



<

>

SOLICITUD DE DETERMINACIÓN DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE

Utilice este formulario para solicitar a nuestro plan una determinación de cobertura.

También puede solicitar una determinación de cobertura por teléfono al <1-800-935-6103> o a través de nuestro sitio web en <express-scripts.com>. Usted, su médico u otro médico tratante, o su representante autorizado pueden llevar a cabo esta solicitud.

Afiliado del plan

Nombre	Fecha de nacimiento
Dirección	Ciudad
Estado	Código postal
Teléfono	N.º de Id. del afiliado

Si la persona que hace esta solicitud no es afiliado del plan o médico tratante:

Nombre del solicitante
Relación con el afiliado del plan
Dirección postal (lo que incluye ciudad, estado y código postal)
Teléfono
<input type="checkbox"/> Envíe documentación con este formulario que muestre su autoridad para representar al afiliado (un Formulario de autorización de representación CMS-1696 completo o equivalente). Para recibir más información o nombrar un representante, comuníquese con su 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 refiere esta solicitud (incluye información sobre la dosificación y la cantidad si está disponible)

Tipo de solicitud

- ☐ Mi plan de medicamentos me cobró un copago más alto por un medicamento de lo que debería
- ☐ Quiero un reembolso por un medicamento cubierto que ya pagué de mi bolsillo
- ☐ Estoy solicitando autorización previa para un medicamento recetado (esta solicitud puede requerir información de respaldo)

Para los tipos de solicitudes que se indican a continuación, el médico tratante DEBE proporcionar una declaración para respaldar su solicitud. El médico tratante puede completar las páginas 3 y 4 de este formulario, "Información de apoyo para una solicitud de excepción o autorización previa".

- ☐ Necesito un medicamento que no está en la lista de medicamentos cubiertos del plan (excepción del formulario)
- ☐ He estado usando un medicamento que estaba en la lista de medicamentos cubiertos del plan con anterioridad, pero que se eliminó o se eliminará durante el año del plan (excepción al formulario)
- ☐ Estoy solicitando una excepción al requisito de probar otro medicamento antes de obtener un medicamento recetado (excepción al formulario)
- ☐ Estoy solicitando una excepción al límite del plan en la cantidad de píldoras (límite de cantidad) que puedo obtener para que pueda obtener la cantidad de píldoras que me recetaron (excepción al formulario)
- ☐ Estoy solicitando una excepción a las reglas de autorización previa del plan que debe cumplirse antes de obtener un medicamento recetado (excepción al formulario)
- ☐ Mi plan de medicamentos cobra un copago más alto por un medicamento recetado que por otro medicamento que trata mi afección, y quiero pagar el copago más bajo (excepción de nivel)
- ☐ He estado usando un medicamento que antes estaba en un nivel de copago más bajo, pero que ha o será trasladado a un nivel de copago más alto (excepción a los niveles)

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

¿Necesita una decisión rápida?

Si usted o el médico tratante consideran que esperar 72 horas para una decisión estándar podría perjudicar de manera grave a su salud o su capacidad de recuperar el máximo de sus funciones,

puede solicitar la toma de una decisión rápida. Si el médico tratante considera que esperar 72 horas podría perjudicar de manera grave su salud, le daremos una decisión dentro de las 24 horas automáticamente. Si no obtiene el respaldo de su médico tratante para presentar una apelación rápida, decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. Usted no puede solicitar una apelación rápida si nos pide que le devolvamos el dinero de un medicamento que ya adquirió.

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

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

Cómo enviar este formulario:

Envíe el formulario completado y la documentación de respaldo por fax o correo postal a la siguiente dirección:

Dirección:

<Express Scripts
Attn: Medicare Reviews
P.O. Box 66571
St. Louis, MO 63166-6571>

Número de fax: <1-877-251-5896>

**Información de respaldo para una solicitud de excepción o autorización previa
Para ser completado por el médico tratante**

☐ **SOLICITUD DE REVISIÓN RÁPIDA:** al marcar esta casilla y firmar a continuación, certifico que aplicar el plazo de 72 horas de revisión estándar puede poner en grave riesgo la vida o la salud del afiliado o la capacidad del afiliado de recuperar las funciones máximas.

Información del médico tratante

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

Diagnósticos e información médica

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

Frecuencia:	Fecha de inicio: <input type="checkbox"/> NUEVO COMIENZO
Duración esperada de la terapia:	Cantidad para 30 días:
Estatura y peso:	Alergias a medicamentos:
DIAGNÓSTICOS: indique todos los diagnósticos que se están tratando con el medicamentos solicitados y los correspondientes códigos ICD-10 (Si la afección que se está tratando 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 los síntomas, si se conoce)	
Otros DIAGNÓSTICOS RELEVANTES:	
Códigos ICD-10	

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

MEDICAMENTOS PROBADOS (si se trata de un problema con el límite de cantidad, indique la dosis por unidad/dosis diaria total probada)	FECHAS de ensayos clínicos	RESULTADOS de ensayos clínicos anteriores FRACASO vs INTOLERANCIA (explicar)

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

SEGURIDAD FARMACOLÓGICA
¿Hay CONTRAINDICACIONES INDICADAS POR LA FDA para el medicamento solicitado? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Alguna inquietud con respecto a una INTERACCIÓN MEDICAMENTOSA al agregar el medicamento solicitado al régimen de medicamentos actual del afiliado? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Si la respuesta a alguna de las preguntas anteriores es sí: 1) explique el problema, 2) analice los beneficios frente a los riesgos potenciales a pesar de la inquietud mencionada, y 3) elabore un plan de monitoreo para garantizar la seguridad

MANEJO DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO EN LOS ADULTOS MAYORES

Si el afiliado es mayor de 65 años, ¿siente que los beneficios del tratamiento con el medicamento solicitado superan los riesgos potenciales en este paciente de edad avanzada?

☐ SÍ ☐ NO

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

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

¿Tiene conocimiento de otros médicos tratantes que receten opioides para este afiliado?

☐ SÍ ☐ NO

Si la respuesta es así, explique.

¿La dosis diaria de MED se considera médicamente necesaria?

☐ SÍ ☐ NO

¿No sería suficiente una dosis diaria total de MED para controlar el dolor del afiliado?

☐ SÍ ☐ NO

FUNDAMENTO DE LA SOLICITUD

☐ **Medicamentos alternativos probados anteriormente, pero con resultado adverso, por ejemplo, toxicidad, alergia o fallo terapéutico** [Si no se indica en la sección HISTORIAL DE MEDICAMENTOS, especifique a continuación: (1) Medicamentos probados y resultados de ensayos clínicos, (2) en caso de resultado adverso, indicar los medicamentos y resultados adversos para cada uno, (3) en caso de fallo terapéutico, indicar la dosis máxima y la duración de la terapia para los medicamentos del ensayo]

☐ **Los medicamentos alternativos están contraindicados, no serían tan efectivos o podrían causar resultados adversos.** Se requiere una explicación específica por lo cual los medicamentos alternativos no serían tan efectivos o no podrían pronosticar un resultado clínico adverso significativo y por qué se esperaría este resultado. Si están contraindicados, debe indicar la razón específica por la que los medicamentos preferidos/otros medicamentos del formulario están contraindicados

☐ **El paciente sufriría efectos adversos si se le exigiera cumplir con el requisito de autorización previa.** Se requiere una explicación específica de cualquier resultado clínico adverso significativo previsto y por qué se esperaría este resultado.

☐ **El paciente está estable con un medicamento actual; alto riesgo de resultado clínico adverso significativo con cambio de medicación** Una explicación específica de cualquier resultado clínico adverso significativo y por qué se requiere este resultado esperado; por ejemplo, la afección ha sido difícil de controlar (muchos medicamentos probados, varios medicamentos necesarios para controlar la afección), el paciente tuvo un resultado adverso significativo cuando la afección no estaba controlada previamente (por ejemplo, una hospitalización o visitas médicas frecuentes agudos, ataque cardíaco, accidente cerebrovascular, caídas, limitación significativa del estado funcional, dolor y sufrimiento indebidos), etc.

☐ **Necesidad médica de una forma de dosificación diferente o dosificación superior** [Especifique a continuación: (1) las formas farmacéuticas y las dosis probadas y el resultado de

los ensayos farmacológicos; (2) explique el motivo médico (3) incluya por qué una dosificación menos frecuente con una concentración más alta no es una opción – si existe una concentración mayor]

☐ **Solicitud de excepción al nivel del formulario** [Si no se indica en la sección HISTORIAL DE MEDICAMENTOS, especifique a continuación: (1) los medicamentos incluidos en el formulario o preferidos que se hayan probado y los resultados de los ensayos; (2) en caso de resultado adverso, indique los medicamentos y el resultado adverso para cada uno; (3) en caso de fallo terapéutico o de que no haya sido tan eficaz como el medicamento solicitado, indique la dosis máxima y la duración de la terapia para los medicamentos probados, (4) en caso de contraindicaciones, debe indicar el motivo específico por el cual los medicamentos preferidos/otros medicamentos del formulario están contraindicados]

☐ **Otro** (explicar a continuación)
