



SOLICITUD DE DETERMINACIÓN DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS DE MEDICARE

Use este formulario para solicitarle una determinación de cobertura a nuestro plan. Además, puede solicitar una determinación de cobertura por teléfono al 1-833-546-0796, TTY 711, o a través de nuestro sitio web en <https://mp.medimpact.com/partdcoveragedetermination>. Usted, su prescriptor o médico que emite la receta, o su representante autorizado puede hacer esta solicitud.

Persona inscrita al plan

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

Si la persona que realiza esta solicitud no es la persona inscrita al plan ni el médico que emite la receta:

Nombre del solicitante
Relación con la persona inscrita al plan
Dirección (incluidos ciudad, estado y código postal)
Teléfono
☐ Presente la documentación con este formulario que demuestre la autorización para representar a la persona inscrita (un formulario CMS-1696 completo o un 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 por el que se realiza la solicitud (incluya información sobre la dosificación y la cantidad, si está disponible).

Tipo de solicitud

- ☐ Mi plan de medicamentos me cobró un copago más alto que el correspondiente por un medicamento.
- ☐ Deseo que me otorguen un reembolso por un medicamento cubierto que ya pagué de mi bolsillo.
- ☐ Solicito una autorización previa para un medicamento recetado (es posible que esta solicitud requiera información de respaldo).

Para los tipos de solicitud que se listan a continuación, el médico que emite la receta DEBE proporcionar una declaración que respalde la solicitud. El 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 en la lista de medicamentos cubiertos del plan (excepción al formulario).
- ☐ He usado un medicamento que anteriormente se encontraba en la lista de medicamentos cubiertos del plan, pero que ha sido o será retirado durante el año del plan (excepción al formulario).
- ☐ Solicito una excepción al requisito de que pruebe otro medicamento antes de recibir un medicamento recetado (excepción al formulario).
- ☐ Solicito una excepción al límite del plan en cuanto a la cantidad de comprimidos (límite de cantidad) que puedo recibir, con el fin de poder obtener la cantidad de comprimidos que me recetaron (excepción al formulario).
- ☐ Solicito una excepción a las reglas de autorización previa del plan que se deben cumplir antes de recibir 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 que trata mi afección, y quiero pagar el copago más bajo (excepción al nivel).
- ☐ He usado un medicamento que, anteriormente, estaba en un nivel de copago más bajo, pero que ha sido o será trasladado a un nivel de copago más alto (excepción al nivel).

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

¿Necesita una decisión acelerada?

Si usted o el médico que emite la receta cree que esperar 72 horas para una decisión estándar podría causar un daño grave para su vida, su salud o su capacidad de recuperar el máximo desempeño, puede solicitar una decisión acelerada (rápida). Si su médico que emite la receta indica que esperar 72 horas podría causar un daño grave en su salud, le informaremos la decisión 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. (Usted no puede solicitar una decisión acelerada si nos está pidiendo que le devolvamos el monto que pagó por medicamentos recetados que ya recibió).

- ☐ **SÍ, necesito una decisión dentro de las 24 horas.** Si tiene una declaración de respaldo del médico, adjúntela a esta solicitud.

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

Cómo enviar este formulario

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

Dirección: MedImpact
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
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 pondría en grave riesgo la vida o la salud de la persona inscrita o su capacidad para recuperar el máximo desempeño.

Información del médico que emite la receta

Nombre	
Dirección (incluidos 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: ☐ COMIENZO NUEVO	
Duración prevista del tratamiento:	Cantidad por 30 días:	
Altura/Peso:	Alergias a medicamentos:	
DIAGNÓSTICO: liste todos los diagnósticos que se tratan con el medicamento solicitado y los códigos de clasificación internacional de enfermedades ICD-10 correspondientes. (Si la afección que se trata con el medicamento solicitado es un síntoma, por ejemplo, anorexia, pérdida de peso, falta de aire, dolor en el pecho, náuseas, etc., proporcione el diagnóstico que causa el (los) síntoma(s) si se conocen).		Código(s) ICD-10
Otros DIAGNÓSTICOS PERTINENTES:		Código(s) ICD-10

ANTECEDENTES DE MEDICAMENTOS: (para el tratamiento de la(s) afección(es) que requiere(n) el medicamento solicitado)

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

¿Cuál es el régimen de medicamentos actual de la persona inscrita para la(s) afección(es) que requiere(n) el medicamento solicitado?

SEGURIDAD DE LOS MEDICAMENTOS

¿Hay alguna **CONTRAINDICACIÓN OBSERVADA POR LA ADMINISTRACIÓN DE ALIMENTOS Y MEDICAMENTOS (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION, FDA)** para el medicamento solicitado?

☐ SÍ ☐ NO

¿Existe alguna inquietud sobre una **INTERACCIÓN FARMACOLÓGICA** al agregar el medicamento solicitado al régimen de medicamentos actual de la persona inscrita? ☐ SÍ ☐ NO

Si la respuesta a cualquiera de las preguntas anteriores es afirmativa, le recomendamos que haga lo siguiente: 1) explique el problema, 2) analice los beneficios frente a los riesgos potenciales a pesar de la preocupación señalada, y 3) planifique el monitoreo para garantizar la seguridad

MANEJO DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO EN ADULTOS MAYORES

Si la persona inscrita es mayor de 65 años, ¿cree que los beneficios del tratamiento con el medicamento solicitado superan los riesgos potenciales en este paciente que es adulto mayor? ☐ SÍ ☐ NO

OPIOIDEOS – (responda estas 4 preguntas si el medicamento solicitado es un opioideo)

¿Cuál es la dosis diaria acumulada de equivalente de morfina (Morphine Equivalent Dose, MED)? mg por día

¿Conoce a otros médicos que prescriban opioideos para esta persona inscrita? ☐ SÍ ☐ NO
En caso afirmativo, explique.

¿La dosis diaria de MED indicada es médicamente necesaria? ☐ SÍ ☐ NO

¿Una dosis diaria total de MED más baja sería insuficiente para controlar el dolor de la persona inscrita? ☐ SÍ ☐ NO

JUSTIFICACIÓN PARA LA SOLICITUD

☐ **Medicamento alternativo probado anteriormente, pero con resultados adversos, por ejemplo, toxicidad, alergia o ineficacia terapéutica** [Si no se indica en la sección ANTECEDENTES DE MEDICAMENTOS, especifique a continuación: (1) Medicamento(s) probado(s) y resultados(s) de la(s) prueba(s) de medicamentos; (2) si el resultado es adverso, liste los medicamentos y el resultado adverso de cada uno; (3) si se trata de ineficacia terapéutica, liste la dosis máxima y la duración del tratamiento para el (los) medicamento(s) probado(s)]

☐ **Los medicamentos alternativos contraindicados no serían tan eficaces ni tendrían la probabilidad de provocar resultados adversos.** Se requiere una explicación específica de por qué los medicamentos alternativos no serían tan eficaces o no se anticiparían resultados clínicos adversos significativos y por qué se esperaría este resultado. Si hay contraindicaciones, mencione la razón específica por la que los medicamentos preferidos u otros medicamentos del formulario están contraindicados.

☐ **El paciente padecería efectos secundarios si se le exigiera cumplir con el requisito de autorización previa.** Se requiere una explicación específica de cualquier resultado clínico adverso significativo previsto y el motivo por el cual se esperaría dicho resultado.

☐ **El paciente se encuentra estable con los medicamentos actuales; alto riesgo de resultados clínicos adversos significativos con el cambio de medicamento.** Se requiere una explicación específica de cualquier resultado clínico adverso significativo anticipado y el motivo por el cual se esperaría este resultado: por ejemplo, la afección ha sido difícil de controlar (muchos medicamentos probados, se requieren varios medicamentos para controlar la afección), el paciente ha tenido un resultado adverso significativo cuando la afección no se ha controlado previamente (por ejemplo, hospitalización o consultas médicas agudas frecuentes, ataque cardíaco, accidente cerebrovascular, caídas, limitación importante del desempeño funcional, dolor y sufrimiento indebidos), etc.

☐ **Necesidad médica de una forma de dosificación diferente o una dosis superior** [Especifique a continuación: (1) Forma(s) de dosificación o dosis(s) probada(s) y resultado de la(s) prueba(s) de medicamentos; (2) explique la razón médica; (3) incluya por qué la dosificación menos frecuente con una concentración superior no es una opción, si existe una concentración superior].

☐ **Solicitud de excepción al nivel del formulario** Si no se indica en la sección ANTECEDENTES DE MEDICAMENTOS, especifique a continuación: (1) Medicamento(s) del formulario o preferido(s) probado(s) y resultados del(los) ensayo(s) de medicamentos; (2) si el resultado es adverso, liste los medicamentos y el resultado adverso de cada uno; (3) si se trata de ineficacia terapéutica o no es tan eficaz como el medicamento solicitado, liste la dosis máxima y la duración del tratamiento para el (los) medicamento(s) probados; (4) si hay contraindicaciones, indique la razón específica por la cual los medicamentos preferidos u otros medicamentos del formulario están contraindicados].

☐ **Otro** (explique a continuación)
