medicamentos estudiados; (4) si hay contraindicaciones, enumere la razón específica por la cual los medicamentos preferidos/otros medicamentos del formulario están contraindicados].		
<input type="checkbox"/> <b>El paciente está estable con los medicamentos que toma actualmente; hay riesgo alto de un resultado clínico adverso significativo si se cambia el medicamento:</b> se requiere una explicación específica de cualquier resultado clínico adverso significativo esperado y la razón por la cual se esperaría un resultado adverso significativo; p. ej., la afección ha sido difícil de controlar (se probaron demasiados medicamentos o se requieren demasiados medicamentos para controlar la afección), el paciente obtuvo un resultado adverso significativo cuando no se controló la afección previamente (p. ej., hospitalización o visitas médicas de urgencia frecuentes, ataque al corazón, accidente cerebrovascular, caídas, limitación significativa del estado funcional, dolor excesivo y sufrimiento), etc.		
<input type="checkbox"/> <b>Necesidad médica de una dosificación diferente o una dosis más alta</b> [especificar abajo: (1) formas de dosificación o dosificaciones probadas y el resultado de los ensayos del medicamento; (2) explique la razón médica; (3) incluya por qué no es posible una dosificación menos frecuente con una concentración más alta, si existe una concentración más alta].		
<input type="checkbox"/> <b>Solicitud de excepción de nivel/excepción al formulario</b> [especificar abajo si no se ha mencionado en la sección HISTORIAL DE MEDICAMENTOS del formulario que figura más arriba: (1) medicamentos preferidos o del formulario que se probaron y resultados de los		

ensayos del medicamento; (2) si hubo un resultado adverso, enumere los medicamentos y el resultado adverso de cada uno; (3) si hubo fracaso terapéutico/no fue tan eficaz como el medicamento solicitado, enumere la dosis máxima y la duración del tratamiento de los medicamentos probados; (4) si hay contraindicaciones, enumere la razón específica por la cual los medicamentos preferidos/otros medicamentos del formulario están contraindicados].

☐ **Otro fundamento** (explique abajo)

**Explicación requerida:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_